



Université Sorbonne Paris Nord

Unité Transversale de Recherche Psychogénèse et Psychopathologie (EA 4403)
Ecole Doctorale Erasme (ED 493)

Thèse de doctorat

Pour l'obtention du grade de
Docteur en Psychologie

Présentée par **Manon Fontaine**

La vie psychique de l'homme précaire

Une étude qualitative auprès de personnes vieillissantes et malades faisant
l'expérience d'un dépistage des cancers liés au tabagisme

Sous la direction du **Pr Karl-Leo Schwering**

Soutenue publiquement le 22 juin 2022,

Devant les membres du jury

Pr Cristina Lindenmeyer,	Université Sorbonne Paris Nord,	Présidente du jury
Pr Isabelle Aujoulat,	Université Catholique de Louvain,	Rapporteuse
Pr Anne Brun,	Université Lumière Lyon 2,	Rapporteuse
Pr Jean Trédaniel,	Université Paris Cité,	Examinateur
Dr Elise Ricadat,	Université Paris Cité,	Examinatrice
Dr Marco Araneda,	Université Paris Cité,	Examinateur
Pr Karl-Leo Schwering,	Université Sorbonne Paris Nord,	Directeur de thèse

*A Laurent Fontaine, mon père,
et à Laurent Fontaine, mon frère,*

In memoriam

Cette recherche a été financée par l'INCa, en association avec le Cancéropôle Ile de France.
Le promoteur de la recherche est le Centre de Recherche Clinique du Groupe Hospitalier Paris Saint Joseph.

Remerciements

Merci à ceux qui permettent à ce projet doctoral de se conclure

Au Pr Anne Brun, au Pr Isabelle Aujoulat, au Pr Cristina Lindenmeyer, au Dr Elise Ricadat, au Pr Jean Trédaniel, au Dr Marco Araneda et au Pr Karl-Leo Schwering. D'avoir accepté de lire et d'évaluer cette thèse. D'accepter d'échanger ensemble et avec moi à propos de ce travail. De permettre à ce chapitre de se clore et au prochain de s'ouvrir.

Merci à ceux qui ont permis à ce projet doctoral d'exister

A Karl-Leo Schwering, pour beaucoup. De m'avoir invitée sur le projet, de m'avoir guidée dans sa réalisation. De m'avoir transmis de nombreuses clés méthodologiques et théoriques, et offert l'occasion de m'impliquer dans divers projets de recherche et d'enseignement. De m'avoir fait confiance et de m'avoir accordé toute la liberté pour en venir à mes propres conclusions, mais aussi d'avoir lu cette thèse et pour les conseils constructifs qui en sont ressortis.

A Jean Trédaniel, pour son réel enthousiasme pour le volet psychologique de cette étude, et pour sa chaleur constante lors de nos échanges. Merci pour ses conseils généreux, pour la possibilité de faire partie de ce grand projet et pour toute la place qu'il m'y a laissée.

A toute l'équipe de recherche en psychologie. Et plus particulièrement François Villa, de m'avoir transmis pendant mes études le plaisir de la lecture de Freud et des clés précieuses pour écouter les patients âgés. A Anne-Laure pour son amitié, sa présence et pour nos nombreux échanges. A Elise Ricadat pour ses conseils toujours avisés et sa présence au long de ce doctorat. A Cassandra et Eva, également. Et à tous les autres ayant participé au séminaire USPC.

A toute l'équipe du projet Detector, à commencer par Cécile Labrousse. Merci pour son accueil chaleureux, et pour ses conseils toujours fins et justes. Merci aux chefs de projet et attachés de recherche clinique de l'hôpital Paris Saint Joseph et de l'hôpital européen Georges Pompidou. Merci aux équipes de médecins, et à tous les autres membres de l'équipe.

Et merci à ceux qui m'ont aidée à vivre pendant ce projet doctoral

A Flo, d'avoir été là, depuis le premier jusqu'au dernier jour de cette thèse, chaque jour entre les deux et plus encore. Sa force et sa patience constantes sont inspirantes à bien des égards.

A ma famille. Ma mère, mes sœurs Léa et Sylvie. Mais aussi Manic, Alice, Thierry et Béa. Et encore les autres, bien sûr. On a été là les uns pour les autres, chacun comme on le pouvait et à notre manière, dans cette période si mouvementée et si difficile. On n'en serait pas là si chacun de nous n'avait pas été là. Alors merci pour tout.

Aux derniers mais non les moindres, mes très chères et chers amis. Clara, Vlad et Raphaël, Solène, Astrid et Aude, Malou, Emelie et Kai, Héloïse, Olivia, et les autres, aussi. Pour leur soutien et présence sans faille toutes ces années. De mettre de la joie et du piment dans ma vie.

Encore à Léa, Manic, Maman, Malou, Anne-Laure, Olivia et Elise d'avoir relu des sections de cette thèse, et de m'avoir fourni les encouragements si nécessaires sur les dernières semaines !

Sommaire

REMERCIEMENTS	5
SOMMAIRE	6
INTRODUCTION	9
PREMIERE PARTIE - CONTEXTE DE LA RECHERCHE : ETAT DES CONNAISSANCES ET CADRE EPISTEMOLOGIQUE	19
Chapitre 1. Revue de la littérature : la prévention en santé	20
1. Introduction.....	20
2. La prévention d’hier à aujourd’hui : des évolutions scientifiques et politiques.....	22
3. Limites et critiques de la prévention	44
4. Etat de la recherche sur l’expérience par les personnes du dépistage	56
5. Conclusion intermédiaire.....	102
Chapitre 2. Méthodologie et premiers résultats : l’émergence d’un objet de recherche	103
1. Introduction.....	103
2. 1 ^{er} volet. Interdisciplinarité, déconstruction des <i>a priori</i> et affirmation de la méthodologie	106
3. 2 nd volet. Des entretiens de recherche à la rédaction, la construction d’une problématique ...	114
4. Limites de la recherche.....	135
5. Conclusion intermédiaire.....	136
DEUXIEME PARTIE - VIEILLIR ET ETRE MALADE : FRAGILISATION SOMATO-PSYCHIQUE ET (RE)CONFRONTATION A LA PRECARITE	139
Chapitre 3. La pathologie somatique : coordonnées d’évènements perturbateurs	143
1. Introduction.....	143
2. Pathologies somatiques et restrictions libidinales	148
3. Effets des pathologies somatiques sur l’issue identificatoire.....	158
4. Situations extrêmes et retour en force de l’organicité.....	173
5. Conclusion intermédiaire.....	193
Chapitre 4. Du vieillir au devenir vieux : des perturbations réelles et symboliques.....	196
1. Introduction.....	196
2. Corps, maladie et vieillissement	200
3. Imaginaire de la vieillesse et ordre générationnel	214
4. Maladie et vieillesse : devenir un autre.....	238
5. Conclusion intermédiaire.....	254
Chapitre 5. La proposition de dépistage : un évènement perturbateur ?	257
1. Introduction.....	257
2. L’angoisse comme répétition d’un état d’affect.....	258
3. La construction du rapport à la mort.....	260
4. Dépistage et situations vécues traumatiques.....	265
Conclusion de la partie II.....	276

TROISIEME PARTIE - ENTRE PRECARITE ET PRESERVATION : COORDONNEES DU TRAITEMENT PSYCHIQUE	279
Chapitre 6. Les théories du vieillissement : points d'accord et de divergence	281
1. Introduction – Mr Paut	281
2. La théorie narcissique du vieillissement par Balier	290
3. D'autres propositions théoriques sur le travail du vieillir	295
4. Conclusion intermédiaire.....	312
Chapitre 7. La remobilisation libidinale face à l'expérience de la précarité	314
1. La remobilisation libidinale au prisme du refus et de la déprise	314
2. L'« organisation œdipienne du stade génital » chez l'adulte	331
3. Critique de la prévalence de la sublimation	338
4. Variations de l'équilibre libidinal chez les participants de l'étude	345
5. Conclusion intermédiaire.....	356
Chapitre 8. Des mesures de préservation face à l'expérience de la précarité	359
1. Deuil, renoncement, acceptation de la finitude	360
2. Le rapport à la mort : psychologie collective et individuelle	392
3. Les mesures de préservation, entre renoncements et compensations	416
4. Bilan sur les mesures de préservation : l'évitement du déplaisir	450
5. Conclusion intermédiaire.....	457
Chapitre 9. Dépistage et travail psychique	461
1. Introduction – Mr Soje.....	461
2. Saisie de l'évènement par l'organisation psychique.....	472
3. Travail de la maladie, subversion libidinale et « œdipification »	476
4. Dépistage – signal d'angoisse et mobilisation défensive.....	486
5. La dimension subversive du rapport à la mort	490
6. Evènement et vieillissement.....	495
7. Conclusion intermédiaire.....	506
POUR CONCLURE - DISCUSSION, PISTES D'EXPLOITATION ET SYNTHÈSE DES RESULTATS	509
1. Synthèse des résultats sur l'impact psychologique du dépistage	512
2. Discussion des résultats et perspectives d'exploitation et de recherche	527
3. Conclusion générale	543
BIBLIOGRAPHIE	557
TABLE DES MATIERES	577
LISTE DES TABLEAUX ET DES VIGNETTES CLINIQUES	582
RESUME	583
ABSTRACT	584

*Ne prenez pas la vie au sérieux,
de toute façon,
vous n'en sortirez pas vivant*

Bernard Le Bovier de Fontenelle (1657-1757)

Introduction

« Le caractère déconcertant et même vertigineux de la mort [...] tient lui-même à cette contradiction : d'une part un mystère qui a des dimensions métémpiriques, c'est-à-dire infinies, ou mieux pas de dimensions du tout, et d'autre part un évènement familier qui advient dans l'empirie et s'accomplit parfois sous nos yeux »¹.

C'est par l'explicitation de ce paradoxe que Vladimir Jankélévitch introduit sa discussion philosophique sur la mort. D'une part, celle-ci est un phénomène naturel, régi par des lois physiques. Elle est un évènement analysé par le biologiste, observé par le médecin légiste, relaté par le journaliste. Au même titre que d'autres évènements, elle est datable et localisable dans le temps et l'espace. Mais d'autre part, la mort ne ressemble à aucun évènement et est par là « métémpirique ». D'après Jankélévitch, elle est de l'ordre du miracle, un miracle négatif, relevant plus d'une disparition et d'une occultation prodigieuses que d'une transformation bénéfique. Mouvement par lequel l'être « s'abîme en un clin d'œil dans la trappe du non-être »², l'existant devenant non-existant, néant. Si la mort comme phénomène relève de la science, le mystère en appelle à la religion, sans laquelle il resterait profondément obscur.

Ce paradoxe en fait un évènement relevant de « l'ordre extraordinaire », d'une « surnature naturelle »³, d'une nécessité incompréhensible, d'une familiarité insolite. Evidente, elle n'en est pas moins toujours choquante, inédite, imprévue, surprenante. Ayant été vécue par tous les hommes ayant foulé la Terre, elle n'en reste pas moins toujours jeune ; la mort individuelle n'apparaît jamais comme l'application d'une loi universelle à un cas particulier, elle est chaque fois une expérience nouvelle, singulière. « Si chaque mort nouvelle confirme pour sa part la vérité sans cesse confirmée et reconfirmée de la mortalité, c'est que cette vérité a besoin d'être vérifiée à l'infini »⁴. Cette particularité d'être à la fois un phénomène et un mystère rend particulièrement ardue son appréhension. « L'homme tantôt ne tient compte que de la loi naturelle, en négligeant le mystère, tantôt s'agenouille devant le mystère en négligeant le phénomène »⁵.

Eric-Emmanuel Schmitt se saisit à sa façon de ce paradoxe présenté par Jankélévitch, dans une fiction relatant l'histoire de Noam, Noura et Derek. Ces trois personnages dont l'existence commence au néolithique, quelques temps avant le Déluge, deviennent, du jour où ils sont frappés par la foudre, immortels et protégés de la mort grâce à leur capacité de résurrection. Ces personnages dont la longue existence traverse l'histoire de l'humanité vivront les évènements qui seront un jour relatés dans les récits mythologiques et bibliques. Nous découvrons alors que sous

¹ Vladimir Jankélévitch, *La mort*, Paris, Flammarion, 2017, p. 12.

² *Ibid.*, p. 13.

³ *Ibid.*, p. 14-15.

⁴ *Ibid.*, p. 20.

⁵ *Ibid.*, p. 16.

les noms d'Adam, Eve, Noé, Abraham, Sarah, Nimrod, se cachent les différents héros de Schmitt et leurs descendants. Noam est le plus particulièrement concerné par le paradoxe de la mort : au fil des siècles il développe les connaissances qui feront de lui un guérisseur et l'amèneront toujours plus près des situations où se jouent la maladie et la mort. Fragilité et mortalité qu'il cherche à éviter chez l'autre, et auxquelles il fait face chez ses ascendants et descendants alors même qu'elles se refusent à lui. Ce récit inspiré et inscrit dans la mythologie met toujours davantage son héros face au phénomène de la mort en même temps qu'il transcende sa réalité par la mise en scène de l'immortalité, toute aussi mystérieuse que la mortalité.

Voici ce que dit un jour Noam de son état : « Je repensai aux mots d'Inanna : « Exulte parce que tu vas périr, tire parti de l'instant, rien ne semble moins certain que demain, telle est l'unique perspective des mortels ». Cette réflexion me tétanisa...Mortel, je ne l'étais plus. Joueur, je l'étais peu. De demain, j'étais trop sûr. La saveur du temps était altérée. L'urgence se dérobait. Les années précédentes, je n'avais pas trébuché un cadavre, en réalité, j'avais trébuché un corps immortel, lequel, avec le sentiment de sa fragilité, avait perdu la fièvre, l'élan, la hardiesse. L'inquiétude fournissait le sel de l'existence, et je ne m'inquiétais plus... D'autres sons montèrent à ma droite, ronronnements, sanglots langoureux, gémissements paillardes. Ils me donnaient le regret de ma vie antérieure, ils m'infligeaient la nostalgie de ma mortalité. En fureur, révolté, la rage au cœur, je rejoignis le groupe d'ombres au bord des eaux et m'y mêlai »⁶.

Apparaît là un autre des paradoxes de la mort, relevé, entre autres, par Jankélévitch. Le négatif de la mort fait d'elle un insensé ; mais elle est également un événement positif qui véhicule la plus puissante des significations. La mort s'oppose au vivant, elle signe sa fin dramatique et sa limite. Mais c'est parce que la vie n'est pas infinie que notre existence est unique, et en ce sens la mort n'est pas uniquement la fin dramatique de la vie mais également ce qui permet l'approfondissement des expériences et des plaisirs. Le mystère de la mort fait de notre vie une existence « subjective, questionnante, irréductible », et sa réalité fait de notre existence une vie « réelle, concrète, dramatique »⁷. L'existence tire son caractère passionnel du fait qu'elle est indéfinie, inconfortable, périlleuse. Le temps lui-même, le déroulement de notre existence n'est mesurable que parce qu'il est fini, limité ; il n'a de valeur que par la mort. La tonicité, rythmicité, dynamicité de la vie prennent leurs racines dans le non-être. Parce que notre existence n'est pas illimitée, parce que le temps est compté, chaque événement, éphémère et unique, est vécu pour la première et la dernière fois. Unicité vécue à la fois comme précieuse et tragique, justement car elle ne se répètera pas. Se savoir mortel signe une liaison indélébile de la mort à la vie.

Nombreux sont les auteurs à avoir étudié la mort, sujet universel autour duquel il est possible de penser à défaut de pouvoir elle-même la penser. Nous n'aborderons pas ce sujet du point de vue du philosophe, ni de celui de l'artiste littéraire, mais tel qu'il nous est apparu dans l'expérience des personnes y faisant face. Mais dès lors, il ne peut plus s'agir de la mort en elle-même, car qui fait l'expérience de la mort ne peut être là pour le raconter. Il ne s'agira pas non plus d'étudier

⁶ Eric-Emmanuel Schmitt, *La porte du ciel*, Paris, Albin Michel, 2021, p. 297.

⁷ Worms Frédéric, « Cinq questions à Frédéric Worms » dans *La mort*, Paris, Flammarion, 2017, p. 7-13.

l'expérience des mourants – à moins de penser que « dès qu'un humain vient à la vie, déjà il est assez vieux pour mourir »⁸ – mais l'expérience qu'est la vie en se sachant mortel. Lorsque l'expérience des personnes est engagée, le sujet se déplace, de la mort en elle-même – dans ses dimensions réelles et mystérieuses –, à l'effet sur la vie de la condition d'homme mortel. C'est le rapport du vivre avec « cette propriété générale et abstraite appelée mortalité ; la propriété en vertu de laquelle les vivants sont candidats à la mort, ou susceptibles de mourir comme appartenant à une espèce mortelle »⁹ qui constitue l'apport original de cette thèse.

La notion de « précarité » s'est imposée comme celle captant le mieux ce avec quoi les personnes que nous avons rencontrées étaient aux prises. « Précarité », caractère de ce « qui est incertain, mal assuré ; dont on ne peut garantir la permanence »¹⁰. Terme qui s'applique aussi à la condition humaine, ce qui mène André Malraux ou encore François Chirpaz à parler de « L'homme précaire »¹¹ : « appréhender l'homme dans sa précarité essentielle est une autre façon de rendre compte de sa finitude »¹². « Précarité », synonyme de « caractère provisoire », « instabilité » ; antonyme d'« éternité », « immuabilité », « solidité », « stabilité ». Dans ce terme est contenu la complexité du rapport à la temporalité, la notion de précarité définissant à la fois un état, le potentiel d'un état, ou encore un état d'incertitude entre différents états. Nous pourrions préciser par ailleurs « biologique » pour spécifier cette notion qui est d'usage plus fréquent en sociologie : précarité d'emploi, précarité de logement, précarité financière, scolaire, alimentaire, etc. Il s'agit donc, dans notre cas, de la précarité relative à « des phénomènes et des lois de la vie »¹³, c'est-à-dire la précarité inhérente à la condition d'être vivant et par-là mortel. Il ne s'agit donc pas uniquement du rapport à la mort, mais bien plutôt de l'expérience de la vie dans un corps mortel, sujet à la fragilité et à la fragilisation car il contient dans son essence même le programme de sa disparition. Mais il peut également s'agir de tous les événements, en dehors des changements d'états du corps propre, pouvant arriver à soi ou aux autres et qui bouleversent ou affectent la façon dont la personne vit sa précarité.

Un long chemin sépare mes premiers pas dans la recherche de l'émergence de la problématique de cette thèse et du choix des mots qui en constituent le titre. Cette recherche n'est pas née de questionnements sur la précarité que je me serais posés avant l'engagement dans la recherche ; ce sont bien plutôt ces questionnements qui sont nés des diverses rencontres effectuées lors de ce parcours doctoral. Les rencontres les plus déterminantes ont bien entendu été celles avec les participants de l'étude. Voici comment j'ai rencontré Mme Ouna :

⁸ Martin Heidegger, *Être et Temps*, Paris, Gallimard, 1992.

⁹ V. Jankélévitch, *La mort*, *op. cit.*, p. 18.

¹⁰ *Dictionnaire de l'Académie Française* (en ligne). Entrée « Précaire » (consulté le 25/03/2022)

¹¹ André Malraux, *L'Homme précaire et la Littérature*, Paris, Folio, 2014 ; François Chirpaz, *L'Homme précaire*, Paris, PUF, 2001.

¹² F. Chirpaz, *L'Homme précaire*, *op. cit.*

¹³ *Dictionnaire de l'Académie Française* (en ligne). Entrée « Biologie » (Consulté le 25/03/2022)

J'attends dans la salle d'attente du service de consultation en médecine cardiovasculaire de l'Hôpital Paris Saint Joseph, depuis environ 30 minutes. Assise un peu à l'écart, j'observe une dame qui attend devant le box de consultation du Dr A. Je l'identifie comme la patiente que je vais rencontrer, car l'attachée de recherche clinique m'a prévenue que la consultation à laquelle j'allais assister est celle du Dr A. Mme Ouna est habillée de couleurs vives, porte un carré déstructuré blond clair, est menue. Je lui donne environ 15 ans de moins que son âge : elle en a en réalité plus de 75. Elle sautille d'impatience et me fait penser à une jeune femme... non, une jeune fille ! son impatience pourrait être celle d'une enfant. Elle se baisse avec agilité pour saisir un dossier dans son sac à main. 15 minutes plus tard, 45 minutes après l'heure de consultation prévue, le Dr A. ouvre la porte du bureau de consultation, salue Mme Ouna et m'appelle d'un signe du bras. Je m'élanche dans le bureau et les salue tous deux. La consultation commence. C'est une consultation vivante, animée, le médecin et sa patiente échangent de nombreuses plaisanteries. Mme Ouna interagit avec moi et avec l'interne qui passera déposer des documents : elle complimente celle-ci sur sa coupe de cheveux et m'interroge sur les notes que je prends. Le Dr A lui répond, en s'amusant, de ne pas s'inquiéter, que je suis là pour son évaluation annuelle. Ils font un point sur les traitements de Mme Ouna dans le cadre de ses problèmes artériels. Elle se plaint des symptômes dont elle fait l'expérience, mais toujours avec le sourire et un air enjoué. Elle a des bouffées de chaleur et ses pieds sont parfois tellement froids qu'elle doit régulièrement les frictionner. Néanmoins, elle se réjouit de ne pas être trop affectée et d'être bien en forme pour son âge. Après avoir fini d'adapter la prescription des médicaments pour les problèmes artériels de Mme Ouna, le Dr A lui propose de rejoindre une étude de dépistage des cancers. Il explique que lorsque les personnes ont des problèmes d'artérite, ils ont une chance accrue de développer une masse au poumon ; que « Detector » est un protocole tout simple incluant une prise de sang et un scanner sans injection. Ne rien trouver serait parfait, et identifier quelque chose permettrait de prendre « les choses » à temps, il recommande donc la procédure. La patiente accepte volontiers, elle pose peu de questions. Le médecin l'interroge alors pour remplir le « CRF » (« Case report form »), formulaire utilisé pour récolter des données concernant les participants de l'essai clinique. Elle s'offusque en plaisantant lorsque le médecin lit la partie du protocole indiquant que « les participants doivent s'engager dans un sevrage tabagique ». Ayant essayé de nombreuses fois, elle considère qu'elle coche la case, et se plaint qu'aujourd'hui « ils » voudraient qu'on se prive de tout, et que si elle écoutait tout, la vie ne serait plus très festive. Lorsqu'ils ont fini de remplir le document, je lui propose de rejoindre l'étude psychologique. Je lui explique qu'il s'agirait de se rencontrer lors de trois entretiens, un après les examens médicaux, le suivant après la réception des résultats, et le troisième dans un an. Elle y serait invitée à parler librement de son expérience du dépistage. Elle accepte en disant que cela « pourrait être fun ». En sortant, elle se réjouit et complimente le médecin sur sa consultation : elle s'est bien amusée, et ce n'est pas toujours comme cela à l'hôpital. L'attachée de recherche clinique attend Mme Ouna à la sortie de la consultation et la guide vers le scanner.

Je retrouve Mme Ouna trois semaines plus tard. A l'heure du rendez-vous, elle attend dans la salle d'attente du service d'oncologie thoracique du même hôpital, service dirigé par Jean Trédaniel, le coordinateur principal de l'étude Detector. En passant les deux portes coupe-feu qui séparent l'entrée du bâtiment de la salle d'attente, portes sur lesquelles est affichée la spécialité du service, je me demande l'effet que cela pourrait produire chez des personnes qui y attendent après avoir passé des examens de dépistage, encore dans l'attente des résultats. Mme Ouna ne m'en parle pas. Nous nous saluons, puis je la guide vers l'ascenseur qui nous emmène ensemble au troisième étage, dans le salon des familles. Cette salle a été aménagée à l'attention des personnes qui rendent visite à leurs proches hospitalisés dans le service, elle est meublée d'un canapé à deux places, d'un fauteuil, d'une table et de trois chaises. A un tableau fixé au mur, sont accrochés différents prospectus de groupes de soutien aux proches des malades ou relatifs à la santé et à la maladie pulmonaire. Mme Ouna s'installe sur le canapé, je m'installe sur le fauteuil. Je lui demande si elle est d'accord pour que l'entretien soit enregistré, en lui précisant que l'enregistrement restera confidentiel, ainsi que sa retranscription. Elle accepte et je démarre l'entretien par ces propos : « Vous avez accepté il y a trois semaines de participer à Detector qui est une étude de dépistage des cancers liés au tabagisme. Pourriez-vous me raconter comment vous avez vécu cette proposition de dépistage, et depuis, la perspective que soit découverte une maladie par ce biais ? ». Mme Ouna commence à parler...

J'ai, d'une manière similaire, assisté à une trentaine de consultations d'inclusion des participants dans l'étude Detector, et ai rencontré individuellement 22 participants, lors de 1 à 3 entretiens psychologiques chacun. Detector est un essai clinique visant à évaluer une procédure de dépistage des cancers liés au tabagisme par couplage d'un scanner thoracique et d'une recherche de cellules tumorales circulantes (CTC). Ce projet est financé par l'INCa et a lieu dans deux hôpitaux : l'Hôpital Paris Saint Joseph et l'Hôpital européen Georges-Pompidou. Les patients qui peuvent être inclus dans le projet ont entre 55 et 80 ans, ils sont fumeurs ou anciens fumeurs et ont des troubles artériels liés au tabagisme. Le protocole prévoit que les participants se soumettent à trois cycles de détection – scanner thoracique et analyse de CTC –, un par an, pour une durée totale dans l'étude de deux ans. La détection d'un nodule au scanner ou de CTC dans l'échantillon sanguin implique l'engagement dans des examens complémentaires qui ont pour but d'infirmier ou de poser un diagnostic de cancer. J'ai été invitée en novembre 2016 à rejoindre le projet de recherche Detector et à participer à l'élaboration et à la réalisation du versant psychologique de l'étude. Le but de l'étude psychologique – et mon rôle dans ce cadre – est d'évaluer l'impact psychologique de ce dépistage pour les personnes.

Le décalage de la problématique de l'impact psychologique du dépistage vers le traitement psychique de la précarité n'en est en réalité pas vraiment un. L'analyse des données cliniques nous a permis de comprendre que l'impact psychologique d'une procédure de dépistage ne pouvait être compris qu'en étudiant la façon dont les personnes y participant pouvaient vivre avec leur condition d'homme précaire. Les quatre caractéristiques des personnes que nous rencontrons :

être vieillissantes, fumeuses, malades, et être engagées dans une procédure de dépistage des cancers, font qu'elles sont particulièrement exposées à la précarité de leur condition.

Voici les résultats auxquels l'analyse des entretiens avec ces personnes nous a menée. Chaque être humain doit dès la naissance réussir à survivre et à vivre malgré cette précarité qui lui est intrinsèque. Il développe pour cela un appareil psychique, et plus particulièrement des « mesures de préservation »¹⁴ qu'il pourra mobiliser lors des événements exposant sa précarité et lui faisant par-là courir le risque de souffrir. La proposition de dépistage par le médecin constitue une telle occasion d'exposition de la précarité, en même temps qu'elle constitue une offre de solution vis-à-vis de la souffrance que cela pourrait causer. La personne recevant cette proposition doit mobiliser des mesures de préservation pour se protéger de l'état de détresse que cela pourrait engendrer, pour minimiser le déplaisir voire pour éviter l'effroi. Cet événement nécessitera peut-être la rectification de ces mesures de préservation, sous la pression de la réalité mettant à nouveau le sujet face à sa finitude et à son impuissance fondamentale.

Ces conclusions sont apparues progressivement et c'est à l'occasion des rencontres cliniques et de leur analyse qu'a eu lieu l'affinage de la problématique de recherche et l'émergence des résultats. Mais avant de pouvoir annoncer le déroulement de notre développement, il nous faut préciser les autres rencontres ayant été déterminantes pour cette étude.

Tout d'abord les rencontres avec le directeur de cette thèse, Karl-Leo Schwering, et avec le coordinateur du projet Detector, Jean Trédaniel. Bientôt suivies par la rencontre avec l'équipe de recherche en psychologie, avec laquelle j'ai pu échanger tout au long de ce projet doctoral. Il s'agit notamment de François Villa, d'Elise Ricadat, d'Anne-Laure Sébert, puis plus tard de Cassandra Patinet et d'Eva Oslejskova. Mais il s'agit aussi de tous les chercheurs qui ont participé au séminaire doctoral co-encadré par K.-L. Schwering et F. Villa, et de ceux qui ont participé au séminaire de recherche USPC co-encadré par eux et Sylvain Missonnier. Derrière ce travail de thèse se trouve aussi toute l'équipe ayant participé au projet Detector. Notamment Cécile Labrousse, Hélène Beaussier, Yvann Frigout, Julien Fournier, Hélène Mortelette, Juliette Courtiade Mahler, psychologue, chefs de projet et attachés de recherche cliniques impliqués sur le projet. Il s'agit aussi des différentes équipes de médecins qui ont suivi les personnes participant à l'étude, à l'Hôpital Paris Saint Joseph et à l'hôpital Européen Georges Pompidou, ainsi que des autres professionnels – anatomopathologistes, radiologues, etc., – ayant participé au projet. Les échanges et le travail de co-construction de cette recherche justifient que nous délaissions le « je » pour utiliser le « nous » dans le reste de cette thèse.

¹⁴ Nous aurions pu aussi appeler les mesures de préservation : « mesures de pérennité », pérennité s'opposant à précarité. Nous avons plutôt choisi d'utiliser le terme « mesures de préservation » utilisé par Freud dans « Le malaise dans la civilisation », se rapportant aux mesures psychiques déployées par le sujet pour éviter la souffrance, quelle qu'en soit la source. Il est intéressant de noter que Jean Laplanche, dans les *Œuvres Complètes*, traduit ce terme par « secteur de prévention » (S. Freud, « Le malaise dans la culture » dans *OCF XVIII (1926-1930)*, 2e édition., Paris, PUF, 2002, p.273) rendant par-là apparent le lien avec le sujet qui nous occupe ici.

Après les rencontres cliniques et institutionnelles, c'est avec une méthodologie qu'il nous a fallu faire connaissance : la théorisation ancrée, qui avait été sélectionnée avant que nous rejoignons le projet. Nous l'avons rapidement adoptée, bien que cette méthodologie, dont nous préciserons plus loin les contours, puisse parfois désappointer, désarçonner. Nous l'évoquons ici car le désappointement que nous avons ressenti participe entièrement de la détermination de la problématique de recherche. Cette méthodologie inductive implique que le chercheur s'engage dans la recherche sans hypothèse préalable, qu'il se départe de ses *a priori* théoriques pour s'ouvrir aux expériences cliniques. Ainsi, avant de pouvoir reconstruire, encore a-t-il fallu pouvoir déconstruire les représentations qui ne manquent pas d'habiter le chercheur, parfois à son insu. Le lâcher prise et l'immersion laissent alors place à l'émergence d'un sens permettant, après avoir perdu pieds, de reprendre pied de manière ancrée dans l'empirique. La théorisation ancrée offre le cadre et la méthode permettant d'extraire le sens à partir de l'analyse en détail, en long, en large et en travers de ce qui peut rapidement constituer plus de 700 pages de retranscriptions d'entretiens et une centaine de pages de notes d'observations des consultations médicales. Nous sommes alors partie à la recherche de ces signes du discours qui permettent de saisir, tout autant le sens de l'expérience individuelle originale de chaque participant, que celui qui pouvait lier entre elles ces expériences tout à fait singulières.

Nous y avons écouté le discours manifeste, mais également cherché les lapsus, les silences, les répétitions, les réserves, les craquées syntaxiques, les enchaînements associatifs, tous ces signes permettant d'extraire le sens latent et de capter l'intentionnalité inconsciente derrière la réponse des participants à la question d'amorce. Guidée par la méthode et les concepts psychanalytiques, nous nous sommes lancée à la recherche du profondément subjectif, des mouvements psychiques inconscients mobilisés par les participants dans le cadre de leur expérience de la médecine préventive. Les discussions qu'il nous a fallu mener, les sujets qu'il nous a fallu étudier pour que l'expérience des participants gagne en sens ont impliqué une rencontre avec la psychanalyse, ses auteurs et ses textes. Lire un texte théorique psychanalytique déjà connu, l'attention tournée vers une personne, avec l'intention de saisir l'expérience singulière de cette personne, en implique toujours un abord inédit. Les textes de Freud, principalement, surprennent toujours par leur richesse et la profusion de liens nouveaux qui apparaissent à chaque lecture. Par des allers et retours constants entre la clinique et la théorie, nous avons parfois utilisé, parfois complété, parfois nous sommes inscrite à contre-courant des théorisations consultées.

Cette thèse se découpe en trois parties (I, II et III), composées respectivement des chapitres 1 à 2, 3 à 5, et 6 à 9. Nous reviendrons plus en détail, dans **le chapitre 2**, sur le processus de construction de l'objet de recherche, ainsi que sur l'utilisation croisée de la théorisation ancrée et de la méthode psychanalytique dans la construction de cet objet de recherche, dans le développement et dans l'analyse du matériel clinique.

Avant cela, dans **le chapitre 1**, nous présenterons le contexte dans lequel s'inscrit l'expérience des participants et cette recherche. C'est dans le cadre de la prévention médicale, et parce que les personnes sont invitées à s'engager dans un programme de détection des cancers, que nous est offert un aperçu de l'expérience et du traitement psychique de la précarité par ces

personnes. La consultation lors de laquelle un médecin propose une procédure de prévention médicale, comme un programme de dépistage, à son patient, s'inscrit dans un contexte socio-politique la dépassant. Etudier dès lors l'histoire du développement de la médecine préventive, ses enjeux multiples – scientifiques, médicaux, sociaux, politiques – permettra de situer l'expérience de ces personnes dans le fonctionnement de la collectivité dont elles font partie. Il nous faudra ensuite situer notre recherche dans le paysage scientifique actuel s'intéressant au dépistage. Nous étudierons en ce sens les buts, méthodes et résultats des différentes études s'intéressant à l'expérience des personnes dans un contexte de dépistage des cancers, en mettant principalement l'accent sur le dépistage des cancers bronchopulmonaires.

Les parties II et III seront consacrées à l'analyse du matériel clinique recueilli. La partie II étudiera la façon particulière dont les différents participants de l'étude sont déstabilisés par les événements les fragilisant et exposant leur précarité. La partie III se focalisera sur les réponses singulières trouvées par les personnes aux prises avec ces expériences, c'est-à-dire au travail psychique mobilisé par elles dans ces différentes circonstances.

Ces expériences perturbatrices qui se retrouvent de manière transversale pour les participants de l'étude sont la pathologie somatique, le vieillissement et le dépistage des cancers dans l'étude Detector. La partie II sera donc plus centrée sur l'évènement que sur le sujet qui le vit, car nous y définirons les coordonnées de ces différentes occasions d'être déstabilisé. Cela nous permettra de déterminer « où », « comment » et « en quoi » sont perturbés les sujets. Dans **le chapitre 3**, nous nous concentrerons sur l'expérience de la pathologie somatique. Elle a le potentiel de fragiliser le sujet et d'exposer sa précarité en déstabilisant son organisation libidinale, en l'exposant à des vacillements identificatoires et identitaires et en remettant en cause l'étayage du corps érotique et du corps organique. Les symptômes somatiques et certains traitements médicaux ont le potentiel de provoquer chez les sujets des éprouvés étranges, non subjectivables, traumatiques. Dans **le chapitre 4**, nous étudierons l'expérience du vieillissement. La séparation des notions « pathologie somatique » et « vieillissement » repose sur des représentations qu'il nous a fallu déconstruire, afin de pouvoir mieux définir les différentes coordonnées de ces événements perturbateurs. Au-delà des déstabilisations issues des changements d'état du soma, le sujet peut être aux prises, de manière non réelle mais symbolique, à la précarité. Devenir « vieux », mais également devenir « malade », ou « handicapé » peut véhiculer un sens et en cela exposer la précarité du fait de l'inscription dans l'univers symbolique liant les hommes entre eux, et même sans que des changements touchent le soma. Dans **le chapitre 5**, nous reviendrons à l'expérience du dépistage. Anticiper sur la possibilité d'avoir un cancer, voire sur la possibilité de mourir, ne peut avoir de résonance psychique et affective que dans la mesure où une analogie est perçue entre cet évènement anticipé et des expériences passées. La mobilisation du « fonds de mémoire »¹⁵ à l'occasion du dépistage peut déboucher sur le développement d'apprêtement

¹⁵ Piera Aulagnier, « Se construire un passé », *Adolescence*, 2015, vol. 33, n° 4, p. 715.

par l'angoisse, l'appareil psychique étant mobilisé en anticipation d'expériences ayant le potentiel de remettre en question l'équilibre somato-psychique et d'exposer à l'effroi et à la souffrance.

Les personnes font face tout au long de leur existence à divers événements les fragilisant et exposant – soit réellement, soit symboliquement, soit imaginativement – la précarité qui leur est intrinsèque. La partie III sera consacrée aux solutions psychiques originales mobilisées par les personnes pour pouvoir continuer à vivre tout en étant et en se sachant précaires.

Une littérature incontournable quand il s'agit d'étudier le travail psychique des personnes faisant face à la précarité est celle des études psychanalytiques portant sur le vieillissement. La présentation synthétique de ces théories dans **le chapitre 6**, ainsi que la présentation de nos points d'accord et de désaccord avec elles, nous permettra d'introduire les résultats originaux produits par l'analyse du matériel clinique de cette recherche. Nous nous détacherons d'un modèle postulant un fonctionnement psychique typique chez les personnes âgées – notamment un rapport particulier à la précarité par rapport aux adultes plus jeunes, du fait d'un déclin et de pertes survenant à cet âge de la vie. La personne ne découvre pas la précarité à un âge avancé puisque le développement de son appareil psychique est contemporain de l'état de précarité le plus total, et lié à la possibilité de traiter sur le plan psychique les expériences d'impuissance, de « désaide »¹⁶ et de déréliction¹⁷, et ce dès le début du développement. Continuer à vieillir implique de pouvoir continuer à mobiliser cet appareil psychique qui entretient des liens étroits avec la précarité. **Le chapitre 7** permettra de préciser nos vues sur la remobilisation libidinale. Les moyens psychiques acquis lors de l'accès à « l'organisation génitale adulte » sont remobilisés par les participants de l'étude, ce qui leur permet de maintenir du désir et du plaisir par-delà les « refusements »¹⁸ entraînés par la pathologie somatique et le vieillissement. Ces réinvestissements ne se réduisent pas à une utilisation déssexualisée de la libido. Ils témoignent du maintien d'un élan vital et de la possibilité d'engager la libido pour soi et dans le monde, premier et principal élément permettant de vivre dans un corps précaire. **Le chapitre 8** sera l'occasion de présenter les mesures de préservation, mesures développées de manière précoce. Ces mesures évoluent au long de l'existence et permettent au sujet de continuer à vivre malgré des expériences le fragilisant et l'exposant de façon répétée à sa précarité et à sa mortalité. La qualité de ces mesures de préservation déterminera l'investissement possible par les personnes des procédures de

¹⁶ Le terme de « désaide » correspond à la traduction par Laplanche du terme allemand « Hilflosigkeit » souvent traduit, en dehors des *Œuvres Complètes*, par « détresse » ou « état de détresse ». Ce terme a valeur de concept car il correspond, chez l'adulte, à un état de détresse dont le prototype est l'« état du nourrisson qui, dépendant entièrement d'autrui pour la satisfaction de ses besoins (soif, faim), s'avère impuissant à accomplir l'action spécifique propre à mettre fin à la tension interne » (Jean Laplanche et Jean-Bernard Pontalis, *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF, 2007, p. 122)

¹⁷ Le terme « déréliction » est défini dans le *Dictionnaire de l'Académie Française* (en ligne) comme l'« état pénible de celui qui se sent totalement abandonné, privé de tout secours » (Entrée « Déreliction », consultée le 25/03/2022). Il se rapporte bien aux situations où le petit d'homme est livré au monde, livré aux excitations débordantes du fait de l'absence de l'autre proche.

¹⁸ Le terme « refusement » a ici valeur de concept. Il correspond à la traduction que propose Laplanche du terme de « Versagung », qui était avant cette traduction le plus souvent traduit par « frustration ». Ce terme désigne la « condition du sujet qui se voit refuser ou se refuse la satisfaction d'une demande pulsionnelle » (J. Laplanche et J.-B. Pontalis, *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF, 2007, p.173)

dépistage. Elles peuvent s'y opposer, ou s'y inscrire, dans la mesure où le dépistage est une représentation offerte à l'individu par la société lui permettant de contenir l'angoisse que le savoir sur sa mortalité pourrait provoquer. **Le chapitre 9** nous permettra de cerner les coordonnées du travail psychique mobilisé par l'engagement dans un programme de détection des cancers. La façon dont la personne vivra les procédures de dépistage dépendra de sa capacité à mobiliser des mesures de préservation, qui la protègent contre la détresse potentiellement déclenchée par l'expérience. Elle dépendra également de la possibilité pour elle de subvertir l'expérience, c'est-à-dire de l'inclure suffisamment dans son monde personnel, pour que d'extérieure à elle, elle s'en rende amie.

Les personnes ne sont pas sans défense face aux expériences, telles celle du dépistage, rendant apparentes leur précarité et leur mortalité. Le traitement psychique qu'elles fournissent à ces occasions pour éviter la souffrance peut même leur donner l'impression, qui n'est qu'une illusion, que l'expérience ne les a pas changées.

Deux raisons peuvent en partie expliquer la longueur de notre développement. D'une part, notre volonté de déconstruire certaines représentations – profanes et expertes –, parfois communément partagées mais vis-à-vis desquelles l'expérience des participants nous a amenée à nous décaler. Nous avons choisi, plutôt que de directement présenter nos conclusions et de ne nous appuyer que sur les auteurs avec lesquels nous étions d'accord, de laisser leur place à certaines théories qu'il nous a fallu compléter ou vis-à-vis desquelles nous devons nous inscrire à contre-courant. D'autre part, notre volonté d'ancrer nos réflexions dans la clinique nous a exposée à un problème particulier. A l'image de la mort, la théorie doit être applicable pour tous mais en même temps n'est vraie pour personne. Aucune des personnes que nous avons rencontrées ne correspond trait pour trait à un tableau théorique que nous aurions pu dresser : toutes arrivent avec les particularités de leur fonctionnement psychique. La volonté de développer une construction permettant de saisir le fonctionnement psychique des 22 participants de l'étude a nécessité que nous embrassions sa complexification plutôt que de nous orienter vers une vision plus synthétique des résultats. Ces deux points impliquent que nous ayons mené un certain nombre de discussions, que nous avons choisi de conserver car elles témoignent du processus de maturation et du trajet de construction et de développement de l'objet de recherche, ainsi que de notre volonté que nos résultats soient ancrés dans la clinique.

Pour faciliter la lecture du lecteur pressé, nous avons disséminé dans cette thèse des « points d'étape », aisément identifiables, qui, à l'instar des conclusions intermédiaires, reprennent les résultats essentiels des différentes parties et les réinscrivent dans la problématique centrale, à savoir le traitement psychique de la précarité dans le cadre de l'expérience de la médecine préventive, et plus particulièrement du dépistage des cancers.

PREMIERE PARTIE

Contexte de la recherche : état des connaissances et cadre épistémologique

Dans cette première partie, nous présenterons, d'une part le contexte dans lequel s'inscrit cette recherche, et d'autre part le positionnement épistémologique que nous avons adopté et la méthodologie que nous avons utilisée et qui a permis l'émergence des résultats de la recherche.

Le **1^{er} chapitre** est consacré à l'histoire de l'évolution des pratiques préventives depuis leur création jusqu'à aujourd'hui. Présenter les grandes lignes du contexte sociopolitique et scientifique dans lequel s'inscrit l'étude Detector nous permettra de situer différents enjeux sous-jacents au fonctionnement actuel de la médecine préventive. Nous présenterons également les travaux pointant les limites de la prévention, et porterons une attention particulière aux travaux qui identifient les effets délétères de ces pratiques sur les subjectivités. Puis seront présentés les différents travaux et études analysant l'expérience des personnes dans le cadre du dépistage, notamment du cancer bronchopulmonaire. La plupart de ces travaux s'inscrivent dans une volonté de calcul de la balance bénéfice-risque visant à évaluer l'efficacité des procédures de dépistage, et adoptent un point de vue cognitif et comportemental. Nous présenterons aussi les quelques travaux abordant ce sujet à l'aide des concepts psychanalytiques.

Dans le **2nd chapitre**, nous présenterons le processus de construction de l'objet de recherche. Cela implique que nous relations la découverte du terrain de recherche, les rencontres avec l'équipe de médecins au contact des participants de l'étude, et nos tentatives de mise en place de travail interdisciplinaire dans le cadre du premier volet de l'étude psychologique – observation des consultations médecin-patient. Puis sera explicitée la méthodologie de recueil et d'analyse des données issues des entretiens avec les participants de l'étude, qui consiste en une utilisation croisée de la théorisation ancrée et la méthode psychanalytique.

Chapitre 1.

Revue de la littérature : la prévention en santé

1. Introduction

Dans le cadre de l'utilisation de la théorisation ancrée comme principale méthodologie de recherche, les données de terrain sont analysées préalablement à l'exploration de la littérature. Le chercheur s'engage dans la recherche en se dégageant de ses *a priori* théoriques et sans avoir établi d'hypothèses préalables. Ce sont les observations de terrain et l'étude du matériel clinique recueilli qui orientent les recherches bibliographiques.

En pratique, le premier entretien a eu lieu fin janvier 2017, soit trois mois après notre engagement dans l'étude. L'analyse des premiers entretiens n'a permis l'affinage des questions de recherche, et donc l'initiation d'une recherche bibliographique ciblée en fonction des données cliniques, qu'à partir de mai 2018, c'est-à-dire un an et sept mois après notre engagement dans la recherche. Il nous faut donc ici distinguer deux démarches : d'une part, l'exploration bibliographique permettant de donner sens à l'expérience des participants – qui a démarré après l'analyse des premiers entretiens –, d'autre part, celle visant à situer la recherche dans l'univers scientifique dans lequel elle s'inscrit – qui a été initiée dès la construction du projet de recherche. Cette exploration bibliographique préliminaire nous a permis de nous familiariser avec l'état de la recherche sur la prévention et le dépistage dans le domaine de la santé, sans que cela oriente préalablement la théorisation ayant émergé de l'analyse des données cliniques.

Nous aurons l'occasion d'explicitier, dans la partie suivante, les choix méthodologiques ayant été effectués pour mener cette recherche, et notamment celui du positionnement épistémologique. Disons dès maintenant que cette étude a été pensée et construite pour permettre l'émergence des enjeux inconscients, tels qu'ils pourraient s'avérer à l'œuvre dans l'expérience subjective des personnes soumises à des procédures de prévention des cancers. Or, les études abordant le dépistage sous l'angle des enjeux inconscients, et donc faisant appel aux concepts psychanalytiques pour expliquer l'expérience des personnes, s'avèrent quasi-inexistantes, ou impliquent que soit effectué un décalage par rapport à l'objet de recherche initial : le dépistage et la prévention ne sont pas en soi des objets de la psychanalyse. Ces notions sont bien plutôt abordées, dans la littérature scientifique, sous un angle médical, historique, sociologique et psychologique.

La prévention dans le domaine du cancer est une pratique relativement récente, qui émerge tardivement par rapport à d'autres méthodes de prise en charge, c'est-à-dire les pratiques

curatives. Ceci est en partie lié au fait que le développement de la prévention, par rapport à d'autres pratiques, nécessite la mutualisation de différents savoirs et techniques issus de différentes disciplines et mobilisant différents acteurs. Des savoirs issus des sciences fondamentales, de l'épidémiologie, de la médecine, mais également des interventions politiques et publiques, ainsi que la mobilisation des personnes dans leur vie intime et quotidienne, sont nécessaires pour que la prévention voie le jour. Le développement des méthodes de prévention et leur exploitation vers des résultats concrets ne peut découler que de l'intérêt, de l'action conjointe et de la mise en commun des ressources de ces différents acteurs, ce qui peut expliquer son développement tardif dans la forme que nous lui connaissons aujourd'hui.

Malgré ce retard, l'efficacité de la prévention pour diminuer la mortalité de la population par les pathologies visées tend à propulser ces pratiques, et notamment lors des vingt dernières années, au sommet de l'agenda politique de santé publique. Cette mise à l'agenda politique de la prévention a des effets sur l'organisation de la société, du système de soin, et a des impacts forts jusque dans la pratique quotidienne du médecin et pour la vie personnelle des personnes.

En ce sens, la prévention fait l'objet de nombreuses recherches sociologiques et psychologiques qui étudient l'impact de ces pratiques récentes, pour les personnes concernées. Les études qui s'intéressent à l'expérience des personnes se faisant dépister de maladies – qu'elles abordent la question sous un angle sociologique ou psychologique –, ont vu le jour à la fin des années 1980, leur nombre étant chaque décennie croissant. Ces études sont mises en place de manière concomitante ou peu de temps après le développement ou l'implémentation des techniques de détection précoce des maladies : tests génétiques dans le cadre de pathologies neurodégénératives ou de cancers, dépistage des maladies sexuellement transmissibles telles que le VIH pour le sida, dépistage d'états précancéreux ou cancéreux tels que le frottis de dépistage pour le cancer du col de l'utérus, la mammographie pour le dépistage du cancer du sein, etc. Comme nous le verrons, la particularité du dépistage d'être une procédure médicale qui s'adresse à des personnes *a priori* saines, favorise le développement d'études s'intéressant aux possibles conséquences psychologiques délétères pour les personnes auxquelles il est proposé.

Le champ de la prévention étant au carrefour d'enjeux multiples, il nous a paru pertinent, pour comprendre l'inscription de notre recherche dans le paysage scientifique actuel, de revenir sur l'histoire de son développement (section 2). Cela nous permettra de présenter les différents enjeux – historiques, scientifiques, politiques, sociologiques – sous-jacents aux pratiques préventives. Nous présenterons les travaux de chercheurs qui critiquent ou pointent les limites de la médecine préventive et soulignent les potentiels effets délétères de ces pratiques sur les subjectivités (section 3). Après cela, nous ferons un état des lieux des recherches étudiant l'expérience des personnes participant au dépistage (section 4). Nous en présenterons les thèmes étudiés, les visées poursuivies, les méthodologies utilisées, et les principaux résultats obtenus. Cela nous permettra de mieux cerner l'intérêt d'étudier l'expérience des participants à l'aide des concepts développés par le champ psychanalytique (section 5).

2. La prévention d'hier à aujourd'hui : des évolutions scientifiques et politiques

Les personnes que nous rencontrons dans le cadre de cette étude sont au moins triplement concernées par la prévention : 1/ d'une part, dans la mesure où leur est proposée une procédure de dépistage des cancers ; 2/ d'autre part, car elles sont invitées à diminuer leur consommation tabagique ; 3/ enfin, du fait des traitements médicaux et paramédicaux leur étant prescrits pour réduire les risques d'aggravation de leurs troubles cardiovasculaires.

2.1. Le fonctionnement actuel de la prévention

Ces trois points correspondent aux trois modes d'intervention en prévention de la maladie. Selon l'OMS¹⁹, « la prévention de la maladie comprend des mesures qui visent non seulement à empêcher l'apparition de la maladie, telle que la lutte contre les facteurs de risque, mais également à en arrêter les progrès et à en réduire les conséquences »²⁰. La prévention primaire « vise à empêcher l'apparition de la maladie »²¹ et implique l'ensemble des actes en amont de la maladie, qui permettent de réduire son apparition : actions sur les facteurs de risques (comportements individuels, facteurs environnementaux et sociétaux), mais également vaccination, mesures de quarantaine, etc. La prévention secondaire entend diminuer la prévalence d'une maladie dans une population et concerne les actions mises en place au début de l'apparition de la maladie : il s'agit majoritairement des dépistages et interventions précoces concomitantes. Dans la prévention tertiaire, il importe de réduire la prévalence des incapacités chroniques dans une population et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie : cela peut comprendre un ensemble de mesures telles que des traitements médicaux, des mesures paramédicales – rééducation, réadaptation – ou encore des mesures comportementales.

L'article *Universalis* portant sur la prévention prend l'exemple de l'athérosclérose, impliquée dans les troubles artériels, pour « esquisser les structures de la prévention médicale moderne »²². Quatre phases sont identifiées : la phase des études épidémiologiques, la phase de la réduction des risques individuels, la phase d'intervention thérapeutique, et la prévention collective.

Sont d'abord mises en place des études épidémiologiques qui étudient les populations, de manière rétrospective, afin de cerner la prévalence d'une maladie au sein de populations et groupes séparés artificiellement d'après la zone géographique, l'âge, le sexe, le niveau social, etc. Elles permettent l'étude de différents facteurs potentiellement impliqués dans le développement de la maladie : caractéristiques socio-démographiques, antécédents médicaux et chirurgicaux,

¹⁹ OMS : Organisation Mondiale de la Santé

²⁰ World Health Organization. Division of Health Promotion, Education and Communication, *Glossaire de la promotion de la santé*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1998, p. 4.

²¹ *Ibid.*

²² Maurice Cloarec, « MEDECINE - Médecine préventive » dans *Encyclopædia Universalis [en ligne]*

facteurs hormonaux, nutritionnels, etc. Les corrélations entre les facteurs de risques et les maladies sont vérifiées ou infirmées par des études prospectives qui analysent l'évolution de l'état de santé de personnes saines à l'inclusion, et notamment en comparant les personnes concernées et les personnes non concernées par le facteur de risque à l'étude. La phase de réduction des risques individuels permet, après l'isolement des facteurs de risques grâce aux études épidémiologiques, de proposer des mesures afin de diminuer le risque d'apparition de la maladie. « Une constatation s'impose : il y a relativement peu de pathologies monofactorielles. Pour être efficace, la prévention doit porter sur l'ensemble des facteurs de risque »²³. Il s'agit, en ce qui concerne les maladies coronariennes, d'actions visant notamment l'adaptation de l'alimentation, la suppression de toxiques tels que le tabac et l'alcool. Lorsque ces adaptations ne sont pas suffisantes, sont proposées des mesures médicamenteuses en faisant appel à des « marqueurs biologiques qui permettent de déceler les anomalies »²⁴. Peuvent alors, par exemple, être prescrits des hypotenseurs, des antidiabétiques, etc. La prévention est primaire quand ces mesures interviennent en l'absence de maladie, secondaire si des marqueurs indiquant un début de maladie sont détectés, tertiaire si la pathologie s'est déjà manifestée et qu'il s'agit de limiter son extension.

A partir d'un certain stade de développement de la maladie au niveau populationnel, des mesures collectives sont envisagées pour protéger non plus uniquement les individus, mais la population entière. Des programmes « d'éducation du public et de formation des médecins, des auxiliaires médicaux et des biologistes »²⁵ peuvent être mis en place. Ils prennent la forme de campagnes préventives qui concernent diverses maladies ou qui ciblent un facteur de risque en particulier. Sont aujourd'hui organisées sur les plans nationaux et internationaux des campagnes de prévention qui en viennent à concerner la planète entière, « sous l'égide de l'OMS »²⁶. Le but de l'OMS est de promouvoir la santé, de conférer « aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci »²⁷. Il s'agit donc d'une démarche sociale et politique, impliquant la mise en place de stratégies qui sont réunies dans la « charte d'Ottawa ». Ces efforts organisés de santé publique ont pour but de favoriser la santé, de prévenir les maladies, de prolonger la vie, afin que les habitants du monde puissent accéder à un niveau de santé qui leur permette de vivre de manière productive socialement et économiquement.

« Bien que l'idée de médecine préventive soit fort ancienne, il a fallu attendre le début du XXe siècle et l'instauration au plan international des échanges scientifiques pour qu'elle commence à être réellement organisée tant sur le plan national que sur le plan régional voire mondial »²⁸. La présentation du développement de la prévention dans différents domaines – ceux

²³ *Ibid.*

²⁴ *Ibid.*

²⁵ *Ibid.*

²⁶ *Ibid.*

²⁷ World Health Organization. Division of Health Promotion, Education and Communication, *Glossaire de la promotion de la santé, op. cit.*, p. 1.

²⁸ M. Cloarec, « MEDECINE - Médecine préventive », art cit.

des maladies infectieuses, du cancer et du vieillissement – permettra de mettre l'accent sur différents enjeux sous-jacents à ces pratiques.

2.2. De l'hygiénisme à la santé publique : le cas des maladies infectieuses

Des pratiques préventives et de santé publique existaient, selon certains auteurs, avant que les médecins et politiques commencent à parler de prévention ou de santé publique. Selon Bourdelais²⁹, la prévention existe, au niveau de la santé de l'individu, dès la médecine traditionnelle hippocratique. Hippocrate puis Galien offrent des conseils et établissent des règles – par exemple des régimes alimentaires ou des soins balnéaires –, afin de préserver la santé du corps, et notamment pour mieux vieillir. Ces pratiques qui sont surtout l'apanage des élites peuvent déjà être considérées comme pratiques préventives. Par ailleurs, selon Jean-Charles Sournia, « nous n'avons pas le droit de faire commencer l'histoire de la Santé publique au jour où les gouvernements s'en préoccupèrent officiellement : elle préexistait à sa dénomination moderne. En Santé publique comme dans d'autres domaines de la médecine, des réalisations et des thérapeutiques se sont révélées médicalement efficaces même si leurs auteurs ne donnaient pas à leurs actes une intention médicale, ni une explication scientifique »³⁰. L'équipement des villes romaines, par les autorités urbaines, d'égouts, de latrines, de bains publics, bien que relevant plus d'un rite social et d'une générosité attendue des hommes publics que d'un effort sanitaire ayant pour but l'amélioration de la santé, contribue à la diminution de la propagation des maladies. Plusieurs obligations religieuses contribuent par ailleurs de manière détournée à l'hygiène et participent en cela de la santé publique sans forcément le conceptualiser.

Des buts plus directs de préservation de la santé de la population sont à l'origine de pratiques telles que les quarantaines, dans les luttes contre les grandes épidémies. Patrice Bourdelais note en exemple les « politiques de protection contre l'importation des épidémies, en particulier de peste »³¹ mises en place après la peste noire de 1346-1348. La première quarantaine aurait été mise en place par les autorités du port de Raguse en 1377, l'entrée dans la ville étant refusée aux personnes et marchandises qui étaient jugées susceptibles de contaminer. Ces mesures sont instaurées pour protéger la population saine locale sans que soit connue la notion de contagion. Elles sont pendant plusieurs siècles les seules mises en place dans le but d'améliorer la santé de la population. « Pour enrayer la progression des grandes épidémies, note Maurice Cloarec, on employait des mesures de quarantaine, en particulier pour les voyageurs venant à bord de bateaux, et on sait que le non-respect de ces lois semble avoir favorisé, entre autres, l'apparition de la peste

²⁹ Patrice Bourdelais, « L'histoire de la prévention : hygiénisme et promotion de la santé » dans *Traité de prévention*, Paris, Flammarion, 2009, p. 9-13.

³⁰ Jean-Charles Sournia, *Histoire de la Santé Publique*, <https://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx1982x017xspec1/HSMx1982x017xspec1x0027.pdf>, (consulté le 17 janvier 2022).

³¹ P. Bourdelais, « L'histoire de la prévention : hygiénisme et promotion de la santé », art cit, p. 9.

à Marseille en 1720-1722 »³². Cela débouche sur la création en 1720 d'un « bureau de Santé » au conseil d'Etat, qui peut être considéré, selon Sournia, comme l'ancêtre du ministère de la santé.

Au XVIII^e siècle a lieu un tournant majeur concernant les méthodes préventives et de santé publique. Les médecins des Lumières s'intéressent au développement des maladies locales et plus uniquement celles arrivant de l'extérieur. Ils tentent d'anticiper le danger et se basent dans ce cadre sur des observations empiriques. Ils commencent par exemple à quantifier leurs observations en étudiant les associations entre la survenue de certaines maladies et les conditions météorologiques et climatiques³³. Des connaissances sont progressivement développées à propos des maladies. Des liens, note Olivier Faure, sont notamment découverts entre la situation sociale et l'état de santé de la population. La santé devient une affaire d'Etat. Elle ne concerne plus uniquement le médecin au chevet de son patient mais également l'Etat dans la mesure où il peut agir sur la santé de la population par la mise en place de réformes sociales. Selon Sournia, « la santé publique dans la mesure où elle s'intéresse au bien-être de la collectivité réalise une rupture intellectuelle complète avec la médecine millénaire qui, elle, soigne un malade particulier. La tradition dite hippocratique met en présence d'une part un médecin, [...] et d'autre part un individu malade qui expose au médecin ses difficultés, étant entendu qu'elles lui sont personnelles et jamais semblables à celles de son voisin »³⁴.

Dans un contexte où la médecine n'est pas capable de soigner de nombreuses maladies, les efforts se concentrent sur l'adage « mieux vaut prévenir que guérir »³⁵. Se développe le but idéologique des Lumières de réduire voire de faire entièrement disparaître les maladies grâce à des modifications dans l'ordre social³⁶. L'espoir des Lumières est en ce sens un « perfectionnement de l'espèce humaine »³⁷ passant d'abord par l'hygiène et les modifications des comportements, et relevant de fait d'une prérogative de l'Etat. « Dans cette société du progrès qui s'installe en rupture avec la société traditionnelle, la prévention se développe dans le courant de la médecine hygiéniste qui a un double projet : être un vecteur de réformes sociales en pourvoyant aux améliorations collectives en termes de modifications de l'environnement et des conditions de vie largement insalubres, dans un souci de prévention collective d'un côté ; et moraliser les comportements individuels en prônant l'adoption de styles de vie en accord avec les nouveaux principes de rationalité et de progrès de l'autre »³⁸.

Stéphane Alvarez indique que l'épidémie de choléra en 1832 incite les autorités urbaines à mettre en place des mesures d'assainissement : notamment par la dissociation des réseaux d'assainissement et d'adduction des eaux usées et des eaux potables. Il s'agit alors de contrer les

³² M. Cloarec, « MEDECINE - Médecine préventive », art cit.

³³ P. Bourdelais, « L'histoire de la prévention : hygiénisme et promotion de la santé », art cit.

³⁴ J.-C. Sournia, « Histoire de la Santé Publique », art cit, p. 29.

³⁵ Olivier Faure, *Les grandes étapes de l'histoire de la prévention*, <https://www.millenaire3.com/Interview/2005/les-grandes-etapes-de-l-histoire-de-la-prevention>, (consulté le 17 janvier 2022).

³⁶ *Ibid.*

³⁷ P. Bourdelais, « L'histoire de la prévention : hygiénisme et promotion de la santé », art cit, p. 9.

³⁸ Stéphane Alvarez, *Prévention et vieillissement : l'expérience individuelle du vieillissement face à la norme contemporaine du « bien vieillir »*, Thèse de doctorat, Université de Grenoble, Grenoble, 2014, p. 22.

problèmes sanitaires engendrés par le développement des villes – le rapprochement et l'accumulation des hommes, les conditions de travail, de logement et de vie au sens large, dans les villes, favorisant le développement et la propagation de certaines maladies. Ces mesures qui portent sur l'environnement des personnes, concernent aussi les conditions de logement. Dans le cadre du combat contre la tuberculose, des dispensaires et des sanatoriums³⁹ sont mis en place par législation, en 1916 puis en 1919.

Les médecins des Lumières et leurs héritiers ont également pour projet de redresser les comportements des individus, appréhendés dans leurs liens aux pathologies et analysés comme des comportements « de classes » liés à l'organisation sociale. « C'est toute la résonance moralisatrice de l'hygiénisme qui s'exprime dans le versant individuel de la prévention. La maladie est dénoncée comme la conséquence de la débauche, de l'alcoolisme et de tous les comportements décrits comme impurs, irrationnels »⁴⁰. Pour combattre la tuberculose, sont mandatées des « visiteuses de l'hygiène » qui vont dans les domiciles, mènent des enquêtes sociales et prônent la bonne tenue des ménages, luttent contre les crachats, contre l'alcoolisme, pour le fait d'aérer, etc. Les personnes sont directement incitées à agir pour se protéger.

Les enjeux individuels sont de plus en plus entremêlés avec les enjeux populationnels, notamment avec la mise en place en 1945 du régime de sécurité sociale. L'explosion des dépenses de santé nécessite une approche économique de la santé. « La prévention est orientée vers les individus afin que ceux-ci modifient leurs comportements et modes de vie pour que le système puisse continuer à les protéger, chacun individuellement, dans un souci de solidarité nationale »⁴¹.

En ce qui concerne les maladies infectieuses, un autre tournant majeur survient avec l'ère pasteurienne⁴². « Sur le plan individuel, la prévention n'a vraiment été efficace que lorsqu'on a mieux connu les causes de chaque maladie et son mode de transmission. Ce fut le cas notamment pour le paludisme avec l'assainissement de certaines zones humides et marécageuses pour éviter la prolifération du moustique vecteur, et c'est le cas pour le typhus grâce à la destruction des poux transmettant la maladie »⁴³. L'isolement des bactéries, le développement des vaccins permet l'immunisation et mène à la disparition ou diminution majeure de certaines maladies comme la variole, la diphtérie, la typhoïde, le tétanos. Depuis la fin de la seconde guerre mondiale, sous l'impulsion de l'OMS, des politiques de prévention par la vaccination sont menées au niveau mondial. Des défis demeurent néanmoins et le progrès scientifique n'exclut pas le recours aux méthodes préventives précédemment utilisées : les germes peuvent devenir résistants à certains traitements ; les maladies sexuellement transmissibles nécessitent de nouvelles formes de prévention ; le développement de la mondialisation favorise la dissémination des agents infectieux⁴⁴. En ce qui concerne les maladies transmissibles, les mêmes enjeux sont retrouvés

³⁹ P. Bourdelais, « L'histoire de la prévention : hygiénisme et promotion de la santé », art cit.

⁴⁰ S. Alvarez, *Prévention et vieillissement, op. cit.*, p. 23.

⁴¹ *Ibid.*, p. 24.

⁴² M. Cloarec, « MEDECINE - Médecine préventive », art cit.

⁴³ *Ibid.*

⁴⁴ *Ibid.*

aujourd'hui, comme cela a été rendu particulièrement évident avec la pandémie de Covid-19 : développement des vaccins, mise en place de quarantaines, de mesures d'isolement, d'hygiène, maîtrise des comportements, responsabilisation de l'individu envers le bien commun, etc.

La prévention est donc au carrefour d'enjeux pluriels. Elle concerne à la fois les progrès scientifiques et sociaux, elle est influencée tant par les connaissances scientifiques que par les représentations sociales attachées à des comportements, des groupes d'individus ou des maladies.

2.3. Des impasses et des avancées scientifiques : la prévention du cancer

La prévention dans le domaine du cancer ne connaît pas la même ligne développementale que la prévention des maladies infectieuses, bien que s'y articulent également des enjeux scientifiques, politiques, sociaux et économiques.

Le développement de la prévention dans le domaine du cancer rend particulièrement évident sa dépendance aux connaissances et au progrès scientifique et épidémiologique, et la difficulté à transformer ceux-ci en mesures concrètes influant positivement sur la santé de la population. Pour ce segment de développement, nous nous appuyons principalement sur l'ouvrage de Siddhartha Mukherjee, *L'Empereur de toutes les maladies*, dans lequel il relate l'histoire du développement de la prise en charge des maladies cancéreuses, à partir de données étasuniennes.

2.3.1. Les débuts de la recherche sur le cancer

Dans la première moitié du XXe siècle, existe un énorme écart entre les progrès effectués concernant les maladies infectieuses, et les progrès dans le domaine du cancer. Les découvertes pharmaceutiques – notamment le développement des antibiotiques et des vaccins – et l'amélioration des conditions sanitaires entraînent le recul important des pathologies infectieuses. En Amérique, Mukherjee⁴⁵ note que l'espérance de vie fait à cette époque en vingt ans un bond plus grand que celui fait au cours de tous les siècles passés. Le progrès de la médecine et ses victoires pour de nombreuses maladies « illustraient la puissante capacité de la science et de la technologie à transformer la vie des Américains »⁴⁶. Les hôpitaux se multiplient, ainsi que le nombre de patients pris en charge qui passe de 7 à 17 millions par an en 15 ans, de 1945 à 1960.

Mais le cancer devient dans ce cadre la seconde cause de mortalité dans le pays. Les gens qui mourraient par le passé de maladie infectieuse atteignent un âge plus avancé, la probabilité qu'ils développent un cancer augmente. « L'émergence du cancer dans le monde résulte d'une double négation : il n'est devenu commun que lorsque les autres causes de décès ont été elles-mêmes éliminées [...] La civilisation ne causait pas le cancer, mais en faisant allonger la vie humaine, elle le dévoilait »⁴⁷. La connaissance des cancers permet également leur identification plus fréquente : certains décès étant par le passé attribués à d'autres causes – un décès par leucémie était par

⁴⁵ Siddhartha Mukherjee, *L'Empereur de toutes les maladies*, Paris, Flammarion, 2016.

⁴⁶ *Ibid.*, p. 48.

⁴⁷ *Ibid.*, p. 83.

exemple attribué à une infection – ou à une cause inconnue. Or la prise en charge du cancer se limite à l'époque à des traitements par chirurgie ou radiothérapie. La chirurgie a en effet profité de la découverte de l'anesthésie en 1846 et de celle de l'antisepsie en 1865. Des tumeurs localisées à un organe peuvent être retirées par chirurgie, ce qui aboutit à certaines guérisons de cancers, mais dans de nombreux cas ces guérisons sont suivies de récurrences. La découverte des irradiations à la fin du XIXe siècle mène par ailleurs au développement de la radio-oncologie. « Scientifiquement en revanche, le cancer restait une boîte noire, une mystérieuse entité qu'il valait mieux extraire en bloc plutôt que de traiter avec des connaissances médicales plus approfondies. Pour guérir le cancer, si cela était possible, les médecins ne disposaient que de deux stratégies, retirer la tumeur par la chirurgie ou la brûler par rayonnement, un choix en somme entre la chaleur des rayons et le froid de la lame »⁴⁸.

Est dénoncée par certains journalistes une « obscurité » dans le domaine du cancer, qui semble tant médicale que politique. Les avancées scientifiques nécessitent la mise à disposition de fonds et sont donc dépendantes des fluctuations de l'intérêt porté par les politiques, les scientifiques et le public. La recherche profite des mesures entraînant l'intérêt du public et des politiques, telles que les recherches prometteuses d'une part, mais également le développement d'organisations philanthropiques, la diffusion d'émissions de radios ayant pour but de sensibiliser la population, la mise en place de campagnes marketing, etc. Cela mène à la formation du National Cancer Institute en 1937. Mais certains événements limitent également les levées de fonds et sont délétères pour la recherche : notamment la seconde guerre mondiale qui exige un « changement spectaculaire de priorités »⁴⁹, ou également la poursuite de l'omerta des journalistes rechignant à accorder de la place dans la presse à ce tabou. L'histoire houleuse de la recherche dans le cancer, qui peine à transformer les découvertes effectuées en véritables progrès thérapeutiques, participe également des difficultés rencontrées pour la mobilisation de fonds. Les dissensions entre chercheurs, le manque de confiance du public et des politiques envers les médecins, etc. sont des freins – parfois nécessaires – au développement des connaissances sur le cancer et au développement des pratiques curatives et préventives.

2.3.2. Du traitement à la palliation et à la prévention

En 1950 démarre la recherche en chimiothérapie, lorsque des tentatives sont faites d'exploiter dans le domaine médical de nouvelles molécules, créées initialement dans l'industrie ou pendant la guerre. Pendant environ 35 années, des expérimentations, en laboratoire et/ou avec les patients, donnent lieu à des découvertes progressives sur les différentes molécules, leurs effets potentiels dans le traitement du cancer. L'actinomycine par Farber en 1954 combinée à la radiothérapie permet pour la première fois la réduction d'une tumeur solide par chimiothérapie. En 1961 sont atteintes les premières rémissions de patients leucémiques grâce à une combinaison de quatre médicaments, nommée VAMP, mais pour quasiment tous se développera une tumeur

⁴⁸ *Ibid.*, p. 49.

⁴⁹ *Ibid.*, p. 54.

au cerveau à partir d'un an après la rémission. En 1968, un essai clinique est lancé par Donald Prinkel qui atteindra, grâce à une combinaison de plusieurs médicaments et de rayonnements, 80% de rémissions à 10 ans.

Mais malgré ces avancées progressives et parfois déterminantes, pour quelques patients soignés, ils restent bien plus nombreux à mourir. Des tentatives de combiner des molécules ou de combiner des approches sont mises en place, et les expérimentations et essais cliniques entraînent parfois des conséquences désastreuses. Un des premiers essais cliniques, par Farber, entraîne la mort de plusieurs enfants lorsqu'est découvert que l'acide folique, plutôt que d'arrêter le développement de la leucémie, l'accélère drastiquement. Sont par ailleurs envisagées des techniques chirurgicales extrêmes, notamment par Halsted, qui pratique des mastectomies étendues et mutilantes afin de prévenir la récurrence des cancers, sans preuve de l'efficacité d'une telle méthode. Les combinaisons de médicaments entraînent des effets secondaires importants et parfois mortels. Les médecins expérimentateurs sont par d'autres traités « de cruels, d'incompétents et de fous »⁵⁰, les services de recherche parfois appelés « boucheries »⁵¹, ce qui crée d'importantes dissensions et entraîne des retraits de financements. De l'activisme naît dans la population, sa confiance envers la médecine diminue. A cela s'ajoutent des querelles entre les différentes disciplines de l'oncologie : la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie.

Des tentatives de quantification des progrès sont effectuées à la fin des années 1980, et les conclusions sont rudes. Les décès liés au cancer ont entre 1962 et 1985 augmenté de 8,7%, ce qui remet en question le projet de guérison du cancer, ou au moins l'efficacité des progrès réalisés quant à son traitement. Bien que des découvertes cruciales aient été faites pendant cette période, le bilan effectué par Mukherjee est sévère : « la séduisante idée de déployer tout un arsenal de produits cytotoxiques, de conduire le corps aux limites de la mort pour le débarrasser de ses éléments malins, jouait encore pleinement. La médecine du cancer continuait ainsi à faire payer les patients au prix fort, même si cela signifiait abandonner toute raison, toute sécurité. Remplis d'une excessive confiance en eux, arrogants par vanité et fascinés par la puissance de la médecine, les oncologues poussaient leurs patients, et leur discipline, au bord du désastre »⁵².

Deux mouvements ont notamment émergé de ces constats et abus : « comme les essais de chimiothérapie et de chirurgie échouaient à faire baisser la mortalité des cancers avancés, une génération de chirurgiens et de chimiothérapeutes, incapables de guérir les patients, commencèrent (ou se remirent) à apprendre l'art de prendre soin des patients »⁵³. La discipline de médecine palliative trouve un nouvel essor dans ce sillage, dans une volonté de soulagement des symptômes, de la douleur et de l'inconfort, et de rendre leur dignité aux patients. Des essais cliniques et recherches sont mis en place, axés non sur la guérison mais sur le développement de connaissances sur la douleur et son soulagement. Deux médecins à l'origine des recherches

⁵⁰ *Ibid.*, p. 230.

⁵¹ *Ibid.*, p. 208.

⁵² *Ibid.*, p. 354.

⁵³ *Ibid.*, p. 356.

épidémiologiques sur l'évolution de la mortalité liée au cancer, en viennent aux conclusions que « la notion de « guérison » comme unique solution avait dégénéré comme dogme rigide »⁵⁴. Un autre de ces médecins écrit par ailleurs : « La mortalité due au paludisme, au choléra, au typhus, à la tuberculose, au scorbut, à la pellagre et d'autres fléaux du passé [a] chuté aux Etats-Unis parce que l'humanité [a] appris comment prévenir ces maladies... Mettre le plus d'efforts dans le traitement est nié tous ces précédents »⁵⁵.

L'intérêt pour la prévention est relancé, après avoir été largement délaissé pendant des décennies au profit d'une concentration quasi-exclusive sur les traitements médicaux. La prévention dans le domaine du cancer est néanmoins un projet complexe et rencontre de nombreux obstacles, tant politiques que scientifiques.

2.3.3. Les débuts difficiles de la prévention du cancer

En ce qui concerne, d'abord, la prévention primaire. Dès 1761 est découvert un lien entre le tabac à priser et les cancers de la lèvre, de la bouche et de la gorge, mais ces résultats ne sont pas pris au sérieux et exploités par la communauté scientifique. En 1850 est inventée la cigarette et elle devient vite une addiction nationale, dans différents pays. Dans le milieu des années 1950, il est constaté que l'incidence des cancers du poumon a été multipliée par 15 en l'espace de vingt années. Toutes les formes de toxines respirables sont accusées, sauf la fumée de la cigarette. Si certaines publications scientifiques suggèrent un lien, elles ne trouvent pas écho dans la communauté scientifique. L'idée est souvent rejetée comme absurde, d'une part dans le sens où un lien entre une maladie chronique et un vecteur tel que la cigarette n'a jamais été rencontré, et, d'autre part dans la mesure où les décideurs sont aveuglés par leur propre addiction⁵⁶.

Des études se multiplient et un lien évident entre cancer du poumon et tabagisme apparaît progressivement. Les organisations de santé publique, dans les années 1950, ne réagissent pas à cette alerte lancée par des études statistiques, d'autant plus du fait des échecs de la Prohibition dans la limitation de la consommation d'alcool. Les industries du tabac s'emparent en revanche du problème. Elles réécrivent la recherche sur le lien entre cancer et tabagisme grâce à une stratégie qui sera révélée des années plus tard, lors du célèbre procès, dans les années 1980, où apparaît que les fabricants de tabac étaient au courant des méfaits du tabac et cachaient leurs découvertes avec des stratégies élaborées. Avant que ces informations ne soient rendues publiques, une bataille a lieu entre lobbies du tabac et militants pour la diminution de la consommation tabagique. Apparaît en 1964, soit plus de 10 ans après les premières publications de résultats alarmants, un rapport d'Etat sur les dangers du tabac, qui est rendu public mais qui ne suscite que peu de réactions. Les mesures fortes envisagées n'aboutissent pas sous la pression des lobbies du tabac, et les recommandations n'ont que peu d'impact sur la population. La diffusion de publicités anti-tabac entraîne néanmoins un retrait par les fabricants de tabac de

⁵⁴ *Ibid.*, p. 371.

⁵⁵ *Ibid.*, p. 363.

⁵⁶ *Ibid.*, p. 387.

leurs propres publicités. La consommation ne cesse d'augmenter, jusqu'à ce que la courbe s'inverse à partir de 1974. Dans les années 1980 sont lancées les procédures judiciaires envers les fabricants de tabac et en 1997, un accord est trouvé et débouche sur un certain nombre de mesures : restrictions sur les publicités, démantèlement des associations de commerce et des lobbies de l'industrie, accès libre aux documents de la recherche, création d'un forum national pour éduquer le public sur les dangers du tabac pour la santé, etc.

La très grande difficulté à changer les représentations sur le tabagisme et à faire s'imposer les résultats des études épidémiologiques sur les dangers qu'il pose à la santé découlent également du manque de connaissances scientifiques quant au mécanisme liant tabagisme et cancer. « Le classement de la fumée du tabac comme puissant carcinogène [...] souligne également une lacune importante dans l'épidémiologie du cancer. Les méthodes statistiques pour identifier les facteurs de risque du cancer sont, par leur nature même, descriptives plutôt que mécaniques, elles décrivent des corrélations et non des causes »⁵⁷. Etablir des rapports de cause à effet entre carcinogènes et cancers requerrait un certain nombre de connaissances scientifiques auxquelles les chercheurs n'ont alors pas encore accès. Ce qui est vrai pour le tabagisme l'est également pour d'autres carcinogènes qui ont été, grâce à l'observation de corrélations ou de manière fortuite lors d'expérimentations, progressivement identifiés : par exemple l'amiante (1970) ; une hormone synthétique prescrite pour éviter des accouchements prématurés (1971) ; le virus de l'hépatite B (1970) ; la bactérie *Helicobacter pylori* (1982). Est par ailleurs développée à la fin des années 1960 une méthode pour tester des produits chimiques et leur capacité à affecter les gènes. Les limites en connaissances sur le fonctionnement du cancer empêchent néanmoins de pouvoir exploiter ces résultats. « Comment le DES, l'amiante, les rayons, le virus de l'hépatite et une bactérie de l'estomac pouvaient-ils converger vers le même état pathologique chez des populations différentes et dans des organes distincts ? »⁵⁸. Identifier les carcinogènes est une étape importante de la prévention et la mise en place de stratégies de prévention puissantes souffre donc pendant des décennies du manque de compréhension des mécanismes liant carcinogène et cancer.

Concernant maintenant le développement de la prévention secondaire. Le test Pap-Smear permettant de repérer des cellules précancéreuses sur le col de l'utérus existe dès la fin des années 1920, ainsi que les techniques de détection des tumeurs du sein par imagerie. Mais « les essais de dépistage du cancer sont les plus délicats à mener de tous les essais cliniques, notoirement difficiles à faire, et susceptibles d'erreurs »⁵⁹. Le trajet est long entre le développement d'une technique de détection et ses possibilités d'action dans le monde réel. Tout d'abord, tous les tests ne disposent pas de la même sensibilité : quel type de cellules / à partir de quelle quantité de cellules détectées soupçonne-t-on un cancer ? A partir de quelle taille de polype/nodule/tumeur suppose-t-on la présence d'un cancer ? Le surdiagnostic (détection d'un cancer en l'absence de cancer) et le sous-diagnostic (échec à détecter un cancer présent) sont des conséquences

⁵⁷ *Ibid.*, p. 433.

⁵⁸ *Ibid.*, p. 446.

⁵⁹ *Ibid.*, p. 456.

fréquentes et ayant potentiellement de graves effets sur les personnes concernées. Anxiété et terreur peuvent être retrouvées chez des personnes étant diagnostiquées avec un cancer sans en avoir un. Elles pourraient également devoir réaliser d'autres tests voire des traitements potentiellement invasifs. Le sous-diagnostic, à l'inverse, rassure faussement le patient et peut allonger le délai de diagnostic du cancer plutôt que de le réduire. Développer un test ayant une sensibilité et une spécificité parfaite est complexe, l'équilibre entre sur- et sous-diagnostic étant parfois difficile voire impossible à trouver. Ensuite, même si une bonne sensibilité est trouvée, le comportement des cancers est imprévisible, et l'efficacité des traitements reste encore, d'autant plus à l'époque, incertaine. Certaines tumeurs détectées pourraient être traitables mais s'avérer en réalité bénignes : traiter les patients les exposerait à des effets secondaires importants alors que la tumeur détectée n'aurait pas eu d'effet délétère. Des cancers détectés pourraient être mortels mais non traitables : des interventions même à un stade précoce et non-symptomatique s'avèreraient inefficaces, le diagnostic précoce diminuant la qualité de vie du patient plutôt que de l'améliorer. « La route pour un test de dépistage est ainsi étonnamment longue et étroite. Elle doit éviter les pièges du sur- et du sous-diagnostic. Elle doit naviguer près de la tentation d'utiliser la détection précoce comme une fin en soi. Puis elle doit éviter les écueils traitres des biais et de la sélection. La « survie », d'une simplicité séduisante, ne peut être son objectif ultime. Une randomisation adéquate à chaque étape est critique. Seul un test capable de satisfaire tous ces critères, démontrant une mortalité réduite dans un dispositif vraiment randomisé avec un taux acceptable de sur- et de sous-diagnostic, peut être considéré comme un succès. Avec une barre placée aussi haut, peu de tests sont assez puissants pour atteindre ce niveau de précision et apporter un réel bénéfice contre le cancer »⁶⁰. Un dépistage efficace nécessite donc des connaissances pointues sur le cancer et les possibilités de son traitement.

A la fin des années 1980, toutes les perspectives de prise en charge du cancer, qu'il s'agisse du traitement ou de la prévention, primaire ou secondaire, semblent bloquées en raison du manque persistant de connaissances sur les mécanismes sous-jacents à ces pathologies.

2.3.4. Percées scientifiques et nécessité de renouvellement constant

Or à partir de 1910 et jusque très tardivement, c'est la théorie virale du cancer qui prédomine. Certains chercheurs sont persuadés que le cancer est causé par un virus, ce qui s'est avéré exact dans certains cas. Des découvertes ont lieu au fil des siècles, sans rapport avec le cancer mais qui en permettront une meilleure compréhension à partir du milieu des années 1980. Notamment celle des lois de la génétique de Mendel en 1860, celle des chromosomes en 1879, celle de l'ADN en 1950, celle de gènes dont la mutation entraîne une accélération de la division cellulaire, ou de ceux entraînant l'arrêt des freins à la division en 1970. Sont découverts entre 1983 et 1993 une série d'oncogènes et d'anti-oncogènes dont les mutations permettent au cancer de se propager, de recruter des vaisseaux sanguins, de prélever de l'oxygène.

⁶⁰ *Ibid.*, p. 459.

A partir de là seront progressivement développés des médicaments ciblés, qui permettent d'annuler l'effet de certaines mutations impliquées dans le développement du cancer.

Ces avancées ont également un impact important sur la prévention. Identifier les voies d'activation du cancer permet de détecter plus efficacement différents carcinogènes, à l'opposé d'une méthode où ils sont uniquement identifiés grâce à des études épidémiologiques qui permettent de les isoler comme facteurs de risque. Mieux comprendre les mécanismes du cancer permet également de perfectionner les méthodes de dépistage existant et de développer de nouvelles pistes. L'efficacité de trois méthodes de dépistage a aujourd'hui été démontrée au niveau national et international : le dépistage du cancer du sein, le dépistage du cancer colorectal, le dépistage du cancer du col de l'utérus. D'autres méthodes de détection n'ont pas été implémentées à l'échelle nationale mais sont prescrites individuellement aux patients.

A partir de 2005, Mukherjee note une avalanche de publications scientifiques. De nouvelles études épidémiologiques montrent que les progrès en matière de prévention et de traitements ont entraîné une chute de la mortalité par cancer de 15% entre 1990 et 2005.

Des difficultés demeurent cependant. Le paysage des carcinogènes n'est pas statique. « Nous sommes des bêtes de chimie. Après avoir découvert la capacité d'extraire, de purifier et de faire réagir des molécules pour en produire de nouvelles et merveilleuses, nous avons commencé à tisser un nouvel univers chimique autour de nous. Nos corps, nos cellules, nos gènes sont ainsi immergés et réimmergés dans un flux constant de molécules, de pesticides, de produits pharmaceutiques, de plastiques, de cosmétiques, d'œstrogènes, de produits alimentaires, d'hormones, et même de nouvelles formes de phénomènes physiques comme les rayons électromagnétiques et le magnétisme. Certains de ces produits sont inévitablement carcinogènes »⁶¹. Il est impossible de se débarrasser de tout cela, la tâche étant alors de discriminer les carcinogènes des produits inoffensifs, et de développer des alternatives, ce qui implique une importante rigueur méthodologique. Si le premier défi est scientifique et épidémiologique, le second défi est social et psychologique, dans la mesure où agir sur les différents carcinogènes implique des modifications de comportements au cœur de l'organisation sociale et de la vie des personnes. La prévention concerne ce que mangent, boivent les personnes, leurs addictions, les objets qu'ils utilisent, leur sexualité, etc. Si le lien entre tabagisme et cancer a finalement été largement admis par les politiques et s'est traduit par de nombreuses campagnes de prévention, les populations continuent par exemple à fumer à travers le monde.

Concernant les dépistages, les mêmes défis méthodologiques demeurent par ailleurs. Le chemin reste long entre le développement d'une méthode de dépistage et son implémentation au niveau national ou international. Si des résultats prometteurs ont par exemple été montrés concernant le dépistage du cancer du poumon par LDCT⁶², ils n'ont pas encore abouti à la mise en place d'un dépistage organisé et généralisé en France. D'autres méthodes de détection précoce,

⁶¹ *Ibid.*, p. 687.

⁶² LDCT : « Low Dose Computed Tomography » (En français : Scanner thoracique à faible dose d'irradiation)

par exemple les dosages sanguins de PSA pour le dépistage du cancer de la prostate, provoquent encore des effets délétères qui outrepassent les effets positifs et ne peuvent donc être proposés à l'ensemble de la population.

Nous voyons donc que la prévention telle que nous la connaissons aujourd'hui est étroitement dépendante des connaissances scientifiques développées. Le cancer présente notamment un défi autrement complexe par rapport aux maladies infectieuses. Si celles-ci – et bien que leur prévention reste complexe – peuvent être évitées grâce à des mesures d'évitement des agents infectieux, le cancer est multifactoriel et dépend autant de facteurs internes tels que la génétique, l'âge, etc. que de facteurs externes, environnementaux et comportementaux. La multifactorialité du cancer et l'organisation actuelle de la société nécessitent des connaissances scientifiques pointues et la mise en place d'études épidémiologiques à grande échelle afin de pouvoir transformer les savoirs et techniques existant en pouvoir d'action entraînant la réduction de la mortalité par les pathologies visées et l'amélioration de la qualité de vie de la population.

Point d'étape

Nous présentons dans cette première section l'histoire du développement de la prévention à partir de trois de ses champs d'action : la prévention des maladies infectieuses, la prévention du cancer et la prévention dans le cadre du vieillissement. Au-delà de l'intérêt historique, les enjeux mis en lumière par ce biais concernent notre sujet de différentes manières.

Le développement de l'hygiénisme signe la naissance d'une discipline : la Santé publique, dont le patient est la collectivité. La médecine préventive, depuis lors et jusqu'à aujourd'hui, dépasse le simple colloque médecin-patient. La prévention implique l'existence d'un tiers entre le médecin qui pratique son art et le patient qui le reçoit : l'Etat qui prend en charge la population. Ce dialogue entre le populationnel et l'individuel nous accompagnera tout au long de la thèse.

Nous avons par ailleurs retracé l'histoire houleuse de la prévention dans le domaine du cancer. Plusieurs points qui nous intéresseront plus tard dans la thèse méritent d'être relevés. Les deux derniers siècles, en ce qui concernent les maladies, oscillent entre rationalité et fantasme. Rationalité, d'une part, car c'est la froide preuve obtenue par les essais cliniques, la découverte pas à pas des phénomènes chimiques et biologiques, qui permet des progrès. Fantasmatique, d'autre part, car la disparition rapide de maladies centenaires (les maladies infectieuses) et l'apparition aussi rapide de la maladie de la modernité (le cancer), s'accompagnent de nombreux rêves et désillusions. Rêve en un « perfectionnement de l'être humain », en la « disparition fulgurante » ou la victoire contre les maladies, la croissance exponentielle des hôpitaux, la croyance en la toute-puissance de la médecine, etc. Désillusions, du fait de la réalité des souffrances endurées par les malades du cancer, par les sujets des essais cliniques, par l'impuissance ressentie par les médecins, du fait des dissensions entre disciplines, du fait du déploiement de l'imaginaire autour du cancer et de son association progressive à l'horreur. C'est

dans ce contexte que se développe la prévention, et nous aurons l'occasion de revenir, dans le chapitre 8, sur une analyse de la psychologie collective en lien à la protection contre l'effroi et à la mort, dans ce contexte de remplacement d'une « maladie du siècle » par une autre.

Nous arrêter sur l'histoire du développement de la prévention du cancer nous permet également de situer le point de départ du recours massif à l'épidémiologie. Si elle a d'abord du mal à s'imposer, comme en témoigne la résistance face aux résultats des études épidémiologiques concernant les effets du tabagisme, l'épidémiologie s'impose après cela, ce qui s'exprime aujourd'hui par l'écrasante domination des recherches et résultats « basés sur des preuves », en médecine mais également en sciences humaines, dans la recherche. Nous présenterons prochainement les effets délétères du recours massif à l'épidémiologie. Si notre formation de psychologue clinicienne nous rend particulièrement sensible à ses potentiels effets délétères sur les subjectivités, il nous paraissait essentiel de ne pas perdre de vue les motivations à l'origine de son développement, tel que cela semble le cas dans certaines études très virulentes sur le fonctionnement actuel de la médecine technoscientifique. L'épidémiologie s'est développée comme rempart contre des pratiques abusives aux conséquences désastreuses et permet de rendre visible des phénomènes mortels. L'étude Detector s'inscrit entièrement dans cette démarche d'évaluation et de validation des procédures médicales par les preuves.

.....

2.4. De la prévention à la promotion de la santé : le cas du vieillissement

En ce qui concerne le cancer, la prévention reste focalisée sur l'évitement de maladies ciblées.

Les recherches visent à identifier des carcinogènes pouvant causer des cancers particuliers, ou encore à développer des méthodes permettant de repérer les stades précoces de cancers ayant été décrits et pour lesquels il existe un traitement. Or parfois, et notamment dans d'autres domaines, la prévention ne fonctionne pas de manière aussi ciblée. C'est par exemple le cas de la prévention dans le cadre du vieillissement, ou de la prévention du vieillissement.

La prévention est explicitement au centre de l'agenda politique concernant le vieillissement depuis les années 2000. Le développement de la prévention dans le domaine du vieillissement illustre son intrication avec des dynamiques politiques et sociales, et l'impact des représentations concernant un phénomène, sur ces pratiques.

2.4.1. Prévention collective et problèmes pour la collectivité

Il existe une articulation fine entre la prévention et le contexte politique, économique et social : se développent des politiques de prévention lorsque des phénomènes sont identifiés comme problèmes publics, pour la collectivité. La prévention dans le domaine public concerne des champs divers : les pathologies, mais également le suicide, les addictions, les accidents de la

route, la délinquance, l'échec scolaire, la pollution, le terrorisme, etc. « Dans le discours politique, dans le monde de l'entreprise, de l'école, de l'université, la prévention s'affiche partout. [...] C'est une notion polymorphe, imprécise, dont l'usage social et politique reste très éclaté. [...] Elle est l'ensemble des mesures prises pour empêcher que ne se produisent des événements, ou des phénomènes, qui pourraient entraîner un dommage pour l'individu ou la collectivité »⁶³. Les initiatives à partir desquelles un problème devient une affaire publique sont souvent locales, voire privées, émanant du terrain et des citoyens avant d'être saisies par les institutions politiques. Ainsi par exemple en ce qui concerne la sécurité routière : si les politiques abordent d'abord le sujet sous l'angle des solutions urbanistiques et des bienfaits de l'industrie automobile pour l'économie nationale, les usagers de la route trouvent à s'associer aux compagnies d'assurance – pour lesquelles la multiplication des accidents crée une pression financière –, pour motiver une action publique en direction de plus de sécurité.

En ce qui concerne la santé, la demande de plus en plus importante de protection par l'Etat Providence, couplée à la menace quant à la stabilité économique du pays entraînée par la multiplication des demandes de soins, motivent le développement des premières campagnes françaises de prévention. Cela dans le but de ne plus tout sacrifier à des procédures thérapeutiques et traitements médicaux de plus en plus coûteux. « La prévention en matière de santé, nous dit Alvarez, est alors pensée comme un véritable outil de politique publique qui doit servir la maîtrise des dépenses de santé. C'est dans ce contexte [...] qu'il faut comprendre l'inscription à l'agenda politique, à partir de 1975, d'actions de prévention, essentiellement centrées sur une logique de programmes de communications de grande envergure »⁶⁴. La lutte contre le tabagisme commence ainsi en France plus tôt qu'aux Etats-Unis, lorsque Simone Veil, ministre de la Santé, limite en 1976 le tabagisme dans les espaces publics et initie le déploiement de campagnes anti-tabac et l'interdiction progressive de la publicité. « Les campagnes de prévention deviennent le moyen d'action publique polyvalent, par la mobilisation de moyens de communications de masse [...] Cette ambition ministérielle de développer des campagnes de grande envergure au niveau national *via* les mass médias, en retournant la perspective doctrinale qui consistait à rappeler à l'ordre les individus irrespectueux de l'ordre biosocial, va se concrétiser en une réorganisation de l'action publique »⁶⁵. Des moyens de communication ciblés grâce à des études des groupes cibles sont mis en place et sont exploités grâce à la formation d'un Comité d'Education pour la Santé qui sera dissous en 2002.

La prévention dans le cadre du vieillissement n'apparaît également pas d'un coup mais est plutôt une conséquence du développement de l'évolution des représentations sur la vieillesse et de son émergence comme problème public. Jusqu'à la fin du XIXe siècle, l'intervention publique prenait en charge les populations les plus en marge sans distinction d'âge. « La vieillesse en tant

⁶³ S. Alvarez, *Prévention et vieillissement, op. cit.*, p. 18.

⁶⁴ *Ibid.*, p. 26.

⁶⁵ *Ibid.*, p. 27.

que phénomène social a été problématisée de diverses manières »⁶⁶, et ces problématisations influent sur les pratiques sociales et le développement des pratiques préventives dans ce cadre.

2.4.2. La vieillesse : un problème économique, social, sanitaire

Ce sont d'abord des considérations économiques qui font entrer la vieillesse au programme des autorités publiques. Des facteurs sociaux comme l'augmentation de l'espérance de vie, les progrès de la médecine, les évolutions technologiques dans le monde du travail, l'urbanisation, la mondialisation, etc. ont un impact sur la structure sociale, et les rôles et places laissés ou pris par les individus et les groupes d'individus au sein de la société. A la fin du XIXe siècle, le développement de la société industrielle engage des notions de sécurité quant aux conditions de travail, et plus généralement par rapport aux conditions de vie. Est promulguée en 1910 une loi pour les retraites paysannes et ouvrières. « Ces régimes pionniers de retraite traduisent la montée progressive de la problématique de la vieillesse sous l'angle des difficultés économiques et sociales que connaissent les ouvriers vieillissants, qui face à des incapacités physiques, se trouvaient relégués au rang des indigents : sans travail, jusqu'alors, aucune intervention publique ou patronale ne permettait de vivre décemment »⁶⁷. Le droit à la retraite devient universel en 1945. C'est du même coup une catégorie sociale qui voit le jour, les retraités, catégorie d'action publique soumise à des lois et plans gouvernementaux, et dans laquelle l'entrée est déterminée par le passage d'un seuil d'âge politiquement déterminé.

En 1960, une réorientation majeure de la problématisation politique de la vieillesse a lieu. D'un problème économique, la vieillesse devient un problème social. Face au vieillissement de la population, et les personnes âgées s'enrichissant par rapport aux époques précédentes du fait du développement des régimes de retraites, l'enjeu devient celui de maintenir les âgés intégrés dans la vie sociale. Pierre Laroque dit à cette époque : « Le vieillissement de la population entraîne des conséquences dans tous les domaines de la vie nationale ; progressivement, mais d'une manière inéluctable, il grève les conditions d'existence de la collectivité française [...]. Enfin, politiquement et psychologiquement, le vieillissement se traduit par le conservatisme, l'attachement aux habitudes, le défaut de mobilité et l'inadaptation à l'évolution du monde actuel »⁶⁸. L'intégration sociale des âgés est mise au centre du rapport Laroque en 1962. Grâce à la mise à disposition de fonds, cela permet la diffusion d'une idéologie du « troisième âge » fondée sur des enjeux de loisirs, de consommation, et ouvre un marché nouveau qui sera vite rempli par le développement de clubs, de résidences de vacances, d'activités diverses dédiées aux seniors. Se développe donc une catégorie sociale nouvelle impulsée par des considérations étatiques, politiques et économiques : celle du troisième âge. « Là où la politique des retraites s'adressait prioritairement aux couches sociales les plus démunies, puis aux ouvriers et enfin à tous les salariés, le rapport Laroque oriente son discours à l'ensemble d'un groupe d'âge en s'inscrivant

⁶⁶ *Ibid.*, p. 59.

⁶⁷ *Ibid.*, p. 70.

⁶⁸ Pierre Laroque, Anne-Marie Guillemard et Rolande Ruellan, *Rapport Laroque. Commission d'étude des problèmes de la vieillesse du Haut comité consultatif de la population et de la famille*, Paris, L'Harmattan, 2014.

dans le champ du mode de vie de celui-ci »⁶⁹. La notion de prévention est présente, elle prend la forme d'une prévention sociale, a pour lieu d'action l'environnement social des individus, afin de réduire les inégalités, de retarder l'apparition des incapacités, dans le but de maîtriser les risques démographiques, sociaux et économiques.

Un nouveau mouvement est identifié par Alvarez comme le glissement de l'enjeu central de la vieillesse, de considérations économiques, puis sociales, vers des considérations médicales. La catégorie du « troisième âge » centrée sur l'activité et les loisirs est dans les années 1990 en perte de vitesse, du fait de la dépendance des âgés. Si la distinction entre vieillissement normal et vieillissement pathologique était déjà présente dans le rapport Laroque, et avait débouché sur la mise en place de dispositifs de soin, c'est cette problématique qui devient prévalente à partir des années 1990. Ce mouvement est également lié aux évolutions quant à l'appréhension de la vieillesse par les institutions médicales.

2.4.3. La médicalisation de la vieillesse : Gerocomia, gérontologie, gériatrie

Jusqu'à très tardivement, la vieillesse était considérée comme un phénomène naturel et inéluctable, le médecin n'ayant en ce sens qu'un potentiel d'action très limité vis-à-vis du patient⁷⁰. Si dès Hippocrate des causes au vieillissement sont cherchées, et le phénomène observé, les interventions ne sont pas envisagées dans une logique curative, mais ont pour but un rééquilibrage du corps grâce, par exemple, à des onctions corporelles, à des massages tonifiants, à des bains, à la consommation de lait et de vin chaud, etc. « La médecine ne propose ni diagnostic ni thérapeutique des pathologies de la vieillesse. Cet âge de la vie ne peut avoir recours qu'à la *Gerocomia*, définie en 1747 dans le *Dictionnaire universel de médecine* comme « cette partie de la médecine qui prescrit un régime aux vieillards »⁷¹.

Les choses commencent à changer avec le développement du regard anatomoclinique au milieu du XIXe siècle. Les vieilles personnes hospitalisées font l'objet de nombreuses observations et descriptions, et naît la distinction entre vieillissement normal et vieillissement pathologique. Au milieu du XXe siècle, 90% de l'hôpital est occupé par des personnes âgées qui sont atteintes de maladies chroniques. « La clinique gérontologique connaît un essor remarquable, où cependant l'aspect curatif tient [toujours] peu de place »⁷². Les mirages thérapeutiques envisagés (sérum rajeunissant, par exemple) sont décriés et discréditent la question du soin des vieillards, les médecins ne s'intéressant dès lors que très peu au phénomène. Alfonsina Faya-Robles note qu'« en France, par exemple, jusqu'aux années 1950, aucune école de médecine n'a donné de cours sur la vieillesse et aucune revue scientifique médicale de renom n'a publié d'article sur le vieillissement »⁷³.

⁶⁹ S. Alvarez, *Prévention et vieillissement*, op. cit., p. 74.

⁷⁰ Nicole Benoît-Lapierre, « Guérir de vieillesse », *Communications*, 1983, vol. 37, n° 1, p. 149-165.

⁷¹ *Ibid.*, p. 151.

⁷² *Ibid.*, p. 152.

⁷³ Alfonsina Faya-Robles, « La personne âgée « fragile ». La construction scientifique d'une catégorie sanitaire et ses enjeux », *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 2018, n° 17, p. 4.

L'intérêt social et le développement de la gérontologie induisent une modification de ce paysage médical. Des experts médicaux sont sollicités pour diverses commissions et groupes de travail, dans le cadre de la nouvelle idéologie de la vieillesse impulsée par Laroque. De la gérontologie émerge progressivement la gériatrie. « Les médecins qui se sont faits les agents du changement, marginaux dans leur champ professionnel, en position d'infériorité dans l'appareil hospitalier, ont ainsi trouvé des instances de réflexion et d'élaboration, des possibilités d'alliance, des soutiens administratifs et financiers »⁷⁴. De jeunes médecins, plutôt que de changer d'hôpital dès que l'occasion se présentait et par manque d'intérêt pour le soin des personnes âgées, commencent des carrières en gériatrie, ce qui contribue à modifier la pratique médicale dans le champ du vieillissement. Les médecins tentent de rompre avec le « fatalisme » historique vis-à-vis de la vieillesse et commencent à envisager des solutions thérapeutiques à certains processus d'invalidation, tels par exemple les démences qui font aujourd'hui l'objet de recherche en neurochimie. Est envisagée la possibilité de dépasser ce qui était considéré avant comme la limite du champ médical. « La vieillesse n'est plus considérée comme un mal fatal, il convient dans le même mouvement d'identifier toutes les maladies qui l'affectent. Cette identification, ce repérage est la condition inaugurale d'une intervention possible. »⁷⁵

Les pathologies sont donc séparées du processus physiologique de sénescence. Les recherches se développent alors à un rythme exponentiel. La médicalisation de la vieillesse est concomitante de sa pathologisation : de plus en plus de phénomènes du vieillissement sont appréhendés comme des pathologies, tombant dès lors hors du vieillissement « normal » et permettant leur abord curatif. « Ce qui le caractérise est en effet une polypathologie, c'est-à-dire le cumul et l'intrication de plusieurs affections, avec ou sans liens de causalité, mais dont les évolutions peuvent intervenir comme facteurs d'aggravation réciproque »⁷⁶.

Une interprétation médicale de la dépendance devient dominante au niveau des politiques publiques, de manière concomitante au développement de la gériatrie, et dans la mesure où c'est cette vision qui répond le mieux aux exigences et possibilités d'action de l'Etat. Il s'agit alors de contrecarrer la progression du nombre de personnes âgées dépendantes pour diminuer la pression sur le système de soin français. Par des réformes du système hospitalier, sont introduites des distinctions entre l'âge et le handicap, segmentant les structures de prise en charge des individus vieillissants et visant à diminuer la pression sur le système de soin français. « Le rapport du Conseil Economique et Social, publié en 1985, *Les problèmes médicaux et sociaux posés par les personnes âgées dépendantes* appuie « l'approche causale » de la dépendance, qui fait de l'âge et la vieillesse l'origine du handicap, lequel est mesuré à l'aide d'indicateurs fonctionnels »⁷⁷. Est développée la grille AGGIR, toujours utilisée aujourd'hui pour calculer les allocations auxquelles peuvent prétendre les personnes âgées, permettant de classer les personnes en fonction de leur niveau de dépendance. Sont ainsi pendant un temps négligés et évacués d'autres facteurs

⁷⁴ N. Benoît-Lapierre, « Guérir de vieillesse », art cit, p. 156.

⁷⁵ *Ibid.*, p. 157.

⁷⁶ *Ibid.*, p. 158.

⁷⁷ S. Alvarez, *Prévention et vieillissement, op. cit.*, p. 84.

participant de la dépendance, et notamment l'organisation sociale qui peut créer des formes de dépendance du fait même de son organisation. L'accent est donc plutôt mis sur le versant déficitaire et l'état de handicap de la personne.

2.4.4. Prévention du vieillissement : de la maladie vers la santé

Une nouvelle inflexion, dans la suite logique, se traduit par le déplacement vers la prévention de la dépendance. La pathologisation de la vieillesse est critiquée. Les limites des méthodes thérapeutiques, la réaffirmation du vieillissement comme un phénomène multifactoriel, global, complexe du fait de la multiplicité des rapports de cause à effet entre les différentes pathologies et comorbidités, les effets iatrogènes des traitements possibles, motivent le développement d'une « gériatrie intégrale »⁷⁸. « La gériatrie, nous dit Nicole Benoît-Lapierre, entend être une médecine polyvalente, omnipraticienne au sens rigoureux du terme, non pas seulement générale mais « totale »⁷⁹. La prévention dans le cadre du vieillissement ne concerne dès lors plus l'évitement de pathologies identifiées, mais le maintien de la santé au sens large, et l'évitement de l'ensemble des phénomènes pathologiques.

Emergent dans ce cadre de nouvelles notions, comme notamment celle du « vieillissement réussi ». John W. Rowe et Robert L. Kahn⁸⁰, dans un article aujourd'hui célèbre, identifient un vieillissement réussi qui serait à distinguer du vieillissement usuel. Est décrit, à l'opposé du vieillissement dit pathologique, un vieillissement qui ne suivrait pas la pente classiquement observée dans le vieillissement usuel. Ce vieillissement dit réussi serait caractérisé par l'absence de maladies ou de facteurs de risques, un niveau de fonctionnement cognitif et physique élevé et un engagement social et occupationnel maintenu. Le résultat serait un sentiment de bien-être et une durée de vie supérieure à l'espérance de vie moyenne. « Les auteurs estiment que les facteurs génétiques et héréditaires ont été surestimés dans la compréhension du vieillissement, et que les facteurs individuels, de comportements et de styles de vie, ont été sous-estimés [...] Dans cette optique, il peut être combattu, car dans une large mesure, les individus décident de leur vieillissement par les choix qu'ils font »⁸¹.

Ce déplacement de la prévention d'un évitement des maladies vers le maintien de la santé, se traduit, au niveau politique, par le développement du « Plan National Bien Vieillir », en 2007. Faya-Robles et Alvarez s'accordent pour parler d'un processus de sanitisation de la vieillesse. Alvarez détaille le contenu du PNBV. Il comprend des mesures concernant l'alimentation des personnes, instaurant des guides de bonnes pratiques alimentaires et de nutrition. Les problématiques du maintien du lien social, de la pratique d'une activité sportive sont étudiées. Est également abordée la mise en place de bilans de santé permettant d'identifier des facteurs de risque, complétés par le dépistage de diverses pathologies et troubles comme les cancers, les

⁷⁸ A. Faya-Robles, « La personne âgée « fragile ». La construction scientifique d'une catégorie sanitaire et ses enjeux », art cit, p. 5.

⁷⁹ N. Benoît-Lapierre, « Guérir de vieillesse », art cit, p. 159.

⁸⁰ John W. Rowe et Robert L. Kahn, « Successful Aging », *The Gerontologist*, 1997, vol. 37, n° 4, p. 433-440.

⁸¹ S. Alvarez, *Prévention et vieillissement*, op. cit., p. 121.

troubles sensoriels, neurologiques, les risques de chute, etc. La santé corporelle devient dans ce cadre et selon les termes de Faya-Robles, « une valeur positive, prévisible et optimisable, tant individuellement que collectivement »⁸².

La notion de « fragilité » est par ailleurs développée dans une volonté d'opérationnalisation de la promotion de la santé. Elle est utilisée par les acteurs médicaux et sociaux pour désigner les personnes exposées au risque de dépendance. Cette notion fait l'objet de très nombreuses publications bien que sa définition ne soit pas l'objet d'un consensus. Elle permet l'identification de critères ayant pour but de définir les cibles de la prévention. Alors que le PNBV s'intéressait aux personnes âgées dans leur ensemble, la notion de fragilité implique le déplacement de la notion de facteurs de risques à l'idée de personnes à risque. Ne sont donc plus identifiés les facteurs qui pourraient induire ou déclencher la pathologie, mais plutôt les individus qui pourraient en être les supports. La notion de fragilité permet l'identification de personnes qui sont situées entre la normalité et la pathologie, dans une situation appréhendée comme incertaine, instable. « Si, en France, l'approche de la dépendance a été marquée par une forte médicalisation de la vieillesse, notamment avec la grille AGGIR, l'approche de la fragilité préfigure un glissement vers une sanitarisation du vieillissement »⁸³. Contrairement à la dépendance, la fragilité est perçue comme un état réversible, permettant d'identifier les personnes susceptibles d'être exposées à la maladie et présentant peu de capacités pour y résister, et permettant de focaliser l'intervention sur la résistance des personnes aux pathologies⁸⁴.

2.4.5. Perspectives actuelles et difficultés d'opérationnalisation

La prévention constitue le premier axe de la stratégie nationale française de santé publique 2018-2022⁸⁵. Le plan prévention prévoit des mesures concrètes pour améliorer la santé de la population française à tous les âges de la vie : lors de la grossesse et des 1000 premiers jours d'existence, chez les enfants, chez les jeunes, chez les 25-65 ans, et pour le « bien vieillir ». En ce qui concerne les personnes de plus de 55 ans, telles que nous les retrouvons dans notre étude, le plan prévention prescrit des actions portant sur la santé au quotidien, sur l'accès aux mesures sanitaires et médicales et leur développement, etc. Les mesures clés concernant la santé au quotidien consistent par exemple à : « bien manger et bien bouger », « se libérer des addictions », améliorer l'habitat et les environnements de vie, la santé au travail, dans le milieu pénitentiaire, dans les armées..., diminuer l'isolement, protéger la santé des autres. Une offre sanitaire et médico-sociale est proposée, concernant les souffrances psychiques, les situations de vulnérabilité, le repérage des fragilités, la prévention des maladies transmissibles et sexuelles, des troubles dentaires, des troubles sensoriels, des maladies neurodégénératives, des maladies infectieuses, etc. Sont également proposés divers dépistages, systématiques ou individuels :

⁸² A. Faya-Robles, « La personne âgée « fragile ». La construction scientifique d'une catégorie sanitaire et ses enjeux », art cit, p. 8.

⁸³ *Ibid.*

⁸⁴ Christine Dourlens, « Les usages de la fragilité dans le champ de la santé : Le cas des personnes âgées », *Alter, European Journal of Disability*, 2008, vol. 2, n° 2, p. 156-178.

⁸⁵ Ministère des solidarités et de la santé, *Priorité prévention. Rester en bonne santé tout au long de la vie*, Paris, 2018.

dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus pour les femmes, dépistage du cancer colorectal chez les femmes et les hommes. L'actuel plan prévention semble prendre plus en compte le contexte de vie de la personne, et donc la tradition sociale qui, selon Alvarez, existait dans les premiers « plan vieillesse » mais avait été progressivement délaissée au profit d'une prévention majoritairement axée sur la santé. La sanitarisation reste cependant dominante.

En pratique, ces différentes notions et programmes peuvent être difficiles à opérationnaliser. L'organisation de l'hôpital et la prévalence toujours actuelle d'une vision médicale de la dépendance posent une limite aux intentions progressistes des promoteurs d'une gériatrie prenant en charge le patient dans sa globalité. Benoît-Lapierre note que le projet initial englobant est rattrapé par les tendances dominantes du monde hospitalier, axé sur une médecine réparatrice spécialisée. Si la gériatrie ambitionne l'abrasion des spécialités médicales, « l'éventuel apport des autres disciplines reste toutefois subordonné au diagnostic médical de pathologie. En ce sens, la gériatrie, qui peut certes permettre une meilleure prévention et un traitement plus attentif des affections chez les personnes âgées, accrédite aussi une nouvelle forme de contrôle médical »⁸⁶. L'opérationnalité de la notion de la fragilité est par ailleurs remise en question par les nombreux facteurs impliqués, l'absence de consensus sur une théorie du vieillissement ou sur la délimitation de la limite entre normal et pathologique. Différentes théories du vieillissement sont soumises à controverses et il y aura peut-être toujours une « impossible distinction entre ce qui relève du vieillissement normal et du vieillissement pathologique »⁸⁷, ce qui influe sur les possibilités d'action. L'écart entre la multiplicité des composantes de la fragilité et la simplicité nécessaire des méthodes de dépistage, limite par ailleurs l'efficacité de l'utilisation de cette notion en pratique quotidienne par les acteurs sociaux ou du milieu hospitalier. Des écarts existent donc entre les volontés affichées et les possibilités de leur réalisation pratique.

Les auteurs étudiés mettent donc en évidence que le développement de la prévention dépend autant des évolutions et blocages dans les avancées scientifiques que de prises de positions politiques. Si historiquement, la prévention du cancer est étroitement liée aux évolutions scientifiques, des enjeux politiques y sont également présents et notamment depuis la mise en place, depuis 2003, de plans gouvernementaux : Plan Cancer 2003-2007, Plan Cancer 2009-2013, Plan Cancer 2014-2019, Plan Décennal Cancer 2021-2030. La prévention dans le domaine du vieillissement, quant à elle historiquement plus liée aux évolutions politiques, est également de près concernée par les progrès scientifiques : il existe aujourd'hui plus de 300 théories biologiques du vieillissement qui influent sur notre perception du normal et du pathologique et offrent de nouvelles perspectives d'intervention.

Bien que nous nous intéressions à la rencontre entre un médecin et son patient, celle-ci est de bout en bout marquée par le contexte politique, social et scientifique dans lequel elle s'insère. La prévention est au carrefour d'enjeux pluriels : politiques, scientifiques, épidémiologiques,

⁸⁶ N. Benoît-Lapierre, « Guérir de vieillesse », art cit, p. 160.

⁸⁷ Elodie Giroux, « Vieillir : normal ou pathologique ? » dans *Comprendre la vieillesse : Essai sur les sciences sociales et médicales*, Ottignies-Louvain-la-Neuve, EME éditions, 2015, p. 37.

médicaux, sociologiques et psychologiques. Nous concentrer trop sur un point de vue et négliger les autres pourrait nous rendre aveugle à certaines forces agissant au cœur de la relation médecin-patient et au cœur de la recherche en psychologie portant sur le dépistage.

Point d'étape

Une méthode de dépistage des cancers est proposée aux patients inclus dans l'étude parce qu'ils ont au-delà de 55 ans, et sont par-là plus exposés que d'autres tranches de la population à diverses maladies. Il nous a dès lors paru pertinent de nous arrêter sur la prévention dans le cadre du vieillissement. Nous avons retracé l'évolution des appréhensions publiques de la vieillesse, d'une période où elle n'existait pas comme catégorie sociale, à la rédaction ce jour de plans gouvernementaux la mettant au centre de ses programmes de prévention.

Le champ de la prévention dans le vieillissement est particulièrement marqué par l'évolution des représentations sur la vieillesse, représentations influencées par les politiques publiques. La distinction entre le vieillissement usuel et le vieillissement réussi, la focalisation sur le « bien vieillir » et sur la notion de fragilité, rendent particulièrement évident le déplacement de l'intérêt vers l'optimisation de la santé des populations. Cette approche s'inscrit dans les directions prises par l'OMS, qui met au centre de son programme non uniquement la prévention des maladies mais plutôt la promotion de la santé, la santé étant définie comme « un état complet de bien-être physique, mental et social, et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'invalidité »⁸⁸. Avec le développement de la prévention dans le champ du vieillissement s'effectue un décalage d'une focalisation sur la maladie et sur le comportement à risque, à une focalisation sur la personne qui est alors définie elle-même « à risque ». Cette personne est alors définie comme fragile, ou, pourrions-nous dire encore, précaire.

L'évolution des techniques – qu'il s'agisse des techniques médicales ou des méthodes de définition des personnes –, les effets de « pathologisation », « médicalisation », « sanitarisant » observés, peuvent être lourds de conséquences en ce qui concerne les effets psychiques pour les personnes concernées. Nous aurons l'occasion de revenir sur les représentations concernant les personnes âgées et leurs effets psychiques, dans les chapitres 4, 6 et 8. Il nous faudra notamment, avant de pouvoir reconstruire un sens concernant l'expérience des participants, déconstruire un certain nombre de ces représentations qui ont des effets jusque dans l'intimité des personnes.

⁸⁸ World Health Organization. Division of Health Promotion, Education and Communication, *Glossaire de la promotion de la santé*, op. cit., p. 1.

3. Limites et critiques de la prévention

Selon Patrick Peretti-Watel et Jean-Paul Moatti⁸⁹, la prévention s'est instituée en principe, voire parfois aujourd'hui en utopie, dans la mesure où elle est « devenue l'instrument d'une volonté anticipatrice qui entend pacifier le futur, en désamorcer les pièges, pour nous aider à mieux maîtriser notre existence et le monde qui nous entoure », « elle permettrait de dégager tous les horizons et nous offrirait, à défaut de la vie éternelle, une existence longue, heureuse et paisible », « elle vise à conjurer les principaux risques de l'existence – la maladie, la mauvaise santé, le vieillissement, la mort prématurée »⁹⁰.

Si la démarche préventive est devenue un élément incontournable des pratiques publiques, si elle participe de l'amélioration de la santé de la population et provoque majoritairement son adhésion, elle n'est pas exempte de tiraillements, de paradoxes, d'effets dommageables ou contre-productifs. « Bien que triomphant et incontesté, le principe de prévention est donc menacé de conflits internes, de dysfonctionnements, de dérives »⁹¹.

De nombreux auteurs en identifient donc les limites et effets délétères. Nous tenterons ici de rendre compte des écrits pointant les effets iatrogènes des pratiques préventives – appartenant pour la plupart aux sciences humaines, notamment la sociologie et l'éthique médicale –, et des mesures parfois mises en œuvre pour tenter d'y remédier.

3.1. Le paradigme épidémiologique

La prévention fonctionne grâce à l'identification de risques, le but étant d'identifier les facteurs impliqués dans la survenue d'un événement jugé délétère, pour les réduire au maximum et limiter ou éviter ainsi la survenue de cet événement. L'appui sur l'observation de corrélations est déjà à l'œuvre au XVIII^e siècle dans la prévention des maladies infectieuses : par exemple la découverte d'une corrélation entre la consommation de l'eau venant d'une pompe en particulier, et le choléra. Le fonctionnement de la prévention connaît une inflexion lors de la « transition épidémiologique »⁹². Il devient possible, depuis le développement de l'informatique, et l'augmentation de la capacité de récolte, de stockage et de traitement des données, d'estimer les paramètres et leur implication probabiliste dans un événement défini. L'utilisation du paradigme épidémiologique n'est pas sans poser des problèmes méthodologiques.

Les outils technologiques et notamment l'informatique permettent la découverte constante de nouvelles corrélations. Vont être envisagés comme facteurs de risque des données très hétérogènes, telles que des états psychologiques, des expériences vécues, en eux-mêmes à risque

⁸⁹ Patrick Peretti-Watel et Jean-Paul Moatti, *Le principe de prévention : Le culte de la santé et ses dérives*, Paris, Seuil, 2009.

⁹⁰ *Ibid.*, p. 7-8.

⁹¹ *Ibid.*, p. 9.

⁹² *Ibid.*, p. 17.

ou étant susceptibles de favoriser des conduites à risque. Or, s'il est possible de mesurer précisément l'effet d'une hormone sur un rat, en le comparant à un autre rat et en limitant les paramètres dans un environnement contrôlé, les interprétations deviennent beaucoup plus complexes lorsqu'appliquées à l'homme, et notamment à ses comportements et fonctionnements psychologiques⁹³. Lorsque les chercheurs tentent d'identifier les voies de contamination du sida, avant que ne soit isolé le virus, une corrélation est par exemple établie entre la maladie et la consommation de poppers. Si une corrélation est trouvée, c'est que cette drogue est principalement consommée dans les milieux homosexuels où la contamination par le sida était plus importante. Il est établi aujourd'hui que limiter son utilisation n'aurait eu aucune efficacité pour limiter la propagation du virus. Des relations statistiques peuvent ainsi être observées sans qu'un rapport de causalité lie les différentes variables corrélées : bien qu'ait été démontrée une corrélation entre le tabagisme et le suicide, il ne serait pas raisonnable de considérer que le tabagisme cause le suicide. L'étude de corrélations avec un facteur tel que la race – très fréquente aux Etats-Unis – ou le statut socioprofessionnel, relève par ailleurs d'un défi interprétatif dans la mesure où ces caractéristiques peuvent structurer l'existence même des personnes concernées : trajectoire professionnelle, système culturel et symbolique, etc.

Le repérage de corrélations permet la mise en place de mesures sans que le rapport de cause à effet soit connu, sans que soient fournies d'explications satisfaisantes. L'absence de compréhension des mécanismes est d'abord ce qui crée des résistances vers la mise en place de mesures lorsqu'est identifiée une corrélation entre le tabagisme et le cancer du poumon. Cette démarche permettant d'agir sans tout comprendre s'impose néanmoins largement, et notamment dans les trente dernières années, du fait de son efficacité, indéniable en ce qui concerne les maladies infectieuses et le tabagisme. Le probabilisme prend le pas sur le déterminisme : « la risk factor epidemiology est souvent aussi nommée black box epidemiology : ce qui compte, c'est ce qu'on met dans la boîte noire (les facteurs de risque) et ce qui en sort (le risque et ses variations), pas ce qui se passe dedans »⁹⁴. Certains chercheurs critiquent une simplification à outrance des variables sociales et psychologiques, difficilement cernables, et la tendance à les considérer comme des variables biologiques. Le projet de « durcir » les connaissances scientifiques pour que les mesures mises en place à grande échelle soient « validées » est une tâche difficile, notamment lorsqu'il concerne des conduites et comportements humains. Néanmoins, « après avoir été longtemps débattu, ce modèle est devenu un objet stabilisé. Son usage s'est routinisé dans de nombreuses disciplines scientifiques, en sociologie comme en psychologie, en économie, en recherche clinique, en biologique moléculaire ou en génétique : il n'est plus guère remis en cause, il est même devenu un point de passage obligé pour les chercheurs qui veulent promouvoir leurs propres hypothèses »⁹⁵. Les études publiées dans les revues scientifiques validées par des pairs

⁹³ Patrick Peretti-Watel, « Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites à risque », *Revue française de sociologie*, 2004, vol. 45, n° 1, p. 103-132.

⁹⁴ P. Peretti-Watel et J.-P. Moatti, *Le principe de prévention*, *op. cit.*, p. 21.

⁹⁵ P. Peretti-Watel, « Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites à risque », art cit, p. 110.

restent généralement fidèles au paradigme épidémiologique, les variables sociales et psychologiques tendant dès lors à être « biologisées »⁹⁶.

Nous assistons en conséquence aujourd'hui à une véritable « prolifération des conduites étiquetées « à risque » »⁹⁷. Le nombre de facteurs de risque augmente du fait de l'accumulation de données, de notre capacité à les traiter, et du primat du paradigme épidémiologique dans le milieu de la recherche. « La conception multifactorielle du lien causal s'est imposée en épidémiologie depuis une quarantaine d'années, et s'y manifeste par le recours à une métaphore qui traduit l'enchevêtrement des causes : la « toile des causes » »⁹⁸. L'individu est le centre de cette toile des causes, et sont identifiés des facteurs qui seuls ne sont pas suffisants au déclenchement d'une maladie mais qui augmentent chacun sa probabilité d'occurrence. Plusieurs centaines de facteurs de risque pour les troubles cardiovasculaires ont par exemple été identifiés, dont des comportements jugés auparavant anodins tels que boire l'eau du robinet, du lait, ou poivrer les steaks. La prolifération des facteurs considérés à risque, c'est-à-dire allant à l'encontre de la santé, peut particulièrement s'avérer illimitée lorsque la santé est considérée comme « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »⁹⁹. La santé peut donc concerner n'importe quel domaine de la vie. Comme le notent Roland Gori et Marie-José Del Volgo, « si l'OMS peut placer sa journée mondiale sous l'enseigne de « l'insécurité routière », alors on peut se demander ce qui, à l'heure actuelle, ne relève pas du champ de la santé ? La pédagogie ? La religion ? L'amour ? La famille ? La politique ? L'éthique ? »¹⁰⁰. La recherche de solutions et la volonté d'intervention amène à chercher les facteurs de risque des facteurs de risque, dans un processus pouvant être sans fin : « les conduites qui apparaissent comme liées à un problème de santé deviennent à leur tour des problèmes qu'il faut traiter, et dont il faut déterminer les facteurs associés »¹⁰¹. La société devient paradoxalement à la fois de plus en plus sûre et de plus en plus risquée.

Peretti-Watel et Moatti concluent que la notion de risque est « une construction savante produite par l'épidémiologie, science du risque par excellence »¹⁰². « Le risque ne désigne donc pas une catégorie fixe : tout peut devenir un risque. C'est à la fois une attitude, tournée vers un avenir à maîtriser, et un mode d'appréhension du réel, qui conçoit les obstacles futurs comme des accidents »¹⁰³. En fonction de la valeur accordée à un événement, tout peut devenir un risque, un accident ayant le potentiel d'être évité. Par ailleurs, la prévention, influencée par le choix des critères étudiés, tend aujourd'hui à mettre l'accent sur l'impact des conduites individuelles. Est

⁹⁶ *Ibid.*, p. 117.

⁹⁷ *Ibid.*, p. 103.

⁹⁸ *Ibid.*, p. 108.

⁹⁹ « Constitution » de l'OMS (Organisation mondiale de la santé).

<https://www.who.int/fr/about/governance/constitution> (consulté le 04/04/2022)

¹⁰⁰ Roland Gori et Marie-José Del Volgo, *La santé totalitaire : essai sur la médicalisation de l'existence*, Paris, Flammarion, 2009, p. 15.

¹⁰¹ P. Peretti-Watel, « Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites à risque », art cit, p. 114.

¹⁰² P. Peretti-Watel et J.-P. Moatti, *Le principe de prévention, op. cit.*, p. 18.

¹⁰³ *Ibid.*

attribuée aux conduites individuelles – et notamment les toxiques, l'alimentation et la pratique sportive – 40% de l'origine des pathologies, soit plus que la génétique (30%), les facteurs environnementaux tels que la pollution (5%), le manque d'accès aux soins (10%) ou les conditions sociales défavorables (15%). On considère aujourd'hui que les personnes adoptant les recommandations peuvent espérer vivre 14 années de plus que celles n'en adoptant aucune¹⁰⁴.

3.2. Le dilemme éthique des gouvernements

Après que l'épidémiologie a établi des relations statistiques entre les comportements individuels et la santé, la prévention s'empare de ces conduites pour pousser la population à y renoncer – ou à s'engager dans les comportements prescrits comme les dépistages.

« Bien sûr, dans des sociétés où la santé est devenue une valeur cardinale, l'opposition entre conduites saines et malsaines acquiert une dimension morale (le malsain, étymologiquement, est d'ailleurs à la fois ce qui est nuisible à la santé et contraire à la morale) »¹⁰⁵. Cette volonté de promotion de la santé et la stigmatisation concomitante sont parfois pleinement assumées dans les campagnes de prévention. Ainsi, des slogans tels que « embrassez un fumeur, c'est comme lécher un cendrier », ou « l'obésité c'est du suicide » sont développés. Des gens minces, beaux, souriants qui adoptent des conduites saines, ou des gens déformés, mutilés, tristes qui adoptent des conduites jugées à risque sont mis en scène. Le conservatisme moral s'empare des enjeux de santé : face à la révolution des mœurs, la santé devient l'argument principal permettant de réguler les comportements, qu'ils soient sexuels – c'est le cas pour le Sida –, ou se rapportant aux choix de vie – par exemple, la sédentarité, le nombre d'enfant, l'âge du premier enfant ou encore l'allaitement liés au cancer du sein –, sans parler de la consommation de toxiques – drogues, alcool, tabagisme, etc. Lorsque l'épidémie de Sida montre que la stigmatisation d'une population peut être dommageable pour celle-ci – et au-delà donc, pour la santé publique – se développe une nouvelle orthodoxie. « Ainsi, stigmatiser les séropositifs et les populations les plus touchées favoriserait la propagation du sida : cela inciterait les séropositifs à taire leur infection à des partenaires séronégatifs, retarderait le recours au dépistage (donc la découverte de l'infection et les précautions à prendre pour éviter de transmettre le virus) et rassurerait à tort les hétérosexuels, tentés par des rapports non protégés avec des partenaires supposés sûrs, parce que ni homosexuels ni toxicomanes »¹⁰⁶. La question se pose aussi pour le tabagisme. Les différents gouvernements, à l'international, se positionnent différemment quant à la discrimination des fumeurs, qu'elle soit formelle (limitation des lieux de tabagisme) ou informelle (modification de l'image des fumeurs). « Si en France certains experts de la lutte antitabac répugnent encore à admettre que celle-ci contribue à stigmatiser les fumeurs, leurs homologues anglo-saxons l'admettent volontiers et cherchent à en évaluer les avantages et les inconvénients »¹⁰⁷.

¹⁰⁴ *Ibid.*

¹⁰⁵ *Ibid.*, p. 31.

¹⁰⁶ *Ibid.*, p. 35.

¹⁰⁷ *Ibid.*, p. 36.

Il s'agira alors aux gouvernements, d'étudier et de quantifier les effets délétères des différentes mesures envisagées, afin de déterminer si elles sont admissibles, en prenant en considération leurs implications à un niveau éthique. « Mieux prendre en compte les dimensions éthiques liées au dépistage organisé dans l'information et l'organisation du dispositif »¹⁰⁸ est par exemple un enjeu retrouvé dans divers Plan Cancer. Sont alors rédigés deux rapports, l'un portant sur le dépistage du cancer du sein par mammographie, l'autre portant sur celui du cancer colorectal par recherche de sang dans les selles. L'étude de ces rapports éthiques commandés par l'Etat est éclairante des conflits sous-jacents à la généralisation de mesures de prévention à l'échelle nationale, et du positionnement adopté par le gouvernement. Nous nous concentrons ici sur le plus récent : celui du cancer colorectal.

Il a été longtemps admis que la santé publique était une démarche éthique et positive dans la mesure où son but était d'améliorer la santé de la population. Mais il apparaît qu'il existe une tension entre les intérêts collectifs et les intérêts individuels. L'intérêt du dépistage est calculé par rapport aux bénéfices pour la collectivité, et non pour la personne individuelle. Il a été prouvé que le dépistage du cancer colorectal permettait de diminuer la mortalité de la population par ce cancer de 15 à 20%, si la participation atteint un certain taux (50% de la population entre 50 et 74 ans se faisant dépister tous les deux ans). Au contraire, la non-atteinte de cet objectif participatif pourrait s'avérer délétère pour la collectivité, dans la mesure où elle entraînerait des surcoûts qui pourraient mettre en péril l'équilibre collectif. Au niveau individuel en revanche, l'intérêt du dépistage est limité, voire peut être délétère : la probabilité individuelle d'être atteint d'un cancer colorectal est très faible. Quelques participants au dépistage en bénéficieront, mais la grande majorité ne tirera aucun avantage du dépistage, et pourra au contraire souffrir de ses effets négatifs (contrainte, faux-positifs, faux-négatifs, etc.). En 2015, seulement 29,8% de la population adhère aux recommandations, ce qui remet en question l'efficacité du dispositif au niveau collectif, du point de vue tant sanitaire qu'économique.

Trois modèles de santé publique sont envisageables : 1/ un modèle de protection de la collectivité imposée, dans laquelle l'Etat contraint l'individu à participer aux actions de santé publique pour protéger l'intérêt collectif ; 2/ un modèle d'offre d'actions de prévention, dans lequel l'Etat propose des actions de prévention, et respecte la décision des individus de participer ou non ; 3/ un modèle de responsabilité de l'individu vis-à-vis de sa santé, dans lequel les actions de prévention ne sont pas mises en place collectivement, l'individu devenant entièrement responsable de son état de santé. Le troisième modèle est exclu du mode de fonctionnement de l'Etat Providence, dans la mesure où l'Etat entend respecter « des valeurs [éthiques] de santé, de solidarité, d'égalité d'accès, de protection et de justice »¹⁰⁹. Le premier modèle – hors cas d'état d'urgence qui ne caractérise pas le problème du cancer colorectal –, est également exclu dans la mesure où il remet en question les principes d'autonomie et de respect de liberté des personnes.

¹⁰⁸ INCa (Institut National du Cancer), GRED, *Ethique et dépistage organisé du cancer colorectal - Analyse du dispositif français*, Boulogne-Billancourt, 2016.

¹⁰⁹ *Ibid.*, p. 12.

Le second modèle est alors adopté, mais le faible taux de participation remet en question l'utilité du dispositif, et donc la maîtrise des dépenses de santé dans la mesure où l'investissement financier s'avère disproportionné au vu des résultats obtenus, et empêche l'utilisation des fonds pour des fins qui s'avèreraient plus efficaces. « Les citoyens peuvent-ils refuser [les démarches de prévention] au nom d'une autonomie revendiquée ou d'un refus de prise de risque individuel pour une efficacité collective ? Ainsi en terme éthique jusqu'où la règle collective peut et doit imposer des principes aux citoyens, poser des contraintes, voire des interdits ou des obligations ? [...] L'éthique collective serait de trouver un équilibre entre le respect des libertés, des choix individuels, la préservation du modèle sociétal et l'efficacité du programme »¹¹⁰.

Voici la solution choisie, qui n'est pas exempte de paradoxes : « L'éducation pour la santé doit informer et sensibiliser sur les enjeux individuels mais aussi collectifs, en se gardant de juger, sanctionner, stigmatiser ou exclure. L'approche éducative, dont les résultats ne se mesurent qu'à long terme, permet d'associer liberté et responsabilité individuelle en vue d'améliorer l'usage de notre système de santé »¹¹¹. L'Etat opère sur une fine ligne de crête : il ne peut pas déployer des mesures ouvertement incitatives ne mettant en avant que les bénéfices en négligeant les effets délétères possibles pour les personnes, dans la mesure où cela contreviendrait à l'exercice de l'autonomie des personnes. Pour respecter l'autonomie et la liberté individuelle, l'information transmise doit être neutre, complète, permettant un choix libre et éclairé. Or, si le but affiché de l'éducation à la santé est de promouvoir la maîtrise individuelle de la santé (« accroître l'autonomie des personnes »¹¹²), ces mesures ne sont mises en place que dans la mesure où elles tendent à favoriser les intérêts collectifs et gouvernementaux : « la communication a pour premier objectif d'augmenter le taux de participation »¹¹³. Des mesures éducatives qui diminueraient le taux de participation seraient donc autrement délétères, l'Etat n'ayant aucun intérêt à augmenter ses dépenses pour les mettre en place. Cela mène au développement d'études ayant pour but d'étudier les conséquences de l'éducation à la santé : « Une étude récente [...] a montré qu'une information exhaustive n'augmente pas l'anxiété et n'a pas d'incidence négative sur la participation, voire même peut l'augmenter légèrement »¹¹⁴. L'Etat n'intervient donc en éducation à la santé, ne « promeut l'autonomie des personnes », que lorsque cela fait tendre la population vers le choix qu'il promeut. La communication ne peut pas poursuivre à la fois l'objectif d'augmenter le taux de participation et celui de promouvoir la liberté, qui impliquerait le respect égal des différents choix. Le but de l'Etat n'est donc pas tant de promouvoir la liberté individuelle, que de déployer un maximum d'actions possibles dans la limite autorisée par le respect de la liberté individuelle, ce qui n'apparaît que de manière ambivalente dans le rapport, qui tente de concilier en une seule vision des impératifs éthiques parfois contradictoires et inconciliables. Par ailleurs, il est rappelé que « tout programme présente un risque d'élaboration d'une norme susceptible de marginaliser ceux qui s'en écartent : il convient alors d'être

¹¹⁰ *Ibid.*, p. 13.

¹¹¹ *Ibid.*, p. 15.

¹¹² *Ibid.*

¹¹³ *Ibid.*, p. 19.

¹¹⁴ *Ibid.*, p. 18.

particulièrement vigilant sur le risque de stigmatisation »¹¹⁵. Si les méthodes moralisatrices et culpabilisantes sont prescrites, des mesures éducatives « dès l'école » sont mises en place afin de « favoriser l'acquisition de comportements et de modes de vie ayant un impact favorable sur l'état de santé »¹¹⁶, et tout en sachant que le développement de normes mène inévitablement à la stigmatisation. Il s'agit alors à nouveau, plus que d'adhérer au principe de non-malfaisance, d'agir au maximum des intérêts de santé publique en s'arrêtant à la limite où débiterait la malfaisance.

L'Etat, tiraillé entre des impératifs éthiques contradictoires, met plus volontiers l'accent sur sa mission de protection et de promotion de la santé – entendu ici comme santé du corps et évitement des maladies – et non sur l'autonomie et la liberté des personnes. La nécessité ou volonté de s'arrêter à la limite où commence la liberté individuelle remet néanmoins en question l'efficacité des mesures engagées.

Opposer l'Etat et les individus, la collectivité et les personnes qui la composent, ne devrait cependant pas faire penser à un mode de fonctionnement duel et à une soumission du peuple à une autorité et des normes uniquement instaurées « par le haut »¹¹⁷. Généralement, nous en avons parlé, les mesures de prévention naissent d'interventions « par le bas », c'est-à-dire des citoyens. Des actions de terrain émergent comme revendications citoyennes, grâce par exemple à la formation d'associations de malades ou de familles. Alvarez étudie la forme particulière que prend le pouvoir, et l'articulation entre ces formes et les subjectivités, à l'aide des travaux de Michel Foucault¹¹⁸ sur le biopouvoir.

3.3. Biopouvoir et processus de normalisation

Certains auteurs s'inscrivent donc dans des « réflexions sociologiques qui pensent la prévention comme une forme particulière de rapport entre le pouvoir détenu par les gouvernants, les connaissances élaborées par les producteurs de savoir, et les individus qui résistent, adhèrent ou se tiennent à distance de cette entreprise du contrôle des corps et du vivant »¹¹⁹. La culture de la prévention fonctionne par le biais de l'instauration de normes, de multiples acteurs participant de la définition de ce cadre normatif desquels participent les mesures de prévention.

Michel Foucault sépare trois modalités différentes du pouvoir sur la vie. La première est la loi, la seconde la discipline, la troisième l'incitation. Le régime disciplinaire, modalité de pouvoir apparaissant à la fin du XVIII^e siècle et prenant essor au XIX^e siècle, correspond à une modalité d'application du pouvoir caractérisée par une volonté de maîtrise des éléments du corps social les plus ténus, à savoir les individus, grâce à l'instauration de normes. Il se distingue donc du pouvoir reposant sur une loi opposant le permis et le défendu et protégé par le système juridique et le principe de punition, par l'édification des normes qui séparent le normal du déviant. « Tous

¹¹⁵ *Ibid.*, p. 16.

¹¹⁶ *Ibid.*

¹¹⁷ S. Alvarez, *Prévention et vieillissement*, *op. cit.*, p. 4.

¹¹⁸ Michel Foucault, *La Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France*, Paris, Le Seuil, 2004.

¹¹⁹ S. Alvarez, *Prévention et vieillissement*, *op. cit.*, p. 9.

les comportements sociaux déviants, qui poussent à la criminalité, au vol, à la débauche, à la marginalité sociale sont définis par rapport aux normes de pureté, de santé, de bonne conduite, et pas seulement par rapport à la loi »¹²⁰. Cette tendance normalisatrice s'infiltré dans les conduites individuelles pour tendre vers un modèle de comportement défini comme optimal pour le fonctionnement de la société. La différence principale avec le système effectif aujourd'hui, selon Alvarez, en ce qui concerne la prévention, est que la norme est dans ce cas définie par le haut, par l'autorité en fonction des résultats qu'elle désire obtenir. « Dans les disciplines, on par[t] d'une norme, et c'est par rapport à ce dressage effectué par la norme qu'on [peut] ensuite distinguer le normal de l'anormal »¹²¹. Le système incitatif, s'il repose également sur des normes, se distingue du système coercitif/disciplinaire dans la mesure où la norme n'est pas déduite du résultat à obtenir mais de la normalité même. L'étude de la normalité, par le biais de l'épidémiologie, permet d'établir des courbes de normalité et d'anormalité. Cette dynamique de pouvoir s'appuie donc sur le processus même, sur le phénomène tel qu'il est observé, afin de « faire jouer les unes par rapport aux autres ces différentes distributions de normalité, et de faire en sorte que les plus défavorables soient ramenées à celles qui sont le plus favorables »¹²², et à inciter pour tous les comportements favorables, même si le risque ne concerne qu'une minorité.

Un des paradoxes notés par Peretti-Watel et Moatti est que les actions prescrites par la prévention sont généralement inutiles pour la plupart des personnes concernées. Ils prennent l'exemple fictif de la consommation d'épinards qui serait bénéfique face au risque d'anémie dans lequel il y a une carence en fer. 10% d'une population de 60 millions de personnes seraient en l'absence de mesures préventives atteintes par l'anémie, mais le risque serait réduit de 50% si elles consommaient plus d'épinards. Le fonctionnement actuel de la prévention tend à favoriser la consommation d'épinards pour l'ensemble de la population, plutôt que pour les seules personnes concernées. Le bénéfice pour la population serait important dans la mesure où 3 millions de personnes échapperaient à l'anémie grâce à cela. Quant aux 57 millions de personnes restantes, soit 95% de la population, ce nouveau comportement valorisé et progressivement inscrit dans la norme n'aurait eu aucune utilité. « Faut-il cibler une fraction de la population exposée à un risque grave ou viser un risque bénin qui concerne l'ensemble de la population ? Les préventeurs privilégient aujourd'hui la seconde solution »¹²³, car les mesures sont ce faisant plus faciles à mettre en œuvre. La description scientifique de la réalité mènerait, selon Gori et Del Volgo, à une rationalisation et une normalisation des modes de vie. Le mode opératoire de la prévention est donc en premier lieu l'incitation, et l'internalisation des conduites prescrites comme saines. Son but est de faire changer les comportements, les modes de vie à partir des individus même, plutôt qu'en imposant un modèle déterminé par le haut. « Là où les mécanismes disciplinaires visent à établir un dispositif qui agit de l'extérieur, par des sanctions, la prévention, en tant que

¹²⁰ *Ibid.*, p. 50.

¹²¹ M. Foucault, *La Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France, op. cit.*, p. 65.

¹²² *Ibid.*

¹²³ P. Peretti-Watel et J.-P. Moatti, *Le principe de prévention, op. cit.*, p. 58.

« dispositif de sécurité », fait jouer « de l'intérieur » certains aspects du phénomène considéré, dans le but d'en étouffer ses effets les plus nuisibles »¹²⁴.

Selon Gori et Del Volgo, l'évolution de ce mode de fonctionnement est plus largement perceptible dans le passage de la punition/sanction à la correction/rééducation des comportements tels qu'ils la postulent dominante dans la psychiatrie et les thérapies cognitives et comportementales. Ils y notent une volonté d'uniformisation des attitudes, grâce à un renforcement positif pour certains comportements et à des sanctions négatives pour d'autres. Les études sociologiques et psychologiques peuvent avoir un poids important dans la prévention, dans la mesure où elles permettent le ciblage des interventions afin de modifier le comportement des personnes à partir d'une meilleure compréhension de ses mécanismes. Peuvent être calculés et évalués les effets qu'auront sur les individus les campagnes préventives diffusées et les mesures éducatives mobilisées. « La gouvernementalité, selon Foucault, c'est l'articulation entre trois plans distincts : des formes de savoir, des relations de pouvoir et des processus de subjectivation »¹²⁵. Les individus sont invités à produire un discours sur eux-mêmes, grâce à des messages co-produits par le savoir des experts et les politiques publiques. Ils sont guidés, incités, jusque dans leurs comportements les plus intimes, et à partir de l'étude de ces mêmes comportements.

L'éducation sanitaire tend à réveiller l'être raisonnable en chacun. « La politique de la prévention [...] qui se caractérise par son côté incitatif et non coercitif [...] requiert des individus rationnels dont les valeurs sont réduites à l'intérêt. La prévention s'entend alors comme la construction, par les incitations, d'attitudes et de comportements qui sont proches d'un *homo aconomicus*, qui possède des capacités de calculs en termes de pertes et de gains vis-à-vis de ses choix et non-choix en matière de comportement alimentaire, de santé, d'habitation et d'aménagement de son lieu de vie, etc. »¹²⁶. L'« *homo medicus* »¹²⁷ est selon Peretti-Watel et Moatti un idéal construit par la société, idéal d'un homme qui internalise les normes médicales, s'ausculte et s'observe, travaille à la promotion de sa santé et celle de la société. A l'inverse, les conduites qui ne s'inscrivent pas dans des buts de santé, et qui parfois répondent au seul plaisir – qui occupe une place très faible dans la littérature scientifique – seront considérées comme compulsives, la personne ne réussissant pas à l'arrêter étant dès lors en situation d'échec. La compulsion est ce qui empêche l'*homo medicus* d'être autonome et responsable de sa santé. « Il s'agit donc de réveiller cet être idéal qui sommeille en nous, de restaurer notre volonté et notre capacité à prendre notre santé en main : c'est le but que poursuit, depuis une vingtaine d'années, l'éducation pour la santé. Dans le vocabulaire des psychologues, il ne suffit pas d'informer les individus sur les risques auxquels ils s'exposent ; il faut aussi les aider à intérioriser le pouvoir qu'ils ont sur eux-mêmes, à trouver le « locus of control » interne et à développer leur estime de soi »¹²⁸. Chaque comportement s'inscrivant à contrecourant de la norme est alors considéré comme la

¹²⁴ S. Alvarez, *Prévention et vieillissement*, op. cit., p. 54.

¹²⁵ *Ibid.*, p. 55.

¹²⁶ *Ibid.*, p. 125.

¹²⁷ P. Peretti-Watel et J.-P. Moatti, *Le principe de prévention*, op. cit., p. 55.

¹²⁸ *Ibid.*, p. 62.

conséquence d'une mauvaise compréhension, d'un manque de volonté, d'une soumission à la compulsion ou encore comme la cause de souffrances psychologiques empêchant d'atteindre une maîtrise sur soi-même. La souffrance de ne pas être à la hauteur se développe alors, « renforçant la stigmatisation ressentie et le poids de la domination du biopouvoir »¹²⁹. Lorsque sont prises en compte les différentes fonctions des comportements, modes de vie, attitudes et habitudes pour les personnes, et leurs écarts de fonction au sein des différents milieux socio-économiques – la cigarette serait par exemple surtout anxiolytique dans des situations sociales précaires, associée au plaisir et à la convivialité pour les cadres –, ils sont souvent retournés de manière à pouvoir mieux agir à la source du comportement.

3.4. Critique de la médicalisation de l'existence

Nombreux sont les auteurs à avoir abordé de manière critique ce qui est souvent appelé la « médicalisation de l'existence »¹³⁰. Nous pouvons noter par exemple Pierre Aiach et Daniel Delanoë¹³¹, Petr Skrabanek¹³², David Armstrong¹³³, Deborah Lupton¹³⁴, Peretti-Watel et Moatti, ou encore Gori et Del Volgo, dont nous avons déjà parlé. Si certains, comme Peretti-Watel et Moatti, ont pour but d'afficher les différentes dynamiques de pouvoir impliquées afin d'améliorer les pratiques préventives, d'autres adoptent une approche plus franchement contestataire. C'est par exemple le cas de Gori et Del Volgo. « C'est tout un « régime du savoir » et du pouvoir qui se trouve contesté », « dans cette clinique qui fait retour par le biais de l'éthique »¹³⁵. Les deux ouvrages cités ici prônent, pour faire face aux dynamiques de pouvoir s'introduisant dans les subjectivités, un retour à l'éthique. Il est cependant important de noter qu'il ne s'agit pas, dans les deux cas, de la même éthique. Gori et Del Volgo insistent particulièrement sur les limites de la bioéthique, et parlent même d'une certaine hypocrisie en prenant l'exemple du consentement éclairé dans le respect de l'autonomie de la personne.

Le respect de l'autonomie de la personne, assuré aujourd'hui légalement par le consentement éclairé, se développe en contrepoint d'une tradition dans laquelle le savoir se situait exclusivement du côté du médecin, qui imposait un traitement à son patient sans lui en expliquer les raisons. Le patient, dans ce cadre, n'était pas jugé apte à comprendre et il était considéré comme évident que le médecin agissait pour le bien du patient. Dans un contexte de démocratisation du savoir et dans lequel se développent par ailleurs les expérimentations médicales, les associations de malades revendiquent une meilleure prise en compte des droits des patients. « Ce consensus culturel français exigeant l'information et le consentement des patients rejoint nombre de textes

¹²⁹ S. Alvarez, *Prévention et vieillissement*, *op. cit.*, p. 179.

¹³⁰ R. Gori et M.-J. Del Volgo, *La santé totalitaire*, *op. cit.*

¹³¹ Pierre Aiach et Daniel Delanoë, *L'ère de la médicalisation*, Paris, Economica, 1998.

¹³² Petr Skrabanek, *La Fin de la médecine à visage humain*, Paris, Odile Jacob, 1995.

¹³³ David Armstrong, « The rise of surveillance medicine », *Sociology of Health & Illness*, 1995, vol. 17, n° 3, p. 393-404.

¹³⁴ Deborah Lupton, *The imperative of health: Public health and the regulated body*, First Edition., London ; Thousand Oaks, Calif, SAGE Publications Ltd, 1995.

¹³⁵ R. Gori et M.-J. Del Volgo, *La santé totalitaire*, *op. cit.*, p. 189.

européens ou internationaux qui appliquent au domaine médical la doctrine des « Droits de l'homme ». Cette doctrine tente de concilier le principe de bienfaisance et le principe d'autonomie de l'individu. En somme, il s'agit pour cette politique philosophique européenne de réaffirmer le principe selon lequel en devenant malade on ne cesse pas pour autant d'être citoyen »¹³⁶. Le consentement éclairé répond donc à une logique citoyenne, légale, il concerne le respect des droits des personnes en leur qualité de citoyens.

Or Gori et Del Volgo se demandent si l'information est dans ce cadre légal véritablement mise au service du malade. Les notions de liberté individuelle et d'autonomie s'inscrivent selon eux dans la même logique de biopouvoir, plutôt que de la contrebalancer, car elles contribuent à normaliser le rapport du sujet à son corps. C'est-à-dire un corps qui est appréhendé comme un bien dont le sujet serait maître d'en faire l'usage qu'il souhaite, corps qui est réduit à une propriété de l'individu qui y réside. Ils opposent par ailleurs le droit du savoir et le droit à savoir. Le droit du savoir concernerait « l'obligation de dire au nom du savoir, que ce savoir soit scientifique ou juridique »¹³⁷. Il prendrait aujourd'hui le pas sur le droit à savoir, qui implique autant le droit du patient à ne pas se laisser déposséder d'une information qui le concerne que celui de refuser une information potentiellement traumatisante. Ils parlent donc en ce sens d'une « *hypocrisie sociale* qui consiste à la fois à culpabiliser le sujet pour ses inconduites, à idéologiser les données de l'épidémiologie [...] à le réifier comme marchandise dans l'économie de la santé et à lui demander de consentir « librement » à ce désaveu de lui-même comme sujet politique et sujet de désir »¹³⁸.

Par ailleurs, ils considèrent que la volonté de prise en charge globale du patient, fondée sur des valeurs et préoccupations humanistes, ne peut atteindre ses objectifs dans la mesure où elle fonctionne sur l'accumulation de techniques diverses, dans laquelle s'inscrirait tout autant « l'obligation légale de prendre en compte les aspects psychologiques du patient à l'hôpital »¹³⁹ que le développement de la prévention. « Un tas de pierre n'a jamais fait une maison »¹⁴⁰.

Les rapports bioéthiques actuels ne s'attèleraient donc pas au véritable problème qui serait l'expropriation des sujets de leur singularité du fait des normalisations collectives des comportements. « Le « médical », en tant que distinct du « thérapeutique », tend indéfiniment et féroce à réduire l'« être » (l'ex-sistence) qui se dérobe à sa rationalité et par là même le constitue »¹⁴¹. Il s'agirait donc de ne pas se limiter à respecter l'individu en tant que citoyen ayant un droit à l'information, mais en tant que sujet politique et sujet de l'inconscient, cas unique qui ne se réduit pas à un exemplaire de son espèce : « car il y a aussi, selon nous, un sujet de l'inconscient qui ne se confond pas davantage avec l'individu qu'avec l'unité sociale de l'espèce »¹⁴². Le progrès des connaissances et le développement de la technique auraient donc eu

¹³⁶ *Ibid.*, p. 190.

¹³⁷ *Ibid.*, p. 160.

¹³⁸ *Ibid.*, p. 188.

¹³⁹ *Ibid.*, p. 84.

¹⁴⁰ *Ibid.*, p. 40.

¹⁴¹ *Ibid.*, p. 21.

¹⁴² *Ibid.*, p. 222.

cet effet délétère de se développer au détriment de la valeur éthique et symbolique des discours de la maladie et de la souffrance. Gori et Del Volgo parlent dans ce cadre de déficit subjectif, de désacralisation de la souffrance, de précarité du mode de subjectivation moderne, d'exil de la subjectivité et de l'intersubjectivité, de réduction de la douleur à ses coordonnées neurophysiologiques, d'impossible prise en compte du drame imaginaire ou de la détermination symbolique. Ils distinguent donc deux voies à l'éthique : celle dont nous avons déjà parlé qui assure que les pratiques respectent le cadre législatif, et une autre, qui « consiste à reconnaître que le malade ne saurait être réduit au support d'une maladie, qu'il ne saurait être homogénéisé comme élément statistique ou appréhendé comme segment de ses archives génétiques »¹⁴³. Il s'agirait donc de favoriser les voies ne réduisant pas les pratiques thérapeutiques à l'application d'un savoir technoscientifique, et de revenir à une casuistique. La clinique singulière, au cas par cas, permettrait une prise de distance par rapport au paradigme épidémiologique et ses effets iatrogènes. Elle serait donc une poche de résistance permettant de contrer la normalisation, le gouvernement des conduites, l'exil des subjectivités.

Projet complexe en ce qui concerne la prévention dans la mesure où elle concerne bien la collectivité et non l'individu. « La médecine préventive, dit Petr Skrabanek, semble échapper en grande partie aux considérations éthiques. [...] L'oubli des considérations éthiques est peut-être aussi intrinsèquement lié au développement historique de la médecine préventive »¹⁴⁴. Par définition et raison d'être, la prévention s'intéresse à la collectivité et à l'individu en tant que membre de cette collectivité, ce qui pousse à s'interroger sur les possibilités de prise en compte, dans ce contexte, de sa subjectivité.

Point d'étape

Nous avons présenté dans cette section les travaux d'auteurs pointant les effets délétères de la prévention et ses limites. Nous voulions en cela ouvrir une discussion sur les implications de pratiques qui récoltent généralement une large adhésion de la population et des politiques et qui sont plus rarement remises en question.

Les effets délétères les plus couramment admis découlent du conflit potentiel entre intérêt pour la population et intérêt individuel. Une procédure mise en place pour la population pourrait ainsi être bénéfique pour la collectivité mais délétère pour certains des individus. Certains de ces effets délétères, tels que les effets délétères médicaux, les conséquences psychologiques négatives ou la stigmatisation potentiellement ressentie par des personnes, sont pris en compte par les chercheurs et les autorités de santé et font l'objet de rapports éthiques ayant pour but l'amélioration des pratiques et le respect des exigences éthiques de respect de la personne.

¹⁴³ *Ibid.*, p. 144.

¹⁴⁴ P. Skrabanek, *La Fin de la médecine à visage humain*, *op. cit.*

Certains critiques pointent par ailleurs, au-delà des effets délétères tels que les conséquences médicales et psychologiques négatives, des effets profonds de la médecine préventive sur les subjectivités. Le fonctionnement actuel de la prévention – le recours massif à la médecine technoscientifique et au paradigme épidémiologique – impliquerait l'usage et la diffusion de pratiques déshumanisées et déshumanisantes qui auraient donc des effets profonds sur les subjectivités et le rapport des sujets à leurs corps.

Notre point de vue de psychologue d'orientation psychanalytique nous rend particulièrement sensible à ces considérations mettant l'accent sur les conséquences pour les subjectivités. Sans souscrire aux critiques les plus extrêmes, nous veillons plutôt à rester attentive aux effets sur les subjectivités de pratiques qui semblent *a priori*, et par leur raison d'être et leur fonctionnement, exclure leur prise en considération. Nous serons amenée, notamment dans le chapitre 8 et dans la discussion des résultats, à interroger l'enchevêtrement des intérêts subjectifs individuels et des intérêts collectifs. Nous adopterons une perspective qui ne nous semble pas exploitée dans les travaux présentés jusque-là, en faisant l'hypothèse qu'au-delà des intérêts réels et pour la population, les pratiques préventives présentent des intérêts pour les subjectivités. Ces intérêts pourraient être, plus que les intérêts réels, à l'origine de l'adhésion collective pour la prévention.

Il nous faudra pour cela nous décaler de la direction largement prise par la recherche dans le cadre du dépistage aujourd'hui, qui voudrait ne prendre en compte que les effets bénéfiques et délétères pouvant être scientifiquement mesurés. Cela, dans un contexte où l'usage du paradigme épidémiologique pour l'étude des comportements et des fonctionnements sociaux et psychologiques n'est pas sans soulever d'importants questionnements méthodologiques. Nous invitons donc le lecteur à garder en tête les questions que nous avons soulevées dans les sections précédentes de cette revue de littérature – c'est-à-dire, la nécessité de baser les interventions sur des preuves de manière que les préjudices potentiels ne dépassent pas les avantages attendus, d'une part, et les possibles effets délétères plus difficilement mesurables pour les subjectivités, d'autre part –, lors de la revue des études s'intéressant à l'expérience des participants au dépistage.

4. Etat de la recherche sur l'expérience par les personnes du dépistage

C'est donc dans ce contexte, qui va des idéalisateurs de la prévention à ses plus fervents détracteurs, en passant par toutes les positions intermédiaires et plus mesurées entre ces deux extrêmes, que s'inscrivent les recherches s'intéressant à l'expérience des personnes à qui sont proposées des procédures de dépistage.

Une des particularités des dépistages, par rapport aux procédures médicales curatives, est que les données concernant l'expérience des personnes ont une place au niveau de l'évaluation du bien-fondé même de la procédure. A partir du moment où l'effet curatif d'une pratique médicale

a été prouvé, le choix de l'utiliser ou non est laissé à la personne malade et au médecin la prenant en charge, qui peuvent alors au cas par cas peser le pour et le contre, prenant en compte l'intérêt attendu et les effets secondaires potentiels qui concerneront la même personne. Les mesures préventives s'adressent en revanche à une population comprenant des personnes *a priori* saines et dont une minorité seulement s'avèrera malade. Cela implique que les bénéfices attendus et les effets délétères ne seront pas répartis également au niveau des individus : une minorité de personnes sera réceptrice des effets bénéfiques, la majorité d'entre elles ne serait concernée que par ses effets délétères. L'étude de la balance bénéfice-risque des procédures de dépistage est donc bien différente de celle des méthodes curatives.

C'est l'étude de cette balance bénéfice-risque, couplée à une étude économique coût-utilité, qui déterminera l'implémentation d'une procédure de dépistage : sera-t-elle imposée ou proposée, à l'ensemble de la population ou à une partie cible de la population ? Sera-t-elle uniquement proposée au cas par cas à la discrétion du médecin généraliste ?

Les procédures de dépistage, dans la mesure où elles concernent des personnes saines, dans la mesure où les gains et effets délétères ne concerneront pas les mêmes personnes, dans la mesure où elles sont au croisement d'enjeux multiples, nécessitent des analyses en long, en large et en travers pour les valider, puis pour confirmer ou infirmer leur bien-fondé, et enfin pour optimiser les pratiques. Au point que l'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) publie en 2004 un guide de 68 pages cadrant la rédaction d'un rapport d'évaluation des procédures de dépistage. « La mise en œuvre de programmes de dépistage soulève sur les plans éthique, juridique, social, médical, économique, et au niveau de leur organisation, des difficultés considérables nécessitant une évaluation initiale et continue »¹⁴⁵. Bien que ce guide méthodologique et les rapports d'évaluation des différents dépistages français se concentrent quasi-exclusivement sur des considérations médicales, économiques et éthiques, mention est faite de la nécessité de prendre en compte la dimension psychologique.

Les trois différents secteurs d'évaluation sont concernés par des considérations portant sur l'expérience des personnes : la balance bénéfice-risque, la balance coût-utilité, et l'exigence éthique des procédures. La volonté d'évaluation, de validation et d'optimisation des procédures mène au développement d'études portant sur l'expérience des personnes.

Il est à noter qu'il existe une profusion d'études – études d'opinions, modélisations, études quantitatives et qualitatives, etc. – concernant tous types de dépistage, et s'intéressant et produisant des résultats particuliers pour chaque procédure de dépistage, vis-à-vis des différents domaines d'étude que nous tenterons de dégager ici. Nous nous concentrerons ici sur les études portant sur le dépistage par LDCT du cancer bronchopulmonaire dans la mesure où ce dépistage est également proposé aux patients de notre étude – et bien que l'étude Detector concerne principalement l'évaluation du dépistage par CTC qui pourrait s'avérer efficace pour dépister

¹⁴⁵ ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé), *Guide méthodologique : Comment évaluer a priori un programme de dépistage ?*, Saint-Denis La Plaine, 2004, p. 14.

d'autres cancers. Les études sont en France nombreuses concernant les dépistages du cancer du sein, colorectal, et cervical. Elles sont en revanche quasi-inexistantes concernant le dépistage du cancer bronchopulmonaire par LDCT. Les études auxquelles nous nous référerons ici seront donc majoritairement étasuniennes.

4.1. La balance bénéfico-risque du dépistage par LDCT

En 2016, l'HAS a souhaité que soit rédigé un rapport, se basant sur des études internationales – étasuniennes et de plusieurs pays d'Europe¹⁴⁶ – permettant d'évaluer la pertinence du dépistage des cancers bronchopulmonaires par LDCT. Une synthèse des essais contrôlés randomisés a eu lieu, se concentrant sur « des résultats d'efficacité (diminution de la mortalité), sur les risques et les inconvénients associés (dont taux de faux-positifs, exposition aux radiations, sur-diagnostic, impact psychologique, impact sur le comportement tabagique des individus soumis à la procédure de dépistage) afin de tirer des conclusions sur la balance bénéfico/risque (avantages/inconvénients) de ce dépistage »¹⁴⁷. Ce rapport de 153 pages conclut en déconseillant l'implémentation d'un programme de dépistage en France, surtout dans la mesure où les différentes composantes, qu'il s'agisse des avantages ou des inconvénients, y compris la dimension psychologique, s'avèrent insuffisamment documentées. Par ailleurs, une réduction de la mortalité spécifique a plusieurs fois été mesurée, mais il existe des effets indésirables importants : notamment une fréquence très élevée de faux-positifs, dont certains mènent à des explorations complémentaires inutiles et injustifiées, voire à des interventions chirurgicales invasives débouchant sur « une proportion non négligeable de complications graves »¹⁴⁸ dont des décès. Les risques d'irradiations répétées et la détresse psychologique sont par ailleurs notés comme autres effets potentiels délétères. A ce propos, il est dit que « l'impact psychologique associé a été peu documenté dans les études examinées. L'attente, l'annonce et la nature des résultats ne vont pas dans le sens d'un effet bénéfico du dépistage »¹⁴⁹. Très récemment, en février 2022, l'HAS publie néanmoins une actualisation de 133 pages de ce rapport¹⁵⁰ grâce à l'étude des résultats des essais cliniques randomisés publiés entre 2016 et 2021. Si les résultats leur paraissent encore incomplets, ils sont néanmoins suffisamment prometteurs pour que soit recommandé le développement d'un programme pilote permettant de « tester plusieurs scénarios possibles »¹⁵¹ quant à l'implémentation d'un dépistage organisé en France.

¹⁴⁶ 1) DEPISCAN (France) ; 2) Lung Screening Study (LSS) (Etats-Unis) ; 3) National Lung Screening Trial (NLST) (Etats-Unis) ; 4) NELSON (Pays-Bas, Belgique) ; 5) Danish Lung Cancer Screening Trial (DLCST) (Danemark) ; 6) ITALUNG (Italie) ; 7) DANTE (Italie) ; 8) Multicenter Italian Lung Detection Trial (MILD) (Italie) ; 9) German Lung Cancer Screening Intervention Study (LUSI) (Allemagne) ; 10) United Kingdom Lung Screen (UKLS) (Royaume-Uni)

¹⁴⁷ HAS (Haute Autorité de Santé), *Pertinence du dépistage du cancer broncho-pulmonaire en France. Point de situation sur les données disponibles - Analyse critique des études contrôlées randomisées*, Saint-Denis La Plaine, 2016, p. 13.

¹⁴⁸ *Ibid.*, p. 30.

¹⁴⁹ *Ibid.*, p. 37.

¹⁵⁰ HAS (Haute Autorité de Santé), *Dépistage du cancer bronchopulmonaire par scanner thoracique faible dose sans injection : Actualisation de l'avis de 2016*, Saint-Denis La Plaine, 2021.

¹⁵¹ *Ibid.*, p. 81.

Nous rapporterons maintenant la littérature internationale portant sur la dimension psychologique, sur l'expérience des personnes, participant des possibilités d'évaluation de la balance bénéfice-risque. Concernant l'impact psychologique du dépistage des cancers bronchopulmonaires, nous avons identifié – cette présentation ne répondant pas à une visée d'exhaustivité – 4 revues de littératures systématiques et narratives, 17 études suivant une méthodologie quantitative de recueil et d'analyse des données, et 4 études utilisant une méthodologie qualitative de recueil et d'analyse des données. La plus ancienne de ces études date de 2005, la plus récente de 2021.

4.1.1. Etudes quantitatives portant sur l'impact psychologique du dépistage par LDCT

Les auteurs, années, et modalités de réalisation des 17 études retenues étudiant l'impact psychologique du dépistage par LDCT avec un abord quantitatif, sont résumés dans le tableau 1.

Différents outils sont utilisés pour évaluer l'impact psychologique du dépistage. Certains permettent de mesurer la qualité de vie liée à la santé, d'autres l'anxiété et la dépression. Les Short-Form Health Survey en 12 items (SF-12) ou 36 items (SF-36), et le questionnaire EuroQol (EQ-5D) sont des mesures génériques utilisées pour l'évaluation des aspects globaux de la santé et du fonctionnement physique et mental, c'est-à-dire pour mesurer la qualité de vie liée à la santé. L'HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) mesure l'anxiété et la dépression dans une population de patients en médecine générale. Le STAI-6 ou STAI-Y (State Trait Anxiety) permettent de mesurer une anxiété transitoire, effective dans un moment particulier (« state ») ainsi que l'anxiété comme caractéristique personnelle stable (« trait »). Souvent utilisés, ces questionnaires permettent d'effectuer des comparaisons entre différentes maladies ou des populations saines à l'aide de scores standardisés. Les mesures sont cependant moins sensibles aux aspects de la qualité de vie liée à la santé qui peuvent être propres à une maladie ou une population en particulier. L'IES (Impact of Events Scale) a été conçue pour mesurer les effets des événements stressants, des traumatismes journaliers et aigus. Il existe une version spécialisée pour l'anxiété spécifique au cancer du poumon (Lung Cancer Specific Distress IES). La (L)CWS ((Lung) Cancer Worry Scale) vise à évaluer les inquiétudes liées au cancer. Certains auteurs utilisent également dans les études envisagées, une adaptation du questionnaire PCQ (Psychological Consequences of Screening) initialement développée pour évaluer l'impact psychologique du dépistage par mammographie, permettant notamment de mesurer la perception du risque personnel de cancer. Le COS-LG (Consequences of Screening in Lung Cancer) permet spécifiquement d'évaluer les conséquences du dépistage du cancer bronchopulmonaire. Il comprend, en plus des items compris dans le PCQ/COS non spécifique (anxiété, impact sur le comportement, déprime et sommeil) des items à propos de l'auto-culpabilisation, de la stigmatisation, de l'introversión, des méfaits du tabagisme, de la concentration sur les voies respiratoires. Une étude analyse par ailleurs la consommation d'antidépresseurs et d'anxiolytiques pour évaluer les conséquences du dépistage par LDCT.

Tableau 1 Caractéristiques des études quantitatives de l'impact psychologique du dépistage						
Auteur	Année	Contexte	Pays	Cohorte	Calendrier	Mesures
Aggestrup et al. ¹⁵²	2012	DLCST	Danemark	4104	Pré dépistage A 12 mois	COS COS-LC
Kaerlev et al. ¹⁵³	2012	DLCST	Danemark	4104	Référence A 3 ans	Antidépresseur ou anxiolytique
Rasmussen et al. ¹⁵⁴	2015	DLCST	Danemark	4104	Pré dépistage 12 mois 2, 3, 4 ans	COS-LC
Rasmussen et al. ¹⁵⁵	2020	DLCST	Danemark	130	Référence Post dépistage 1, 6, 18 mois	COS-LC
Brain et al. ¹⁵⁶	2016	UKLS	Royaume-Uni	4037	Référence Post dépistage Jusqu'à 2 ans	CWS-6 HADS
Dunn et al. ¹⁵⁷	2017	UKLS	Royaume-Uni	1589	2 semaines après les résultats	IMD Perception du risque
Kummer et al. ¹⁵⁸	2020	LSUT	Royaume-Uni	787	Pré dépistage Post dépistage 3 mois	CWS (adaptée) HADS
Clark et al. ¹⁵⁹	2018	ECLS	Royaume-Uni	338	1 mois 3 mois 6 mois	PANAS - LCWS HAS – HOS - IES IPQ-R

¹⁵² L.M. Aggestrup et al., « Psychosocial consequences of allocation to lung cancer screening: a randomised controlled trial », *BMJ Open*, 2012, vol. 2, n° 2, p. e000663.

¹⁵³ L. Kaerlev et al., « CT-Screening for lung cancer does not increase the use of anxiolytic or antidepressant medication », *BMC cancer*, 2012, vol. 12, p. 188.

¹⁵⁴ J.F. Rasmussen et al., « Psychosocial consequences in the Danish randomised controlled lung cancer screening trial (DLCST) », *Lung Cancer (Amsterdam, Netherlands)*, 2015, vol. 87, n° 1, p. 65-72.

¹⁵⁵ J.F. Rasmussen et al., « Psychosocial consequences of false positives in the Danish Lung Cancer CT Screening Trial: a nested matched cohort study », *BMJ Open*, 2020, vol. 10, n° 6, p. e034682 (1-9).

¹⁵⁶ K. Brain et al., « Long-term psychosocial outcomes of low-dose CT screening: results of the UK Lung Cancer Screening randomised controlled trial », *Thorax*, 2016, vol. 71, n° 11, p. 996-1005.

¹⁵⁷ C.E. Dunn et al., « The role of screening expectations in modifying short-term psychological responses to low-dose computed tomography lung cancer screening among high-risk individuals », *Patient Education and Counseling*, 2017, vol. 100, n° 8, p. 1572-1579.

¹⁵⁸ S. Kummer et al., « Psychological outcomes of low-dose CT lung cancer screening in a multisite demonstration screening pilot: the Lung Screen Uptake Trial (LSUT) », *Thorax*, 2020, vol. 75, n° 12, p. 1065-1073.

¹⁵⁹ M.E. Clark et al., « Lung cancer CT screening: Psychological responses in the presence and absence of pulmonary nodules », *Lung Cancer*, 2018, vol. 124, p. 160-167.

Bunge et al. ¹⁶⁰	2008	NELSON	Pays-Bas	351	Pré dépistage 6 mois	IES SF-12
van den Bergh et al. ¹⁶¹	2010	NELSON	Danemark Belgique	630	Pré dépistage Post dépistage 2 mois	SF-12 EQ-5D STAI-6 - IES
van den Bergh et al. ¹⁶²	2011	NELSON	Pays-Bas Belgique	1466	Pré dépistage 2 mois 2 ans	SF-12 EQ-5D STAI-6 - IES
van den Bergh et al. ¹⁶³	2008	NELSON	Danemark Belgique	351	Pré dépistage Post dépistage 6 mois	Inconfort SF-12 – EQ-5D STAI-6 - IES
Taghizadeh et al. ¹⁶⁴	2019	PAN-CAN	Canada	1237	Pré dépistage Post dépistage 12 mois	STAI-Y SF-12 EQ-5D
Byrne et al. ¹⁶⁵	2008	PLuSS	Etats-Unis	400	Pré dépistage Post dépistage 6, 12 mois	STAI PCQ
Gareen et al. ¹⁶⁶	2014	NLST	Etats-Unis	2812	Pré dépistage Post dépistage 6 mois	SF-36 STAI
Park et al. ¹⁶⁷	2013	NLST	Etats-Unis	430	Pré dépistage Pré surveillance	Questionnaire : perception du risque
Vierikko et al. ¹⁶⁸	2009	Travailleurs exposés amiante	Finlande	633	Référence 12 mois	Perception risque et anxiété santé

¹⁶⁰ E.M. Bunge et al., « High affective risk perception is associated with more lung cancer-specific distress in CT screening for lung cancer », *Lung Cancer (Amsterdam, Netherlands)*, 2008, vol. 62, n° 3, p. 385-390.

¹⁶¹ K.a.M. van den Bergh et al., « Short-term health-related quality of life consequences in a lung cancer CT screening trial (NELSON) », *British Journal of Cancer*, 2010, vol. 102, n° 1, p. 27-34.

¹⁶² K.a.M. van den Bergh et al., « Long-term effects of lung cancer computed tomography screening on health-related quality of life: the NELSON trial », *The European Respiratory Journal*, 2011, vol. 38, n° 1, p. 154-161.

¹⁶³ K.a.M. van den Bergh et al., « Impact of computed tomography screening for lung cancer on participants in a randomized controlled trial (NELSON trial) », *Cancer*, 2008, vol. 113, n° 2, p. 396-404.

¹⁶⁴ N. Taghizadeh et al., « Health-related quality of life and anxiety in the PAN-CAN lung cancer screening cohort », *BMJ Open*, 2019, vol. 9, n° 1, p. e024719.

¹⁶⁵ M.M. Byrne, J. Weissfeld et M.S. Roberts, « Anxiety, fear of cancer, and perceived risk of cancer following lung cancer screening », *Medical Decision Making: An International Journal of the Society for Medical Decision Making*, 2008, vol. 28, n° 6, p. 917-925.

¹⁶⁶ I.F. Gareen et al., « Impact of lung cancer screening results on participant health-related quality of life and state anxiety in the National Lung Screening Trial », *Cancer*, 2014, vol. 120, n° 21, p. 3401-3409.

¹⁶⁷ E.R. Park et al., « Examining whether lung screening changes risk perceptions: National Lung Screening Trial participants at 1-year follow-up », *Cancer*, 2013, vol. 119, n° 7, p. 1306-1313.

¹⁶⁸ T. Vierikko et al., « Psychological impact of computed tomography screening for lung cancer and occupational pulmonary disease among asbestos-exposed workers », *European journal of cancer prevention: the official journal of the European Cancer Prevention Organisation (ECP)*, 2009, vol. 18, n° 3, p. 203-206.

Les mesures sont effectuées à différents points temporels en fonction des études : les différents moments identifiés sont celui du recrutement dans l'étude, celui juste avant le dépistage, après le dépistage, puis parfois 1 mois, 2 mois, 6 mois, 1 an et jusqu'à 4 ans après les premiers examens. Ceci permet d'évaluer et d'analyser l'évolution de l'anxiété, de la dépression, de la qualité de vie liée à la santé, de la peur du cancer, et d'autres fonctionnements cognitifs et comportementaux dans le temps. Certaines études se focalisent sur certains groupes de personnes et en excluent d'autres de leurs résultats. Les réponses des participants ayant des résultats faux-positifs ou engagés dans un processus de surveillance de nodules sont parfois exclus de l'analyse. D'autres se concentrent à l'inverse exclusivement sur ces participants. Nous résumons ici les synthèses des résultats effectuées par Slatore et al.¹⁶⁹, Wu et al.¹⁷⁰, Quaife et al.¹⁷¹, et Slatore et Wiener¹⁷² dans les revues de littérature systématiques et narratives correspondantes.

Les différentes études comparent d'une part les résultats des personnes qui ne se sont pas fait tester, et les résultats des personnes qui se sont fait tester. Elles ne trouvent pas de preuve d'un impact négatif sur la qualité de vie liée à la santé du dépistage par LDCT à court-terme, à moyen et à long-terme. Elles n'identifient de même pas de différence cliniquement pertinente en matière d'anxiété ou de dépression, en comparant les cohortes de personnes qui participent ou ne participent pas au dépistage, immédiatement, deux semaines, trois mois ou deux ans après le dépistage. Une étude montre l'existence de conséquences psychologiques négatives, concernant le comportement (concentration, repli sur soi), l'abattement, le sentiment de détresse ou de malaise, et le sommeil, mais ces conséquences négatives sont observées tant chez les personnes ayant participé que chez celles n'ayant pas participé au dépistage. L'augmentation des conséquences négatives était même plus importante chez les personnes n'ayant pas participé au dépistage. Une autre étude identifie une anxiété plus importante chez les personnes du groupe témoin, c'est-à-dire chez les personnes non éligibles au dépistage. Selon Quaife et al., « ces résultats suggèrent que la disponibilité du dépistage du cancer du poumon pourrait provoquer une détresse psychologique chez les personnes qui se sentent à haut risque de cancer du poumon, que ce soit subjectivement (leur propre perception du risque) ou objectivement (le fait d'être éligible à un essai de dépistage du cancer du poumon), si le dépistage est ensuite refusé. Ils

¹⁶⁹ C.G. Slatore et al., « Patient-centered outcomes among lung cancer screening recipients with computed tomography: a systematic review », *Journal of Thoracic Oncology: Official Publication of the International Association for the Study of Lung Cancer*, 2014, vol. 9, n° 7, p. 927-934.

¹⁷⁰ G.X. Wu et al., « Psychological Burden Associated With Lung Cancer Screening: A Systematic Review », *Clinical Lung Cancer*, 2016, vol. 17, n° 5, p. 315-324.

¹⁷¹ S.L. Quaife, S.M. Janes et K.E. Brain, « The person behind the nodule: a narrative review of the psychological impact of lung cancer screening », *Translational Lung Cancer Research*, 2021, vol. 10, n° 5, p. 2427-2440.

¹⁷² Christopher G. Slatore et Renda S. Wiener, « Pulmonary Nodules: A Small Problem for Many, Severe Distress for Some, and How to Communicate About It », *Chest*, 2018, vol. 153, n° 4, p. 1004-1015.

soulèvent également la possibilité que le dépistage du cancer du poumon puisse réduire la détresse des participants »¹⁷³.

Les études comparent d'autre part, pour les personnes qui ont participé au dépistage, les résultats en fonction du moment de passation des questionnaires, et en fonction des résultats obtenus aux tests. Certains moments des procédures se montrent particulièrement propices au développement de peur ou de détresse spécifique au cancer du poumon, bien que d'autres études ne relèvent pas d'augmentation de l'anxiété ou de la dépression générique. Il s'agit du moment du rendez-vous du dépistage, et du temps d'attente des résultats. Certaines études rapportent un impact sur les personnes ayant reçu des résultats normaux au dépistage : il s'agit de la diminution de pensées intrusives après 2 mois de suivi, ou une diminution à court-terme de la détresse. L'anxiété et la dépression mesurées à court et moyen-terme (3 mois ou 6 mois selon les études) étaient plus élevées chez les personnes recevant des résultats indéterminés et nécessitant l'engagement dans une surveillance. L'augmentation n'était pas toujours cliniquement pertinente – c'est-à-dire que le niveau d'anxiété restait dans la fourchette clinique 'normale' – et toute augmentation avait disparu à 1 ou 2 ans selon les études. Les études observent « que les résultats induisent une détresse concernant le cancer du poumon dans l'immédiat et à court-terme, bien que cette détresse, comme pour les mesures d'anxiété plus génériques, se résorbe avec le temps »¹⁷⁴. Les études diffèrent quant à leurs résultats à propos de la pertinence clinique de l'évolution des niveaux de détresse observés. A long terme, Slatore et al. notent que la détresse semble être similaire chez les participants dont les résultats sont indéterminés ou négatifs¹⁷⁵.

En conclusion, les différentes revues de littératures relèvent que les réactions psychologiques négatives se limitent à une gêne psychologique transitoire et de courte durée, notamment chez les personnes recevant des résultats faux-positifs ou indéterminés. Il existe également des réponses émotionnelles positives, chez les personnes recevant un résultat négatif mais également chez les personnes participant au dépistage par rapport à celles ne pouvant y participer.

4.1.2. Etudes qualitatives portant sur l'impact psychologique du dépistage par LDCT

Nous avons identifié et sélectionné 4 études s'intéressant à l'impact psychologique du dépistage avec une approche qualitative. A la différence des études quantitatives, seule une étude qualitative sur les quatre est réalisée dans le cadre d'un essai d'évaluation du dépistage (Kummer et al.¹⁷⁶). Les trois autres études sont réalisées dans un contexte clinique, aux Etats-Unis. Deux de ces études sont réalisées avec la même cohorte de patients, des vétérans recrutés dans une

¹⁷³ S.L. Quaife, S.M. Janes et K.E. Brain, « The person behind the nodule », art cit. (Traduit par Deepl <https://www.deepl.com/fr/translator>)

¹⁷⁴ *Ibid.* (Traduit par Deepl <https://www.deepl.com/fr/translator>)

¹⁷⁵ C.G. Slatore et al., « Patient-centered outcomes among lung cancer screening recipients with computed tomography », art cit.

¹⁷⁶ S. Kummer et al., « Mapping the spectrum of psychological and behavioural responses to low-dose CT lung cancer screening offered within a Lung Health Check », *Health Expectations*, 2020, vol. 23, n° 2, p. 433-441.

clinique de soins généralistes dédiée (Slatore et al.¹⁷⁷, Sullivan et al.¹⁷⁸, PVAMC, Portland Veterans Affairs Medical Center). Les participants de la dernière étude sont recrutés dans deux centres académiques de médecine générale et pulmonaire (Wiener et al.¹⁷⁹). Les entretiens de recherche ont tous lieu après la réception de leurs résultats par les personnes. Pour les trois études ayant lieu en contexte clinique, un nodule est détecté de manière fortuite lors d'un contrôle routinier ou lors d'un examen contrôlant un trouble sans lien avec le cancer du poumon. La détection de nodules préexistait donc aux efforts d'évaluation des méthodes de dépistage, ce qui explique l'existence de ces études s'intéressant à l'impact psychologique de tels résultats hors d'un contexte d'essais cliniques. Nous trouvons opportun de rajouter ces études effectuées en milieu clinique dans la mesure où les procédures débouchent dans les deux cas sur la détection de nodules et car nous n'avons pu identifier qu'une seule étude qualitative portant spécifiquement sur l'impact psychologique du dépistage. En revanche, le contexte particulier de détection des nodules pulmonaires sera à prendre en compte dans l'analyse.

Sur les 69 participants inscrits au total dans les quatre études, un nodule est détecté pour 51 d'entre eux ; 13 n'ont pas de nodule mais une autre condition pulmonaire est fortuitement détectée (BPCO, calcification des artères coronaires) ; 5 ont un résultat entièrement négatif. Aucun n'a reçu de diagnostic de cancer. Les résultats indéterminés requièrent une surveillance pour évaluer l'évolution en taille du nodule, généralement 6 mois ou un an après sa détection initiale. La surveillance peut s'arrêter si le risque est jugé minime (généralement, si le nodule ne grossit pas sur une durée de deux ou trois ans), ou être poursuivie pendant plusieurs années. Les entretiens initiaux ont lieu entre 2 et 28 mois après la détection initiale du nodule (7 en moyenne, avec d'importantes variations au sein même de chaque étude). Les vétérans sont par ailleurs parfois reçus une deuxième fois (17) et une troisième fois (6) à l'occasion de l'examen de surveillance de l'évolution du nodule. Trois études consistent en la passation d'un entretien, en présence ou téléphonique, une étude consiste en la réalisation de focus-groupes.

Les buts formulés par ces études sont : 1/ explorer l'expérience des participants chez qui est détecté un nodule pulmonaire, 2/ évaluer les réponses à l'incertitude prolongée et les stratégies cognitives mobilisées, évaluer la perception de l'évolution du nodule, 3/ évaluer l'impact psychologique de la surveillance des nodules, 4/ explorer l'éventail des réponses psychologiques et comportementales en ne se limitant pas aux seules réponses psychologiques négatives.

Les échanges sont semi-structurés, des guides d'entretiens ou de thèmes à aborder ont été composés préalablement. Les thématiques abordées sont par exemple : la réaction à la découverte

¹⁷⁷ C.G. Slatore et al., « What the heck is a “nodule”? A qualitative study of veterans with pulmonary nodules », *Annals of the American Thoracic Society*, 2013, vol. 10, n° 4, p. 330-335.

¹⁷⁸ D.R. Sullivan et al., « “I still don't know diddly”: a longitudinal qualitative study of patients' knowledge and distress while undergoing evaluation of incidental pulmonary nodules », *NPJ primary care respiratory medicine*, 2015, 25 (15028).

¹⁷⁹ R.S. Wiener et al., « “The thing is not knowing”: patients' perspectives on surveillance of an indeterminate pulmonary nodule », *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 2012, vol. 18, n° 3, p. 355-365.

et à la surveillance du nodule ; les besoins de soutien perçus ; l'expérience en matière d'information et de communication ; la compréhension du suivi ; la satisfaction ; les préoccupations et les réactions émotionnelles, le rôle de la stigmatisation et de la négativité perçues, etc. Les deux études analysant les réactions des vétérans utilisent la description qualitative (« qualitative description ») ou l'analyse de contenu conventionnelle (« conventional content analysis »), c'est-à-dire des modalités d'analyse permettant de capter l'expérience des participants grâce au langage courant et sans avoir recours à la théorisation et à l'interprétation. Les deux autres études utilisent la théorisation ancrée (« grounded theory ») et l'analyse thématique cadrée (« framework approach to thematic analysis ») permettant une analyse inductive et interprétative des données cliniques. Ces données sont résumées dans le tableau 2.

Tableau 2 Caractéristiques des études qualitatives de l'impact psychologique du dépistage					
Auteur	Année	Contexte	Cohorte	Résultats tests	Calendrier
	Recueil	Méthode analyse		Catégories	
Kummer et al.	2020	LSUT (essai)	28	Indéterminé : 10 Autre : 13 Négatif : 5	6 mois en moyenne
	Entretiens (semi-structurés)	Framework approach to thematic analysis	Réponses psychologiques Réponses comportementales Facteurs influençant les réponses		
Slatore et al.	2013	PVAMC (détection fortuite)	19	Indéterminé	5 mois en moyenne
	Entretiens (semi-structurés)	Qualitative description	Réception d'informations Obtenir plus d'informations Réponses émotionnelles Améliorer l'information		
Sullivan et al.	2015	PVAMC (détection fortuite)	17	Indéterminé	A 1 an A 2 ans
	Entretiens (semi-structurés)	Conventional content analysis	Connaissances du patient Réponses émotionnelles/Détresse Communication avec le généraliste Suggestion pour amélioration		
Wiener et al.	2012	Cliniques (détection fortuite)	22	Indéterminé	10 mois en moyenne
	Focus-group (semi-structurés)	Grounded theory	Représentation du nodule Influence des résultats (vers : 'ce n'est pas sérieux') Gérer l'incertitude		

Selon le principe des méthodes qualitatives, les résultats ne sont pas envisagés en fonction de la fréquence observée, mais ont plutôt pour objectif de relever un éventail de réactions et de possibles liens entre les réactions observées. Pour les 4 études, les codes et catégories restent proches des thématiques abordées dans le guide d'entretien. Kummer et al. et Wiener et al. identifient notamment un spectre de réponses plus diversifié que ce que nous avons précédemment relevé. Nous laissons pour l'instant de côté les résultats concernant d'autres thématiques de recherche, par exemple la communication médecin-patient ou encore l'impact sur le tabagisme, car nous aborderons spécifiquement ces questions dans d'autres sections.

Kummer et al., les seuls à observer des participants dans un contexte de dépistage, listent les réactions pré-dépistage rapportées par les participants, c'est-à-dire lors de la réception de la lettre d'invitation et dans l'attente des procédures. Parmi les réactions positives ou neutres, ils notent : être heureux d'être invité ; trouver l'offre de dépistage rassurante ou réconfortante ; avoir le sentiment d'être pris en charge ; se sentir bien, détendu, heureux d'aller au rendez-vous ; avoir impatience de connaître les résultats ; être intéressé par les résultats ; vouloir saisir une occasion ; ne pas se sentir concerné ; ne pas être inquiet. Parmi les gênes psychologiques vécues, ils relèvent : du choc ; de l'inquiétude sur la santé pulmonaire et le risque de cancer ; une plus grande attention portée à des symptômes jusque-là ignorés ; de l'appréhension à l'idée de passer un scanner. Lors des procédures et de l'attente des résultats, certains patients ont une attitude relativement neutre, expliquant par exemple qu'il n'est pas la peine de s'inquiéter tant que les résultats ne sont pas encore reçus. Sont également repérés, plus qu'à d'autres moments des procédures, selon Kummer et al., des sentiments d'anxiété, la peur que les résultats montrent quelque chose d'inquiétant. Pour certains, l'angoisse est intense au point que les personnes indiquent ne pas avoir l'esprit tranquille et penser constamment au risque de cancer. Sullivan et al. repèrent également une détresse plus intense lors de l'attente des résultats, dans ce cas aux examens de surveillance du nodule. Certains patients interprètent des symptômes auparavant considérés comme habituels, comme des signes de cancer.

Lorsque les résultats sont rendus, les réactions des participants diffèrent en fonction de la nature des résultats obtenus. Kummer et al. repèrent chez les personnes recevant un résultat négatif – absence de nodule – du soulagement, de la réassurance, l'impression d'être « aux anges », d'avoir « une deuxième chance ». Des réactions négatives sont en revanche parfois repérées chez les personnes ayant un résultat indéterminé – présence de nodule à surveiller. Slatore et al. et Wiener et al., notamment, rapportent des angoisses intenses : inquiétudes omniprésentes ; termes utilisés tels que « condamnation à mort », « effrayant », « choquant » ; impression d'avoir reçu un diagnostic de cancer ; crainte des traitements liés au cancer ; bouleversement. Sullivan et al. et Wiener et al. notent l'émergence à ce moment de représentations liées au cancer : certains participants évoquent des proches ayant eu un cancer, d'autres comparent le cancer du poumon avec d'autres pathologies, ou le mettent en lien avec leur tabagisme. Dans l'étude de Kummer et al. sont repérés des écarts de réaction entre les personnes qui s'attendaient à recevoir un résultat indéterminé ou positif au dépistage et les personnes qui avaient un sentiment d'immunité. Dans les trois autres études, cette question ne se pose pas dans la mesure où le nodule a été détecté

fortuitement. Sont également observées des réponses émotionnelles plus mesurées lorsque les personnes apprennent la présence d'un nodule. Wiener et al. indiquent que les personnes âgées vivent mieux l'incertitude du résultat – le nodule pouvant s'avérer bénin ou malin – ainsi que les personnes ayant déjà des comorbidités. Ces dernières donnent la priorité à leurs troubles somatiques actuels et certaines considèrent la nouvelle comme insignifiante.

Dans l'étude de Wiener et al., certains participants restent dans un état d'inquiétude accru pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois. Les plaintes se cristallisent surtout autour du sentiment d'incertitude, l'absence de résultat définitif étant même jugée plus délétère par certains qu'une annonce de cancer. Des participants évoquent également la culpabilité liée à une responsabilité éventuelle du fait de leur tabagisme. Du ressentiment est en revanche observé chez des non ou anciens fumeurs. Certains participants préféreraient ne pas arrêter la surveillance – elle est normalement interrompue au bout de deux ans en l'absence de grossissement du nodule – voire faire appel à des techniques telles que la biopsie pour confirmer ou infirmer un éventuel diagnostic. Sullivan et al. et Wiener et al. remarquent en revanche majoritairement une diminution globale des inquiétudes avec le temps, la menace étant progressivement et par certains requalifiée, de grave à insignifiante. L'absence de symptômes pulmonaires attribués au nodule, les résultats favorables aux examens de contrôle, l'absence d'inquiétudes ou les propos rassurants des équipes soignantes, ainsi que des techniques actives telles que l'effort de ne pas penser au nodule, la recherche d'informations, l'acceptation, l'appel à la foi sont identifiés comme des facteurs participant de la réassurance progressive. Wiener et al. et Kummer et al. repèrent, tant chez les personnes qui montrent des signes de peur et d'inquiétude que chez celles étant dès le départ plus sereines, des modifications comportementales avec le temps. Sont notamment repérés : une attention plus accrue aux symptômes, notamment pulmonaires ; une augmentation de la fréquence du suivi médical ; l'augmentation de l'exercice physique ; la modification du régime alimentaire ; l'évitement des facteurs de risque environnementaux (pollution ou contacts avec des agents infectieux) ; la recherche d'informations diverses concernant la santé. Mais certains comportements inverses sont également repérés, tant chez les patients les plus inquiets que les plus sereins : volonté de consulter uniquement en cas de symptômes graves ; manque de confiance dans le suivi médical ; évitement des rendez-vous de contrôle du nodule.

Nous nous arrêterons maintenant plus en détail sur l'impact de la participation à un programme de dépistage sur l'activité tabagique, dans la mesure où cette thématique fait l'objet d'études spécifiques et mobilise des enjeux particuliers de la balance bénéfique-risque dans l'évaluation des procédures de dépistage par LDCT.

4.1.3. L'impact du dépistage sur les comportements tabagiques

L'étude du lien entre le dépistage du cancer bronchopulmonaire par LDCT et l'évolution du tabagisme des participants apparaît être un champ de recherche à part entière et particulièrement prolifique. Ceci pour plusieurs raisons.

Puisque 85% des cancers du poumon, rappellent Moldovanu et al.¹⁸⁰, peuvent être attribués au tabagisme, l'arrêt du tabagisme en reste la forme de prévention la plus efficace chez les adultes fumeurs, devant le dépistage par LDCT. Des craintes ont été exprimées que le dépistage, et notamment les résultats négatifs, soient perçus comme une autorisation à continuer à fumer, produisant dès lors des résultats contreproductifs en matière de réduction de la mortalité par cancer du poumon. Russel P. Harris¹⁸¹ rappelle que les personnes visées par le dépistage font partie des fumeurs les plus actifs de la population, sont donc plus enclins à avoir développé une forte addiction au tabagisme, et pourraient dès lors utiliser le dépistage comme une alternative à l'arrêt du tabagisme. Selon lui, les conséquences du dépistage par LDCT sur le comportement tabagique devraient faire partie intégrante du calcul des balances bénéfice-risque et coût-utilité lors des processus d'évaluation et de validation des programmes de dépistage. Par ailleurs, utiliser le dépistage comme une occasion de favoriser le sevrage tabagique pourrait redoubler ses effets bénéfiques, non seulement dans la prévention du cancer mais également dans la prévention d'autres maladies liées au tabagisme. Matthew A. Steliga et Ping Yang¹⁸² expliquent qu'arrêter le tabagisme a un impact bénéfique sur la santé à tout moment, même quand l'arrêt a lieu après un diagnostic de cancer. Parmi les décès enregistrés dans l'étude américaine d'évaluation du dépistage par LDCT, 24,1% d'entre eux étaient attribués au cancer du poumon, 24,8% étaient attribués à des causes cardiovasculaires, 10,4% à d'autres maladies respiratoires. Favoriser l'arrêt du tabagisme pourrait dès lors diminuer la mortalité par d'autres pathologies, et redoubler la réduction de mortalité par cancer du poumon obtenue grâce au dépistage. Des études analysant l'intérêt de différents modes d'intervention sont développées en ce sens.

Nous avons identifié 9 revues systématiques ou narratives synthétisant les résultats issus des études quantitatives qui enquêtent sur l'impact du dépistage bronchopulmonaire par LDCT sur le comportement tabagique¹⁸³, ou sur l'efficacité des interventions de sevrage tabagique dans un contexte de dépistage¹⁸⁴. Certaines revues relèvent également des informations quant à l'effet du

¹⁸⁰ D. Moldovanu, H.J. de Koning et C.M. van der Aalst, « Lung cancer screening and smoking cessation efforts », *Translational Lung Cancer Research*, 2021, vol. 10, n° 2, p. 1099-1109.

¹⁸¹ Russell P. Harris, « The Psychological Effects of Lung Cancer Screening on Heavy Smokers: Another Reason for Concern », *JAMA internal medicine*, 2015, vol. 175, n° 9, p. 1537-1538.

¹⁸² Matthew A. Steliga et Ping Yang, « Integration of smoking cessation and lung cancer screening », *Translational Lung Cancer Research*, 2019, 8 (Suppl 1), p. S88-S94.

¹⁸³ C.G. Slatore et al., « Smoking Behaviors among Patients Receiving Computed Tomography for Lung Cancer Screening. Systematic Review in Support of the U.S. Preventive Services Task Force », *Annals of the American Thoracic Society*, 2014, vol. 11, n° 4, p. 619-627 ; J.H. Pedersen, P. Tønnesen et H. Ashraf, « Smoking cessation and lung cancer screening », *Annals of Translational Medicine*, 2016, vol. 4, n° 8, p. 1-5 ; D. Moldovanu, H.J. de Koning et C.M. van der Aalst, « Lung cancer screening and smoking cessation efforts », art cit ; S.A. Deppen et al., « Lung cancer screening and smoking cessation: a teachable moment? », *Journal of the National Cancer Institute*, 2014, vol. 106, n° 6, p. 1-2.

¹⁸⁴ J.M. Iaccarino et al., « Combining smoking cessation interventions with LDCT lung cancer screening: A systematic review », *Preventive Medicine*, 2019, vol. 121, p. 24-32 ; B.B. Pua et al., « Integrating smoking cessation into lung cancer screening programs », *Clinical Imaging*, 2016, vol. 40, n° 2, p. 302-306 ; L.M. Fucito et al., « Pairing smoking-cessation services with lung cancer screening: A clinical guideline from the Association for the Treatment of Tobacco Use and Dependence and the Society for Research on Nicotine and Tobacco », *Cancer*, 2016, vol. 122, n° 8, p. 1150-1159 ; C.J. Cadham et al., « Smoking cessation interventions for potential use in the lung cancer screening setting: A systematic review and meta-analysis », *Lung Cancer*, 2019, vol. 135, p.

tabagisme et de son arrêt sur la santé en général et sur le cancer du poumon en particulier, et une, quant aux motivations des personnes à arrêter de fumer.

Les revues qui s'intéressent aux conséquences du dépistage LDCT sur les comportements tabagiques synthétisent ensemble les résultats de 19 études originales abordant quantitativement la question. 17 ont lieu lors des différents essais contrôlés randomisés d'évaluation du dépistage par LDCT, 2 ont lieu en contexte clinique. Parmi les personnes qui fumaient encore lors du dépistage, la proportion des personnes ayant arrêté pendant la période de surveillance va de 7 à 23% selon les études. Dans deux études, la majorité des personnes indiquent que la participation au dépistage a joué un rôle important dans leur décision d'arrêter de fumer. 1,6 à 12% de ces fumeurs ayant arrêté recommencent avant la fin de la surveillance. Dans les études ayant comparé le comportement tabagique des personnes se faisant dépister et celui des personnes dans le groupe contrôle : deux études n'identifient aucune différence significative entre les deux groupes à court, moyen et long-terme ; trois autres identifient soit un taux d'arrêt plus important dans le groupe dépisté, soit une période d'abstinence plus longue. Les résultats sont donc contradictoires quant à l'importance de la participation véritable au dépistage par rapport à l'intention et à l'information seules dans l'influence sur le comportement tabagique. Les comparaisons de l'évolution du comportement tabagique en fonction des résultats n'apportent pas toujours de résultats concluants. Les résultats observés sont : une prévalence ponctuelle de fumeurs plus importante chez les personnes ayant un résultat soupçonneux ; une prévalence moins importante de rechute chez les personnes recevant un résultat soupçonneux ; une influence moins importante des résultats positifs chez les fumeurs de longue date. Ces résultats ne sont pas confirmés par toutes les études. Il semble par ailleurs qu'il n'y ait pas de tendance, pour les personnes recevant un résultat négatif, à plus continuer à fumer que les personnes n'ayant pas participé au dépistage. La prévalence des personnes qui arrêtent de fumer en cas de résultat négatif semble croître avec le temps. Les revues concluent en indiquant que la participation aux procédures de dépistage en elle-même ne semble pas avoir d'influence sur les comportements tabagiques ; s'il y a un effet sur le tabagisme, celui-ci est plutôt dû aux informations communiquées préalablement aux examens médicaux et même lorsque les personnes ne se font pas dépister, ou alors aux résultats indiquant un possible cancer du poumon.

Il n'existe donc pas de preuves d'une influence délétère du dépistage LDCT sur les taux de sevrage tabagique. En revanche, la plupart des résultats indiquent que participer à un programme de dépistage n'influence pas non plus significativement et positivement les comportements tabagiques. En conséquence, est recommandée, notamment aux Etats-Unis, l'intégration dans les programmes de dépistage d'interventions d'assistance au sevrage tabagique. Dans ce cadre, le dépistage par LDCT est perçu comme une occasion de favoriser la prévention primaire. Différents types d'interventions sont envisagés : des consultations et conseils par un professionnel (sous la forme de standards téléphoniques, en présence en groupe ou

individuellement) ; la pharmacothérapie (patchs nicotiques, substituts nicotiques et inhalateurs) ; les cigarettes électroniques ; des supports documentaires ou internet. Iaccarino et al. identifient 9 articles originaux analysant l'efficacité de ces méthodes d'intervention en contexte de dépistage. Vu le faible nombre d'études en contexte, Cadham et al. étendent leur recherche à des études hors cadre dépistage, dans le but d'exploiter ces résultats dans un contexte de dépistage. Ils identifient dans ce cadre 85 études : 26 analysant les résultats des supports électroniques, 25 le conseil par un professionnel médical ; 25 les interventions médicamenteuses ; 14 le conseil téléphonique. Moldovanu et al. et Cadham et al. parviennent à des conclusions similaires, à savoir une efficacité plus importante des interventions en personne et pharmaceutiques par rapport aux interventions par support électronique ou conseil téléphonique. Une conclusion communément partagée est également la nécessité d'implémenter plus d'études évaluant l'efficacité de telles interventions en contexte de dépistage par LDCT, afin d'assurer que l'efficacité des interventions proposées soit scientifiquement validée.

Nous avons par ailleurs identifié 3 études qualitatives s'intéressant à ces questions et s'inscrivant dans les mêmes visées. Park et al.¹⁸⁵, Zeliadt et al.¹⁸⁶ et Golden et al.¹⁸⁷ réalisent respectivement des études avec 35, 37 et 51 participants, fumeurs ou anciens fumeurs, dans différents services de médecine générale proposant un dépistage par LDCT. Dans les trois cas, des entretiens semi-structurés à l'aide d'un guide d'entretien sont réalisés par téléphone ou en présentiel, au moment du dépistage pour l'étude de Golden et al., après la réception des résultats pour Zeliadt et al., un ou deux ans après le dépistage pour Park et al. Deux des études (Park et al., Golden et al.) basent leur guide d'entretien sur le modèle cognitif « Health Belief Model », développé pour rendre compte des difficultés des personnes à adopter des stratégies de prévention, mises en perspective des croyances des personnes quant à la menace et la perception de l'efficacité de la stratégie de prévention. En conséquence, les thématiques abordées portent sur : la perception du risque personnel ; les déterminants cognitifs et émotionnels des changements de comportement ; les intentions et résultats vis-à-vis du changement de comportement ; l'importance perçue du dépistage et de l'arrêt du tabagisme ; les difficultés perçues vis-à-vis de l'arrêt. Le guide de Zeliadt et al. est conçu pour faire émerger, de manière plus générale, des propos quant aux attitudes et croyances vis-à-vis du tabagisme. Ces informations et les résultats principaux sont résumés dans le tableau 3.

¹⁸⁵ E.R. Park et al., « A qualitative study of lung cancer risk perceptions and smoking beliefs among national lung screening trial participants », *Nicotine & Tobacco Research: Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 2014, vol. 16, n° 2, p. 166-173.

¹⁸⁶ S.B. Zeliadt et al., « Attitudes and Perceptions About Smoking Cessation in the Context of Lung Cancer Screening », *JAMA Internal Medicine*, 2015, vol. 175, n° 9, p. 1530-1537.

¹⁸⁷ S.E. Golden et al., « "I Already Know That Smoking Ain't Good for Me": Patient and Clinician Perspectives on Lung Cancer Screening Decision-Making Discussions as a Teachable Moment », *Chest*, 2020, vol. 158, n° 3, p. 1250-1259.

Tableau 3 Caractéristiques des études qualitatives de l'impact du dépistage sur le tabagisme				
Auteur	Année	Population	Cohorte	Calendrier
	Recueil	Méthode d'analyse	Catégories	
Golden et al.	2020	Fumeurs ou anciens fumeurs	51	Entre la proposition et le test
	Entretiens (semi-structurés)	Interprétation dans le 'Health Belief Model'	Communication patient-clinicien Perception d'une menace/Détresse Compréhension du patient	
Park et al.	2014	Fumeurs ou anciens fumeurs	35	1 à 2 ans
	Entretiens (semi-structurés)	Interprétations dans le 'Health Belief Model' / 'Precaution adoption Process model' / 'Self-Regulation Model'	Dépistage comme incitation au sevrage Perception du risque Sévérité perçue, Inquiétudes Confiance dans la capacité à arrêter ou à ne pas reprendre Intentions de sevrage/reprise	
Zeliadt et al.	2015	Fumeurs	37	Après les résultats
	Entretiens (semi-structurés)	Inductive content analysis / Deductive content analysis	Dépistage et réflexions sur le tabagisme Dépistage comme agent externe Biais cognitifs à propos du risque Perceptions erronées sur le dépistage et le tabagisme	

Les auteurs explorent le lien entre l'expérience du dépistage et la volonté de sevrage. Sur les trois études, seulement deux participants arrêteront de fumer, d'autres exprimeront en revanche la volonté d'arrêter. Dans l'étude de Golden et al., la quasi-totalité des participants indiquent ne pas faire de différence entre ce dépistage et n'importe quelle rencontre avec un médecin, en ce qui concerne la motivation à l'arrêt du tabagisme. Un des participants dira : « ça rentre dans une oreille et ça sort par l'autre parce que je sais déjà que fumer n'est pas bon pour moi ». En ce sens, être éligible pour un dépistage ne cause pas de détresse particulière à ces participants. Par ailleurs, peu font un lien entre la procédure de dépistage et le tabagisme : il s'agit pour eux de deux démarches nécessitant des décisions distinctes. Certains diront également qu'ils ne considèrent pas le cancer du poumon comme une motivation à l'arrêt, bien que tous soient conscients du risque. En conséquence, le dépistage n'influe pas sur leur décision d'arrêter. Ils ne considèrent pas non plus le dépistage, ni un résultat positif, comme un feu vert pour fumer.

L'hypothèse de Golden et al. est que le dépistage ne provoque pas de réaction émotionnelle suffisamment forte, dans la mesure où le risque de cancer n'est pas une idée neuve et ne déclenche en ce sens pas de détresse.

A l'inverse des réactions d'indifférence repérées par Golden et al., Zeliadt et al. relèvent des réactions émotionnelles fortes chez les participants. Une période d'autoréflexion serait stimulée par cet événement. Leurs observations ne sont néanmoins pas incompatibles.

Zeliadt et al. notent que les participants, bien que conscients du risque de cancer, expriment certaines « perceptions erronées » : notamment une surestimation du cancer comme conséquence délétère du tabagisme, au détriment d'autres pathologies telles que les pathologies cardiovasculaires. Les réactions émotionnelles fortes et la perception du risque élevée s'accompagnent d'un doute sur l'efficacité de l'arrêt du tabagisme pour remédier à cela, d'un sentiment qu'il n'y a pas d'urgence, et de l'absence de changement comportemental effectif. Park et al. remarquent également ce qu'ils interprètent comme des dissonances cognitives. Est bien repérée la perception d'un risque de cancer élevé – plus élevé que le risque objectif – mais également une faiblesse des inquiétudes, une décorrélation du risque par rapport au comportement tabagique actuel, du scepticisme quant au rôle du tabagisme en général. Ces perceptions erronées et l'absence d'inquiétude dans un contexte de reconnaissance d'un risque grave pourraient, selon Park et al., être une conséquence d'une gestion cognitive des émotions liées à la menace, les informations sanitaires étant déformées pour réduire la dissonance cognitive entre risque perçu et comportement.

Par rapport à l'arrêt du tabac, les participants font dans l'étude de Golden et al. état d'autres motivations pour arrêter, telles que les encouragements par la famille, l'impact global sur la santé et la qualité de vie. Les obstacles identifiés, toutes études confondues, sont : l'addiction/l'habitude difficile à briser, les plaisirs et compensations offertes par la cigarette (contre le stress et l'anxiété notamment), le manque de désir, l'âge avancé. Des participants indiquent que « ce n'est pas le moment », et qu'une intervention de soutien à l'arrêt ne peut être pertinente que lorsque la personne se sent prête. Par ailleurs, les fumeurs actuels se disent peu confiants dans leur capacité à arrêter, ou, s'ils le sont, peu confiants dans leur capacité à maintenir leurs efforts dans le temps. Dans les études de Zeliadt et al. et Park et al., nombreux sont les participants à fournir des descriptions spontanées des précédentes tentatives d'arrêt et échecs concomitants. Le dépistage est dans ce contexte accueilli par certains positivement, dans la mesure où cela leur offre une possibilité simple d'agir pour leur santé. L'impression de pouvoir faire quelque chose pourrait contraster avec le sentiment d'échec ressenti. Par ailleurs, dans l'étude de Park et al., qui a lieu 1 à 2 ans après le dépistage, si personne n'a arrêté de fumer, plusieurs patients ont efficacement et durablement réduit leur consommation tabagique journalière, ou se sont engagés avec leurs proches dans des discussions sur le tabagisme. Certains ont également modifié leur activité physique ou leur alimentation, dans une volonté de réduire les risques liés à la santé. Park et al. parlent alors de comportements compensatoires ayant pour but de réduire la dissonance cognitive précédemment supposée à l'œuvre.

Leurs conclusions sont différentes pour ce qui est des recommandations. Park et al. pointent la nécessité d'éducation sur les risques objectifs, et la nécessité de prendre en compte et d'ajuster les stratégies cognitives et comportementales visant à réduire la dissonance ou les biais cognitifs, tels que le manque de confiance en les capacités d'arrêt. Selon Zeliadt et al., les arrêts du tabagisme sont plus dépendants de l'émotionnel que des informations factuelles. Allant dans ce même sens, Golden et al. considèrent que favoriser le déploiement de réactions émotionnelles serait la manière la plus efficace d'affecter les comportements. Il pourrait s'agir alors, dans un contexte où le cancer n'est pas considéré par les participants comme « une nouvelle information » et ne provoque pas de détresse, de fournir des informations sur les autres troubles par ailleurs minimisés par les patients, comme les troubles cardiovasculaires. Zeliadt et al. notent également le risque, non pas que le dépistage produise mais qu'il renforce certaines perceptions erronées. Le dépistage pourrait, dans un contexte où les maladies cardiovasculaires sont minimisées par rapport au cancer en ce qui concerne les risques encourus du fait du tabagisme, renforcer cette croyance : n'être pas atteint de cancer serait dès lors équivalent à avoir échappé aux méfaits du tabac et renforcerait l'absence de sentiment d'urgence.

4.1.4. Perspectives de recherche et modélisations de l'impact psychologique

La plupart des études concluent sur la nécessité de poursuivre les recherches sur les conséquences psychologiques du dépistage. Bien que celles qui abordent la question quantitativement ne trouvent pas d'effets délétères significatifs ou durables du dépistage, quelle que soit la mesure utilisée – qualité de vie liée à la santé, anxiété, dépression, tabagisme –, une certaine complexité des réponses psychologiques et comportementales apparaît.

Nous avons déjà noté que certaines études quantitatives identifiaient des écarts en ce qui concerne l'anxiété entre le groupe contrôle et le groupe de personnes dépistées, le groupe contrôle s'avérant, dans ces cas, plus négativement affecté que celui se faisant dépister. Cela permet de formuler l'hypothèse de conséquences positives du dépistage, pour lesquelles il n'existe actuellement pas de mesure satisfaisante. « Il serait, disent Quaife et al., également bénéfique de comprendre quantitativement la fréquence, la durée et l'ampleur des réponses psychologiques positives potentielles du dépistage par LDCT afin de les promouvoir, pour lesquelles des études de développement psychométrique sont nécessaires pour mesurer de manière fiable ces différents types de réponses »¹⁸⁸.

Sont également relevées des différences entre les sous-populations pour ce qui est des réponses psychologiques. Parmi les caractéristiques pour lesquelles il existe des preuves de détresse significativement accrue, sont comptés le fait d'être célibataire, le fait d'être une femme, le fait de fumer actuellement, d'être d'un milieu social plus défavorisé. Quaife et al.¹⁸⁹ relèvent également l'établissement de corrélations entre la perception de la santé préexistante – par

¹⁸⁸ S.L. Quaife, S.M. Janes et K.E. Brain, « The person behind the nodule », art cit. (Traduit par DeepL <https://www.deepl.com/fr/translator>)

¹⁸⁹ *Ibid.*

exemple le risque perçu de cancer du poumon, le sentiment de fatalisme ou la stigmatisation associée au tabagisme – et l'expérience du dépistage. Kummer et al.¹⁹⁰, détaillent qualitativement certains de ces liens. Les préoccupations quant à la maladie préexistant à la proposition de dépistage – par exemple du fait de la présence de symptômes d'essoufflement –, semblent favoriser des réactions positives aux tests, même en cas de résultat indéterminé. Ces considérations antérieures semblaient aussi influencer sur les changements comportementaux. Des participants rapportent également la manière dont leur environnement social a joué un rôle dans leur expérience des procédures : par exemple en offrant un soutien émotionnel, en aidant à la compréhension des résultats, ou en soutenant un changement de comportement positif. Par ailleurs, être atteint de comorbidités tendait à diminuer le fardeau psychologique de résultats indéterminés, ces résultats étant jugés sans importance au regard des priorités de la personne. En revanche, ressentir de la stigmatisation ou être engagé dans l'auto-culpabilisation mène certains participants à augmenter l'inquiétude ressentie à la perspective d'être atteint d'un cancer, le sentiment de responsabilité venant s'ajouter à la détresse et à l'inquiétude liées à la condition éventuelle et ses conséquences pour la personne. Ces liens sont également, à ce jour, mal connus et étudiés, et plusieurs auteurs appellent à la réalisation de recherches en ce sens.

Kummer et al.¹⁹¹ et Wiener et al.¹⁹² repèrent également des liens entre les réactions psychologiques aux différentes étapes des procédures. La lettre d'invitation au dépistage pourrait ainsi affecter positivement ou négativement la perception des individus quant à leur risque de cancer du poumon, leur motivation à arrêter de fumer, ce qui peut influencer en retour sur leurs réactions à la réception des résultats. « Plusieurs patients, disent Wiener et al., ont présenté des perceptions qui ont évolué d'une peur immédiate du cancer [...] à une reconnaissance de l'incertitude inhérente au diagnostic, ce qui tendait à créer de l'anxiété [...] jusqu'à une acceptation éventuelle que le nodule n'était plus une menace pour la santé après réception de résultats de tests rassurants et le passage du temps [...]. Cependant, la trajectoire varie : certains n'ont jamais dépassé la conviction angoissante que le nodule était un cancer [...] et quelques-uns, tout en reconnaissant la possibilité d'un cancer, n'ont jamais éprouvé beaucoup de détresse à cause du nodule. [...] Les patients ont utilisé une variété de stratégies d'adaptation pour faire évoluer leur perception du nodule, en particulier pour résoudre son incertitude troublante »¹⁹³. Ces liens de cause à effet entre les réactions psychologiques aux différentes étapes semblent confirmés par les écarts de réaction entre les personnes chez qui est détecté un nodule de manière fortuite, et celles chez qui il est détecté dans le cadre d'un programme de dépistage. Au-delà de la présentation descriptive des différentes réactions psychologiques, des liens émergent qui mériteraient, selon eux, des investigations complémentaires et le développement d'une approche compréhensive des effets des procédures de dépistage en leurs différentes étapes.

¹⁹⁰ S. Kummer et al., « Mapping the spectrum of psychological and behavioural responses to low-dose CT lung cancer screening offered within a Lung Health Check », art cit.

¹⁹¹ *Ibid.*

¹⁹² R.S. Wiener et al., « “The thing is not knowing” », art cit.

¹⁹³ *Ibid.* (Traduit par Deepl <https://www.deepl.com/fr/translator>)

Ces observations sont également valables en ce qui concerne l'impact du dépistage sur les comportements tabagiques. Après avoir vérifié quantitativement que le dépistage n'avait pas de conséquences délétères évidentes vis-à-vis de la consommation tabagique des personnes, la recherche pourrait profiter d'une compréhension plus poussée des mécanismes psychologiques à l'œuvre, peut-être encore non identifiables avec les outils de mesure existant actuellement. Les observations de Park et al.¹⁹⁴, notamment, semblent suggérer que les effets du dépistage sur le tabagisme ne sont pas aussi simples qu'une opposition entre le succès ou l'échec dans l'arrêt, et pourraient relever de l'évolution d'un cheminement psychologique vers l'arrêt du tabagisme. La complexité du rapport au tabac pour les personnes apparaît également, ainsi que de possibles mécanismes cognitifs complexes affectant les comportements. Cela appelle également au développement d'une approche plus compréhensive des mécanismes à l'œuvre.

Des tentatives sont faites de développer des outils permettant de mieux cerner les conséquences psychologiques du dépistage. Brodersen et al.¹⁹⁵ adaptent en ce sens un questionnaire existant de manière à évaluer spécifiquement les conséquences psychologiques spécifiques au dépistage du cancer du poumon par LDCT. Ils se basent pour ce faire sur les résultats de cinq focus-groupes avec des participants à l'essai danois. Plusieurs thèmes spécifiques en sont extraits : « auto-culpabilisation », « concentration sur les symptômes des voies respiratoires », « stigmatisation », « introversion », « méfaits du tabac », et « regret de fumer encore », correspondant à 42 nouveaux items. Ce questionnaire a pour but de permettre une évaluation plus précise de l'impact psychologique dans ce contexte, et d'offrir une base de comparaison plus solide des résultats obtenus dans les différentes études et pays envisageant l'implémentation d'un programme de dépistage. Harris et al., par ailleurs, proposent en 2015 une taxonomie afin d'aider les chercheurs et ceux qui évaluent les dépistages à « poser les bonnes questions »¹⁹⁶. Ils pointent une absence de connaissances précises des effets du dépistage, notamment de ses inconvénients, et attribuent la responsabilité à une absence de cadre permettant de conceptualiser et d'organiser la réflexion sur ces effets néfastes. Dans la taxonomie qu'ils proposent, et qui se veut centrée sur le patient, quatre catégories de préjudices potentiels sont relevées : les préjudices physiques – exposition aux rayonnements, imageries ou traitements faisant suite à un résultat indéterminé ou positif, etc. –, les préjudices psychologiques, la pression financière et le coût en opportunité. À côté des propositions plus classiquement retrouvées dans la littérature en ce qui concerne les possibles préjudices psychologiques, Harris et al. suggèrent deux types originaux de préjudices. Le premier concerne les occasions manquées : participer au dépistage pourrait détourner la personne, soit d'autres troubles médicaux, soit de secteurs de vie, tels que les loisirs, le temps passé avec la famille et les amis, ou à développer un projet, etc. Une autre proposition originale concerne la culture du bien-être : « Le dépistage

¹⁹⁴ E.R. Park et al., « A qualitative study of lung cancer risk perceptions and smoking beliefs among national lung screening trial participants », art cit.

¹⁹⁵ J. Brodersen, H. Thorsen et S. Kreiner, « Consequences of Screening in Lung Cancer: Development and Dimensionality of a Questionnaire », *Value in Health*, 2010, vol. 13, n° 5, p. 601-612.

¹⁹⁶ R.P. Harris et al., « The harms of screening: a proposed taxonomy and application to lung cancer screening », *JAMA internal medicine*, 2014, vol. 174, n° 2, p. 281-285.

généralisé envoie le message au public que nous avons tous des problèmes de santé non découverts, que nous sommes tous « à risque », « mal » à des degrés que nous ne connaissons pas. Cette situation risque de dégrader progressivement la perception qu'a la société de sa propre santé, avec des conséquences incertaines mais probablement négatives sur notre mode de vie »¹⁹⁷. Ces deux tentatives semblent rester focalisées sur les conséquences négatives et ne pas permettre l'évaluation des éventuelles conséquences psychologiques positives du dépistage.

La quasi-totalité des auteurs des différentes études – quantitatives, qualitatives, revues – appellent en conclusion à ce que les résultats des recherches soient exploités pour développer des stratégies de communication et des modalités d'intervention spécifiques qui iraient dans le sens d'une diminution des conséquences psychologiques négatives pour les personnes. Avant de nous intéresser aux options envisagées et aux recommandations diverses, nous aborderons maintenant la place prise par les études psychologiques – ou plus généralement s'intéressant à l'expérience des personnes – dans le calcul de la balance coût-efficacité du dépistage et les efforts de respect des exigences éthiques.



Point d'étape

Nous avons étudié ici les recherches analysant l'expérience des personnes dans le cadre de programmes de dépistage du cancer bronchopulmonaire par LDCT.

Les études quantitatives ne relèvent globalement pas d'effets délétères cliniquement significatifs et durables des procédures de dépistage sur les personnes, en ce qui concerne la qualité de vie liée à la santé, l'anxiété, la dépression, d'autres facteurs plus spécifiques tels que le risque de cancer perçu. Elles ne relèvent pas non plus d'impact significatif négatif des procédures de dépistage sur le comportement tabagique des personnes. Des résultats secondaires émergent de ces études quantitatives, tels que des réactions spécifiques à certaines étapes des procédures, en fonction de certains résultats, des écarts en fonction des populations. Les études qualitatives décrivent les réactions psychologiques des personnes, et font apparaître une certaine complexité des mécanismes psychologiques à l'œuvre. Les auteurs parlent par exemple dans ce cadre de dissonance cognitive et de perceptions erronées, ou repèrent une évolution des réactions dans le temps, en fonction de l'étape de la procédure, en fonction de la réaction à l'étape précédente de la procédure, en fonction de caractéristiques personnelles, etc. Il apparaît également de ces études ou de leur mise en commun, que l'expérience du dépistage mobilise des réponses psychologiques complexes qui gagneraient à être étudiées avec une approche compréhensive.

Nous exposerons notre positionnement épistémologique dans le prochain chapitre. Indiquons cependant dès maintenant que les parties II et III de cette thèse seront entièrement

¹⁹⁷ *Ibid.* (Traduit par DeepL <https://www.deepl.com/fr/translator>)

consacrées à une analyse de l'expérience des participants à l'aide des concepts psychanalytiques. Nous essaierons d'y adopter une approche compréhensive et en profondeur des enjeux psychiques à l'œuvre chez les participants de l'étude. Nous articulerons néanmoins dans le détail les résultats relevés ici et les résultats de la présente étude, dans la partie de discussion des résultats. Nous annoncerons parfois ces liens dans les points d'étape. Loin de s'opposer, nos résultats et ceux des études présentées ici nous semblent au contraire complémentaires. Nous apporterons par exemple des éléments de réponse à l'observation de liens des causes à effet et de retournements entre les réactions aux différentes étapes de la procédure de dépistage, par l'exploitation des conclusions freudiennes relatives à la fonction de l'angoisse dans la psyché.

Nous pouvons constater par ailleurs que ces études sont principalement mises en place dans une volonté d'évaluation de l'efficacité des procédures de dépistage. Il s'agit donc principalement, en ce qui concerne les études psychologiques, de s'assurer que les procédures de dépistage n'entraînent pas des effets délétères pour les personnes – ou tout du moins, n'entraînent pas plus de préjudices que de bénéfices. Ces recherches, principalement étasuniennes, sont dominées par un abord quantitatif – mesures d'anxiété, de dépression, de qualité de vie liée à la santé... – ou qualitatif avec orientation cognitiviste – étude de composantes comme le risque perçu, les distorsions cognitives, les effets sur les comportements, etc. Les études qualitatives visent à orienter l'établissement d'outils de mesure spécifiques. Ces outils de mesure sont exploités dans les études quantitatives et permettent l'obtention de résultats concernant des milliers de personnes. Ces résultats sont synthétisés dans des revues qui sont étudiées par les autorités sanitaires pour évaluer l'intérêt des procédures de dépistage. Ces résultats sont à ce jour jugés insuffisants ou pas assez précis, et ne permettent pas d'atteindre un suffisant niveau de preuves.

Ces observations nous semblent devoir être prises en compte en ce qui concerne les possibilités d'exploitation des résultats de cette recherche, et les objectifs poursuivis par ce biais.

.....

4.2. L'étude de la balance coût-efficacité

L'HAS, dans le rapport de 2021 étudiant de nouveau – après la tentative de 2016 – la pertinence d'un programme de dépistage par LDCT en France, rappelle la nécessité de mise en place d'une balance « coût-efficacité ». Il s'agit alors « d'évaluer la réduction de la mortalité, les gains en QALY (prenant en compte le surdiagnostic, le surtraitement des patients selon l'intervalle de temps entre les scanners, la stratégie de gestion des nodules et le taux de participation) »¹⁹⁸. Cette dimension n'est pas développée dans le rapport français qui met l'accent sur l'évaluation de la performance et de l'efficacité du dépistage en matière de réduction de la mortalité spécifique. Elle l'a néanmoins été pour d'autres dépistages actuellement implémentés en France, et l'HAS invite à la prendre en compte dans le programme pilote qui évaluera différents scénarios possibles de dépistage par LDCT au sein du système de santé français.

L'étude de l'efficacité d'un dispositif de dépistage nécessite que soit évaluée « l'acceptabilité de la population cible (freins à la participation notamment pour les personnes vulnérables) et les actions pour améliorer la participation de façon à favoriser l'adhésion de la population éligible »¹⁹⁹. En effet, l'efficacité de la démarche au niveau collectif dépend tant du taux de participation initial, que du taux d'adhésion aux contrôles répétés en cas de résultat négatif, ou encore du taux de surveillance des nodules. Dans de nombreux cas, un diagnostic de cancer ne peut être posé lors du premier scanner mais ne sera posé qu'après un ou plusieurs scanners de contrôle²⁰⁰. Lam et al. indiquent que l'importante efficacité du dépistage en matière de réduction de la mortalité est dans les essais cliniques liée à l'important taux d'observance du suivi, qui pourrait ne pas demeurer si haut hors cadre d'essai clinique. Il a été montré – soit aux Etats-Unis pour le dépistage par LDCT soit en France pour d'autres dépistages – que les taux de participation ou d'observance hors contexte d'essais cliniques étaient inférieurs aux taux requis pour réaliser les objectifs relatifs à la réduction de la mortalité.

Des études sont donc mises en place dans ce cadre – aux Etats-Unis concernant le dépistage par LDCT, en France concernant d'autres dépistages²⁰¹ – afin d'évaluer les freins et barrières des individus éligibles aux procédures de dépistage. « La prise de conscience, la participation et l'adhésion (aux cycles de dépistage successifs) déterminent l'impact global de l'intervention en garantissant que le plus grand nombre possible de personnes à risque sont soumises à un dépistage régulier et ont donc le plus de chances d'en bénéficier »²⁰².

¹⁹⁸ HAS (Haute Autorité de Santé), *Dépistage du cancer bronchopulmonaire par scanner thoracique faible dose sans injection : Actualisation de l'avis de 2016, op. cit.*, p. 77.

¹⁹⁹ *Ibid.*, p. 78.

²⁰⁰ A.C.L. Lam et al., « Predictors of participant nonadherence in lung cancer screening programs: a systematic review and meta-analysis », *Lung Cancer*, 2020, vol. 146, p. 134-144.

²⁰¹ Morgiane Bridou, *Etude des principaux freins et leviers psychologiques envers l'examen de dépistage du cancer colorectal : Le rôle particulier de l'anxiété envers la santé dans l'adoption de cette démarche*, Thèse de doctorat, Université François-Rabelais, Tours, 2012.

²⁰² D. R. Baldwin, K. Brain et S. Quaife, « Participation in lung cancer screening », *Translational Lung Cancer Research*, 2021, vol. 10, n° 2, p. 1091-1098.

Trois types d'études ont été repérés : d'une part, des études rétrospectives visant à analyser les caractéristiques socio-démographiques des personnes participant au dépistage en les comparant à la population générale éligible ; d'autre part, des études par questionnaires visant à enquêter sur les croyances des personnes éligibles ; enfin, des études qualitatives visant à étudier les croyances et connaissances des personnes éligibles ou à cerner les raisons amenant les personnes à refuser, à accepter, ou à abandonner le dépistage et la surveillance des nodules. Sont également mises en place des études, par questionnaires ou qualitatives, visant à étudier les connaissances, croyances et éventuelles réticences des professionnels de santé, dans la mesure où la participation de la population au dépistage en dépend également.

Nous avons identifié trois revues de littérature synthétisant les résultats des études analysant les caractéristiques sociodémographiques des personnes qui ont participé à des dépistages par LDCT. La première revue²⁰³ s'intéresse aux caractéristiques des personnes qui se sont engagées dans le programme de dépistage en première intention, les deux autres revues²⁰⁴ comparent les caractéristiques des personnes qui ont adhéré et celles des personnes qui ont abandonné le suivi de surveillance du nodule. Schütte et al. repèrent que les participants les plus représentés dans les programmes de dépistage sont : les personnes qui ont un statut socioéconomique supérieur et les hommes, par rapport aux personnes plus défavorisées et aux femmes. Ils indiquent néanmoins que ces différences pourraient être expliquées par les contextes d'inclusion des personnes dans les programmes de dépistage – la plupart des données ayant été recueillies dans un contexte d'essai clinique. Des deux revues suivantes, l'une²⁰⁵ se concentre uniquement sur les données hors essai clinique, l'autre²⁰⁶ inclue également les données issues des essais clinique. Un taux global de non-observance de 28% est observé, Lopez-Olivo et al. confirmant par ailleurs une observance plus importante dans les essais cliniques. La non-observance était plus importante chez les personnes : 1/ les plus jeunes ou les plus âgées (moins de 60 ou plus de 74 ans) ; 2/ les moins instruites ; 3/ fumant actuellement par rapport aux personnes sevrées ; 4/ non-caucasiennes ; 5/ ayant un faible risque de cancer perçu ; 6/ devant parcourir les distances les plus importantes. Une différence n'est pas repérée entre les hommes et les femmes. Les appels ou lettres de rappels, et les unités de dépistage mobiles sont des facteurs réduisant la non-observance. Le but de ces études est d'identifier les personnes réfractaires afin de cibler les interventions ciblées/adaptées aux sous-groupes ayant les taux d'observance les plus faibles.

Nous avons par ailleurs identifié un grand nombre d'études descriptives proposant des questionnaires – par téléphone ou internet – à des groupes allant de quelques dizaines à plusieurs

²⁰³ S. Schütte et al., « Participation in lung cancer screening programs: are there gender and social differences? A systematic review », *Public Health Reviews*, 2018, vol. 39, n° 23.

²⁰⁴ M.A. Lopez-Olivo et al., « Patient Adherence to Screening for Lung Cancer in the US: A Systematic Review and Meta-analysis », *JAMA Network Open*, 2020, vol. 3, n° 11, p. e202510 ; A.C.L. Lam et al., « Predictors of participant nonadherence in lung cancer screening programs », art cit.

²⁰⁵ M.A. Lopez-Olivo et al., « Patient Adherence to Screening for Lung Cancer in the US », art cit.

²⁰⁶ A.C.L. Lam et al., « Predictors of participant nonadherence in lung cancer screening programs », art cit.

milliers de personnes. Nous n'en citons que quelques-unes en exemple²⁰⁷. Ces études ont lieu avec des groupes de personnes représentatifs de la population éligible. Elles s'intéressent à différents critères : les facteurs sociodémographiques ; les antécédents de tabagisme ; le risque perçu de cancer ; les croyances et connaissances sur le cancer du poumon ; les connaissances sur le dépistage ; l'intérêt/les réticences à utiliser le dépistage ; les effets attendus du dépistage. Les différentes variables sont étudiées statistiquement, par analyse par régression linéaire multiple, ce qui permet l'émergence de corrélations et permet des comparaisons entre les différentes sous-populations. Des études similaires sont organisées avec les professionnels de santé²⁰⁸. Elles s'intéressent : aux connaissances des professionnels de santé vis-à-vis du dépistage LDCT (critères d'inclusion, recommandations, etc.) ; aux opinions ; aux pratiques et prescriptions. Elles ont pour but de mieux identifier les obstacles et facilitateurs à son implémentation.

Nous avons également identifié 11 études qualitatives s'inscrivant dans ces mêmes visées. Cinq d'entre elles étudient : les croyances et connaissances des fumeurs sur le cancer du poumon et ses facteurs de risque associés ; la perception du risque perçu de cancer du poumon ; les perceptions et opinions à propos du dépistage par LDCT et sa mise en œuvre. Quatre autres s'intéressent : aux raisons menant à la décision de participer ou de ne pas participer au dépistage ; aux raisons de non-observance des recommandations de suivi ; à l'acceptabilité des méthodes de dépistage. Parmi ces 9 études, certaines se concentrent sur une sous-population en particulier, par exemple en fonction de la situation tabagique ou du statut socio-économique. Trois études abordent par ailleurs : les points de vue et perspectives des professionnels de la santé sur le cancer du poumon et son dépistage ; la préparation des professionnels et leurs connaissances ; leur volonté d'être impliqués dans les programmes.

Les détails de ces études et leurs résultats principaux sont exposés dans le tableau 4.

²⁰⁷ N.T. Tanner et al., « Attitudes and Beliefs Toward Lung Cancer Screening Among US Veterans », *Chest*, 2013, vol. 144, n° 6, p. 1783-1787 ; S.E. Smits et al., « Attitudes towards lung cancer screening in a population sample », *Health Expectations : An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 2018, vol. 21, n° 6, p. 1150-1158 ; G.A. Silvestri et al., « Attitudes towards screening for lung cancer among smokers and their non-smoking counterparts », *Thorax*, 2007, vol. 62, n° 2, p. 126-130 ; S. Jonnalagadda et al., « Beliefs and attitudes about lung cancer screening among smokers », *Lung Cancer*, 2012, vol. 77, n° 3, p. 526-531 ; Janine K. Cataldo, « High-risk older smokers' perceptions, attitudes, and beliefs about lung cancer screening », *Cancer Medicine*, 2016, vol. 5, n° 4, p. 753-759.

²⁰⁸ M. Khairy et al., « An Analysis of Lung Cancer Screening Beliefs and Practice Patterns for Community Providers Compared to Academic Providers », *Cancer Control*, 2018, vol. 25, n° 1, p. 1073274818806900 ; M. Triplette et al., « An Assessment of Primary Care and Pulmonary Provider Perspectives on Lung Cancer Screening », *Annals of the American Thoracic Society*, 2018, vol. 15, n° 1, p. 69-75 ; L.M. Henderson et al., « Opinions, practice patterns, and perceived barriers to lung cancer screening among attending and resident primary care physicians », *Risk Management and Healthcare Policy*, 2018, vol. 10, p. 189-195 ; D.J. Raz et al., « Perceptions and Utilization of Lung Cancer Screening Among Primary Care Physicians », *Journal of Thoracic Oncology*, 2016, vol. 11, n° 11, p. 1856-1862.

Tableau 4			
Caractéristiques des études évaluant les freins et barrières à la participation			
Auteur	Année	Population	Catégories
	Thème à l'étude	Cohorte	
Carter-Harris et al. ²⁰⁹	2017	Fumeurs de longue date	1) Connaissances du dépistage, 2) Pourquoi devrait-on se faire dépister? 3) Bénéfices perçus du dépistage, 4) Barrières perçues du dépistage
	Croyances et connaissances sur le dépistage	26	
Gressard et al. ²¹⁰	2017	Fumeurs dépistés	1) Tentatives d'arrêt du tabagisme, raisons de rechute, 2) Perception et expérience du dépistage, 3) LDCT, 4) Désir de continuer la surveillance, 5) Barrières
	Perceptions du dépistage	105	
Kanodra et al. ²¹¹	2016	Praticiens et patients	1) Approches du dépistage des médecins généralistes, 2) Les préférences de dépistage des patients, 3) Suggestions pour améliorer la décision informée
	Perspectives sur le dépistage	13 28	
Quaife et al. ²¹²	2014	Fumeurs Milieu défavorisé	1) Bénéfices : réassurance, intérêt pour la détection précoce, mettre ses affaires en ordre, 2) Barrières : arriver trop tard, fatalisme, inquiétude vis-à-vis des traitements
	Attitudes envers le dépistage	21	
Margariti et al. ²¹³	2020	Professionnels de santé	1) Connaissances et compréhension du dépistage, 2) Optimisme et pessimisme, 3) Implications pour les recommandations, modélisation du risque
	Perspectives sur le dépistage	16	
Rodríguez-Rabassa et al. ²¹⁴	2020	Médecins et patients	1) Individus à haut risque, 2) Médecins généralistes
	Perceptions et barrières envers le dépistage	30 47	

²⁰⁹ L. Carter-Harris et al., « Lung cancer screening: what do long-term smokers know and believe? », *Health Expectations*, 2017, vol. 20, n° 1, p. 59-68.

²¹⁰ L. Gressard et al., « A qualitative analysis of smokers' perceptions about lung cancer screening », *BMC Public Health*, 2017, vol. 17, n° 1, p. 589.

²¹¹ N.M. Kanodra et al., « Primary Care Provider and Patient Perspectives on Lung Cancer Screening. A Qualitative Study », *Annals of the American Thoracic Society*, 2016, vol. 13, n° 11, p. 1977-1982.

²¹² S.L. Quaife et al., « Attitudes towards lung cancer screening within socioeconomically deprived and heavy smoking communities: a qualitative study », *The Lancet*, 2014, vol. 384.

²¹³ C. Margariti et al., « Healthcare professionals' perspectives on lung cancer screening in the UK: a qualitative study », *BJGP Open*, 2020, vol. 4, n° 3.

²¹⁴ M.S. Rodríguez-Rabassa et al., « Perceptions of and Barriers to Lung Cancer Screening Among Physicians in Puerto Rico: A Qualitative Study », *Journal of health care for the poor and underserved*, 2020, vol. 31, n° 2, p. 973-991.

Carter-Harris et al. ²¹⁵	2017	Personnes non observantes	1) Evitement du savoir/des connaissances, 2) Faible valeur du dépistage perçue, 3) Crainte des faux-positifs, 4) Barrières pratiques, 5) Perceptions ou compréhension erronées
	Raisons de non observance	18	
Draucker et al. ²¹⁶	2019	Patients éligibles au dépistage	1) Intention de ne pas se faire dépister, 2) Pas de décision définitive, en réflexion, 3) Pas de réflexions mais ouvert au dépistage, 4) Intention de dépister, 5) Dépisté
	Raisons de participer ou non au dépistage	40	
Patel et al. ²¹⁷	2012	Participants et refusants essai	1) Acceptabilité des méthodes de dépistage, 2) Motivation à participer, 3) Barrières à la participation, 4) Prendre une décision, 5) Typologie des refusants
	Attitudes envers la participation au dépistage	60	
Roth et al. ²¹⁸	2018	Personnes dépistées	1) Confiance en le clinicien, 2) Bénéfices de la détection précoce, 3) Faibles préjugés, 4) Famille ou amis atteints de cancers du poumon
	Motivations pour participer au dépistage	20	

Plutôt que de rapporter successivement les résultats de ces études, nous avons choisi de les présenter synthétiquement, grâce aux travaux de trois groupes d'auteurs : Baldwin et al.²¹⁹, Carter-Harris et al.²²⁰, Reihani et al.²²¹ Dans ces articles, les auteurs se basent à la fois sur la littérature théorique et empirique (études descriptives et qualitatives) étudiant spécifiquement la participation au dépistage par LDCT du cancer bronchopulmonaire, et sur des modélisations réalisées pour d'autres dépistages des cancers, à ce jour mieux connus. D'une part, il est suggéré que certaines variables pourraient avoir pour les différents dépistages des associations similaires. Mais d'autre part, il est rappelé que les personnes éligibles à un dépistage du cancer bronchopulmonaire représentent une population particulière et unique, distincte des populations visées par les autres dépistages, et notamment du fait de leur tabagisme. Carter-Harris et al.,

²¹⁵ L. Carter-Harris et al., « A qualitative study exploring why individuals opt out of lung cancer screening », *Family Practice*, 2017, vol. 34, n° 2, p. 239-244.

²¹⁶ C.B. Draucker et al., « Understanding the decision to screen for lung cancer or not: A qualitative analysis », *Health Expectations*, 2019, vol. 22, n° 6, p. 1314-1321.

²¹⁷ D. Patel et al., « Attitudes to participation in a lung cancer screening trial: a qualitative study », *Thorax*, 2012, vol. 67, n° 5, p. 418-425.

²¹⁸ J.A. Roth et al., « A qualitative study exploring patient motivations for screening for lung cancer », *PLoS ONE*, 2018, vol. 13, 7 e0196758.

²¹⁹ D.R. Baldwin, K. Brain et S. Quaipe, « Participation in lung cancer screening », art cit.

²²⁰ L. Carter-Harris, L.L. Davis et S.M. Rawl, « Lung Cancer Screening Participation: Developing a Conceptual Model to Guide Research », *Research and Theory for Nursing Practice*, 2016, vol. 30, n° 4, p. 333-352.

²²¹ A.R. Reihani et al., « Barriers and facilitators to lung cancer screening in the United States: A systematic review of the qualitative literature », *Journal of Health and Social Sciences*, 2021, vol. 6, n° 3, p. 333-348.

notamment, mettent en place un modèle conceptuel liant les variables psychologiques uniques à celles plus classiquement prises en compte dans le Health Belief Model. Ils entendent grâce à cela cadrer la compréhension des raisons et variables impliquées dans la volonté et décision de participer au dépistage, de ne pas y participer, et de continuer ou non à s'y engager. Le Health Belief Model prend également en compte les composantes du processus de décision, auxquelles nous reviendrons dans la section suivante.

Carter-Harris et al. identifient des variables cognitives prédictives de la décision. Les connaissances sur le cancer du poumon et les connaissances sur le dépistage peuvent influencer la participation, une connaissance des lignes directrices de ces deux domaines en étant un fort prédicteur, l'absence en étant à l'inverse un obstacle majeur. Par ailleurs, d'autres variables identifiées concernent les croyances sur : le risque perçu – croyance dans la probabilité de développer un cancer – ; les avantages perçus – perception du bénéfice potentiel attendu du plan de traitement, tranquillité d'esprit ou aide à la motivation au sevrage tabagique – ; les obstacles perçus – croyances quant au coût tangible et psychologique – ; et l'auto-efficacité – confiance qu'ont les individus dans leur capacité d'accomplir les tâches liées à l'organisation et réalisation du dépistage. L'auto-efficacité a également été envisagée du point de vue du prestataire de soin, les professionnels de santé qui se sentent plus en confiance et capables vis-à-vis du dépistage étant plus enclins à le proposer à leurs patients.

Les auteurs relèvent également des variables psychologiques. Le fait d'être fumeur était associé à des sentiments de stigmatisation perçue, à de la méfiance médicale, ou à de la peur, de l'inquiétude, du fatalisme vis-à-vis du cancer du poumon. Ces différentes composantes sont négativement associées à la participation au dépistage. La stigmatisation perçue s'accompagne de la crainte d'être blâmé par les autres qui croiraient que la maladie est auto-infligée. La méfiance médicale s'exprime par une absence de confiance vis-à-vis du système de soins, du gouvernement et de l'industrie du tabac, et des incertitudes quant à l'efficacité et la valeur du dépistage. Enfin, la croyance qu'un diagnostic du poumon entraînera la mort, ou l'inquiétude ou la peur des conséquences d'un cancer du poumon pour la vie de la personne, tendent à rendre les personnes réfractaires au dépistage.

Des caractéristiques démographiques sont également corrélées à la participation au dépistage, comme nous l'avons précédemment évoqué. Par ailleurs, le statut tabagique et les antécédents familiaux de cancer du poumon semblent peser dans la décision de se faire tester. Les études se contredisent lorsqu'il s'agit de déterminer qui, des fumeurs ou des anciens fumeurs, sont les plus enclins à se faire tester, certaines études identifiant une participation accrue chez les fumeurs, d'autres chez les non-fumeurs. Une étude indique que des antécédents de cancer du poumon dans la famille sont positivement associés à la volonté de participer au dépistage. Les variables sociales et environnementales font référence aux éléments de la communauté d'un individu susceptibles d'influencer son comportement. Plusieurs études ont montré, par rapport à d'autres dépistages, que l'étude de l'environnement social de la personne permettait de prédire son intention de se faire dépister. Est également prise en compte l'influence potentielle de l'exposition aux campagnes médiatiques de masse. Il a été montré, vis-à-vis d'autres dépistages, que

l'exposition individuelle aux médias pouvait modérer les effets négatifs du statut socioéconomique et de la peur du cancer vis-à-vis de l'engagement dans un plan de dépistage.

Les auteurs incluent ces différentes variables dans des modèles de prise de décision. Le modèle de processus d'adoption de précaution (« Precaution adoption process model », PPAM), classe les personnes qui adoptent des comportements de protection de la santé en fonction de leur stade de prise de décision. « Les personnes au stade I ne sont pas conscientes d'un problème. Les personnes au stade II sont conscientes du problème mais ne s'y intéressent pas. Les personnes au stade III ne sont pas décidées à agir, tandis que celles au stade IV ont décidé de ne pas agir. Les personnes au stade V ont décidé d'agir à un moment donné dans un avenir proche. Les personnes au stade VI sont en train d'agir, et celles au stade VII sont en phase de maintien. »²²². Ce modèle propose également des stratégies permettant de favoriser, pour les personnes, le passage d'une étape à l'autre. Carter-Harris et al. suggèrent qu'il serait possible d'améliorer le processus de décision partagée en construisant des programmes d'intervention auprès des patients et des prestataires de santé, grâce à une compréhension claire des variables potentiellement modifiables impliquées dans la prise de décision. Baldwin et al.²²³ se réfèrent quant à eux au modèle COM-B (« Capability, Opportunity, Motivation – Behaviour »), évaluant les différentes composantes que sont la capacité, l'opportunité, la motivation, au centre de la « roue du changement de comportement » (« Behaviour Change Wheel », BCW). Il s'agirait alors, pour optimiser les comportements, d'agir sur l'une ou l'autre de ces composantes de la prise de décision. Par rapport à la capacité, il s'agirait par exemple d'identifier les obstacles pratiques liés aux déplacements ou aux comorbidités, grâce à des optimisations organisationnelles réduisant les contraintes des participants potentiels. Concernant la motivation, il s'agirait de minimiser les sentiments de peur, de fatalisme, de stigmatisation, par exemple en améliorant le texte sur les lettres d'invitation au dépistage, en ne faisant pas mention de l'arrêt du tabagisme, etc.

Ces différents auteurs, ainsi que la quasi-totalité des auteurs étudiant ou théorisant sur l'impact psychologique du dépistage ou les facteurs de participation au dépistage, concluent en appuyant sur l'importance d'améliorer et de baser sur des preuves la communication médecin/prestataire-patient. La communication médecin/prestataire-patient doit également être cadrée de manière à assurer la dimension éthique et légale de la proposition et l'adhésion à des procédures de dépistage des cancers.

²²² L. Carter-Harris, L.L. Davis et S.M. Rawl, « Lung Cancer Screening Participation », art cit. (Traduit par DeepL <https://www.deepl.com/fr/translator>)

²²³ D.R. Baldwin, K. Brain et S. Quaipe, « Participation in lung cancer screening », art cit.

Point d'étape

Nous avons ici présenté les études qui s'intéressent aux facteurs de participation au dépistage. Elles visent à comparer les caractéristiques socio-démographiques des personnes qui participent ou qui refusent le dépistage, à cerner les potentiels freins et barrières chez la population éligible, et à identifier les raisons et motivations derrière les comportements des personnes qui participent ou qui refusent le dépistage et la surveillance.

Des variables sociodémographiques, des variables cognitives – connaissances, croyances liées à la santé –, des variables psychologiques – peur, inquiétudes, sentiment de stigmatisation, etc. – sont corrélées à la volonté de se faire dépister ou aux taux de participation. Des variables en lien à l'histoire passée – antécédents de cancer dans la famille –, ou à l'histoire présente des personnes – tabagisme actif ou non, environnement social –, sont également identifiées.

Certains liens sont possibles entre les résultats de ces études et ceux de notre recherche, bien qu'un évident biais de recrutement ne nous permette pas d'étudier spécifiquement les facteurs de participation : les participants à notre recherche ont tous accepté de participer, non seulement à l'étude de dépistage mais également à l'étude psychologique. Nous aurons néanmoins l'occasion de formuler des hypothèses en ce qui concerne les raisons de participer des personnes, quant à leurs attentes et la manière dont elles se saisissent de l'expérience. Un résultat étant apparu dès le début de notre recherche et concordant avec les résultats des différentes études exposées dans cette section, est l'importance des expériences passées du participant au dépistage, de son histoire et de son fonctionnement psychique pour expliquer la façon dont il s'engage dans les procédures médicales. Nos résultats pourraient donc participer d'une approche compréhensive des liens entre les différentes variables identifiées, impliquées dans le choix de participer et de s'impliquer ou non dans une éventuelle surveillance. Nous formulerons dans la partie discussion de cette thèse, quelques hypothèses permettant d'expliquer certains des résultats issus de ces études.

Au-delà d'une dimension descriptive, ces recherches poursuivent le but d'augmenter les taux de participation aux programmes de dépistage, dans la mesure où du taux de participation dépend l'efficacité de la procédure d'un point de vue collectif. Nous pensons qu'il faille à minima faire preuve de la plus grande prudence lorsque les résultats des études psychologiques sont utilisés de manière à agir sur les comportements, que cela se passe par le biais de la communication de masse ou par le biais de la communication médecin-patient. Cela amène à s'interroger sur les possibilités d'exploitation des résultats de la présente étude, et les buts poursuivis par ce biais.

4.3. Recommandations pour le respect des exigences éthiques

Les rapports de 2016 et de 2021 rappellent que l'évaluation complète d'une procédure de dépistage nécessite une prise en compte des dimensions éthique, organisationnelle et sociale. Concernant l'expérience des individus, cela concerne principalement les modalités de communication engagées avec les patients : communication de masse, par lettres/appels téléphoniques, entre le prestataire de soins et le patient, ou encore les modalités organisationnelles – distance des centres de dépistage, coût et organisation du plan de suivi, etc. Nous nous concentrons ici exclusivement sur les échanges engagés entre le médecin et le patient.

4.3.1. Cadre éthique et modèles de communication

Comme pour toute procédure médicale, le cadre légal en ce qui concerne la communication doit être respecté. A la fin des années 1990 et dans le sillage du mouvement consumériste, les associations de patient s'impliquent de plus en plus dans le champ de la santé. « La relation médecin-patient, nous dit Minh Buisson, s'en trouve bouleversée »²²⁴. Le droit du patient à être considéré comme un individu autonome apparaît dans les textes déontologiques et de bioéthique, dans les recommandations des autorités de santé et dans les écrits législatifs, ainsi que son droit à s'informer, à critiquer et à participer aux décisions médicales. Les articles L1111-2 et L1111-4 du code de santé publique stipulent : « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. [...] Il est tenu compte de la volonté de la personne de bénéficier de l'une de ces formes de prise en charge. »²²⁵ ; « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. [...] Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. [...] Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment »²²⁶.

Au-delà du cadre légal, des considérations éthiques visent à assurer les principes d'autonomie, de bienveillance et de non-malveillance et guident les recommandations portant sur la communication médecin-patient, en général et spécifiquement dans le cadre du dépistage.

Des études sociologiques s'intéressent dès les années 1950 à l'évolution de la relation médecin-patient. Plusieurs modèles de relation sont définis, par exemple par Thomas S. Szasz et Marc H. Hollander en 1956 qui opposent les modèles actif-passif, guide-coopération et de

²²⁴ Minh Buisson, *Décision médicale partagée : observation des pratiques de dépistage du cancer de la prostate en médecine générale*, Thèse d'exercice, Université de Nantes, Nantes, 2010, p. 5.

²²⁵ Code de la Santé Publique - Article L1111-2

²²⁶ Code de la Santé Publique - Article L1111-4

participation mutuelle²²⁷. En 1992, Ezekiel J. Emanuel et Linda L. Emanuel²²⁸ introduisent dans ces discussions les notions d'autonomie du patient, de valeurs personnelles ayant le potentiel d'influer sur la décision médicale. Ils définissent quatre modèles : paternaliste, informatif, interprétatif et délibératif. Selon Buisson²²⁹, de cette modélisation des modes de décision sont issus les modèles qui sont encore classiquement retenus aujourd'hui : le modèle paternaliste, le modèle informatif et le modèle de la décision partagée. Dans le modèle paternaliste, le patient est passif et le médecin actif. Ce dernier prend un rôle d'expert qui détermine pour le bien du patient quelles investigations mener et quels traitements prescrire. La décision est donc centrée sur la maladie, le patient y joue un rôle mineur. Dans le modèle informatif, à l'inverse, le patient est considéré comme entièrement maître de ses choix. Il connaît ses valeurs et ses préférences, et le médecin lui fournit ce qui lui manque – l'information médicale – pour qu'il puisse prendre sa décision. On parlera alors de « décision informée ». Alors que le « consentement éclairé » répond à une logique légale, permettant de s'assurer que rien n'ait été réalisé sans l'accord de la personne, la « décision informée » répond à une logique éthique et implique que le choix soit effectué par la personne. Le modèle de la décision partagée se situe entre ces deux modèles, paternaliste et informatif, et implique un partage de la décision entre le médecin et le patient. Ce modèle centré sur le patient prévoit que les informations circulent à la fois du médecin vers le patient – informations médicales et recommandations –, et du patient vers le médecin – valeurs, préférences, craintes, etc. La définition la plus communément admise du modèle de la décision partagée est celle de Cathy Charles²³⁰. Le patient peut alors définir la place qu'il souhaite prendre dans la décision, entièrement s'y engager ou plutôt se reposer sur le professionnel de santé.

Ces modèles de communication s'appliquent différemment en fonction du contexte. Ainsi il est communément admis que le modèle paternaliste est toujours de vigueur dans les situations d'urgence. Concernant le dépistage, différentes recommandations sont émises en fonction des situations, qui s'inscrivent sur un continuum allant du modèle paternaliste au modèle de la décision partagée. Dans ce contexte, sont retrouvés dans la littérature des textes théoriques qui modélisent et recommandent différents modèles de communication en fonction des situations, ou qui produisent des guides et des aides à l'implémentation des modèles de communication.

Des études empiriques sont également mises en place. Elles visent à : étudier la pratique des médecins, soit en contexte clinique soit dans un contexte contrôlé avec application de recommandations²³¹ ; étudier les barrières et facilitateurs des différents modèles de discussion du

²²⁷ Thomas S. Szasz et Marc H. Hollender, « A contribution to the philosophy of medicine; the basic models of the doctor-patient relationship », *A.M.A. Archives of Internal Medicine*, 1956, vol. 97, n° 5, p. 585-592.

²²⁸ Ezekiel J. Emanuel et Linda L. Emanuel, « Four models of the physician-patient relationship », *JAMA*, 1992, vol. 267, n° 16, p. 2221-2226.

²²⁹ M. Buisson, *Décision médicale partagée, op. cit.*

²³⁰ C. Charles, A. Gafni et T. Whelan, « Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango) », *Social Science & Medicine* (1982), 1997, vol. 44, n° 5, p. 681-692.

²³¹ A.T. Brenner et al., « Evaluating Shared Decision Making for Lung Cancer Screening », *JAMA Internal Medicine*, 2018, vol. 178, n° 10, p. 1311-1316.

côté du patient comme du côté du prestataire de santé²³² ; étudier les besoins et envies des personnes à qui sont proposés des dépistages²³³ ; étudier leurs réactions à la communication avec les médecins, c'est-à-dire les effets de la communication (par exemple, sur le niveau de compréhension et de connaissances, sur la décision en elle-même, sur le risque de cancer perçu, sur l'anxiété ou la qualité de vie liée à la santé, etc.)²³⁴ ; évaluer les outils visant à faciliter l'implémentation des modèles de communication²³⁵. Nous nous contenterons ici de dégager les principales recommandations et les barrières à leur application, en France pour les autres dépistages et à l'étranger pour le dépistage par LDCT.

4.3.2. Les méthodes de dépistage consensuelles

Les recommandations en communication ne sont pas les mêmes selon que la procédure visée est considérée consensuelle ou non au vu des preuves dégagées par les études empiriques. L'US Preventive Task Force distingue ainsi six niveaux de confiance des procédures médicales, allant de A : « Il existe de bonnes preuves à l'appui de la recommandation selon laquelle la condition doit être spécifiquement prise en compte dans le cadre d'un examen médical périodique » à E : « Il existe de bonnes preuves à l'appui de la recommandation selon laquelle la condition doit être exclue de l'examen périodique de santé »²³⁶. Les dépistages qui obtiennent un large consensus en France sont les dépistages du cancer du sein et du cancer colorectal, ou le dépistage du cancer du col de l'utérus. Les différents rapports éthiques réalisés pour le cancer du sein²³⁷ et le cancer colorectal²³⁸ font mention de la communication médecin-patient.

Les conseils sont orientés sur l'information des patients. Il est indiqué dans le rapport portant sur le dépistage par mammographie²³⁹, qu'au-delà du recueil du consentement, c'est la manière d'éclairer le patient qui constitue l'enjeu éthique et de responsabilité. Les professionnels de santé sont invités à reconnaître le fait que les personnes ont leurs propres visions de leur corps, de leur vie et de leurs choix, qu'ils ont leurs propres codes et valeurs. L'autonomie doit être prise en compte et en cela les recommandations se rapprochent du modèle informatif. Une telle

²³² M. Lowenstein et al., « Real-world lung cancer screening decision-making: Barriers and facilitators », *Lung Cancer*, 2019, vol. 133, p. 32-37.

²³³ R.S. Wiener et al., « Patient and Clinician Perspectives on Shared Decision-making in Early Adopting Lung Cancer Screening Programs: a Qualitative Study », *Journal of General Internal Medicine*, 2018, vol. 33, n° 7, p. 1035-1042.

²³⁴ S. E. Golden et al., « "I'm Putting My Trust in Their Hands": A Qualitative Study of Patients' Views on Clinician Initial Communication About Lung Cancer Screening », *Chest*, 2020, vol. 158, n° 3, p. 1260-1267.

²³⁵ P.K.J. Han et al., « Effects of Personalized Risk Information on Patients Referred for Lung Cancer Screening with Low-Dose CT », *Medical Decision Making*, 2019, vol. 39, n° 8, p. 950-961.

²³⁶ S.L. Sheridan et al., « Shared decision making about screening and chemoprevention. a suggested approach from the U.S. Preventive Services Task Force », *American Journal of Preventive Medicine*, 2004, vol. 26, n° 1, p. 56-66. (Traduit par Deepl <https://www.deepl.com/fr/translator>)

²³⁷ INCa (Institut National du Cancer), *Ethique et dépistage organisé du cancer du sein en France. Rapport du Groupe de réflexion sur l'éthique du dépistage (GRED)*, Boulogne-Billancourt, 2012.

²³⁸ INCa (Institut National du Cancer), GRED, *Ethique et dépistage organisé du cancer colorectal - Analyse du dispositif français, op. cit.*

²³⁹ INCa (Institut National du Cancer), *Ethique et dépistage organisé du cancer du sein en France. Rapport du Groupe de réflexion sur l'éthique du dépistage (GRED), op. cit.*

information doit intégrer les limites de la médecine dans son discours. Mais le patient n'est ici pas laissé seul avec son choix, dans le sens où l'information a pour but explicite de le faire changer de comportement, de manière que la personne participe au dépistage. Il s'agit alors de « convaincre sans contraindre », et en cela les recommandations se rapprochent également du modèle paternaliste, sans se confondre avec lui. Le but de la communication n'est pas seulement de fournir une information, mais de participer de l'instruction des personnes éligibles au dépistage. La personne doit alors comprendre les informations transmises et entrer dans une logique de codécision avec le médecin qui a une position d'expert et recommande une procédure validée scientifiquement. « Le rôle d'un professionnel de santé n'est alors pas d'être le relais de la communication institutionnelle mais de répondre aux obligations d'une information juste et éclairante pour les patient[e]s tout en étant en cohérence avec l'information institutionnelle »²⁴⁰.

Le rapport dresse la liste des sujets à aborder. Doivent être mentionnés les bénéfices, risques et incertitudes de la procédure. Les données actuelles de la science doivent être présentées, en précisant ce qui est connu et les zones d'incertitude existant. Il s'agit de ne pas laisser croire en la toute-puissance de la démarche médicale, et de rappeler l'existence des faux-positifs, des faux-négatifs, du surdiagnostic, du surtraitement, des cancers radio-induits et des cancers de l'intervalle. Les indications du dépistage devraient également être mentionnées, c'est-à-dire les critères de participation, les facteurs de risque personnel. Les alternatives, y compris celle de ne rien faire, devraient être considérées, les avantages et les inconvénients des alternatives étant également mentionnés. La démarche devrait être replacée dans le contexte de santé publique dans lequel elle s'inscrit, de manière que les participants comprennent le potentiel bénéfique populationnel et non seulement individuel. Le plan de traitement doit également être présenté, c'est-à-dire la nécessité de renouveler le dépistage tous les deux ans, ou les suites possibles en cas de découverte d'un nodule. Il est recommandé d'insister sur la nécessité de participer à toutes les étapes pour obtenir un résultat final correct. Le patient doit également être informé de son droit à refuser, refus qu'il peut opposer au moment de la consultation initiale ou à tout moment.

Ces diverses recommandations ne sont pas sans soulever un certain nombre de critiques et barrières à l'implémentation. Giordano et al.²⁴¹, Carryn M. Anderson et James M. Nottingham²⁴², ainsi que Joan Austoker²⁴³, parmi d'autres, pointent les barrières à l'implémentation voire les arguments contre ce mode de présentation de l'information. La présentation des risques et effets négatifs est parfois considérée comme une cause de réduction des taux de participation, pour des procédures qui recueillent un consensus dans la communauté scientifique. Certaines autorités de santé sont dès lors réfractaires à produire de telles recommandations, qui pourraient réduire le

²⁴⁰ *Ibid.*, p. 51.

²⁴¹ L. Giordano et al., « Improving the quality of communication in organised cervical cancer screening programmes », *Patient Education and Counseling*, 2008, vol. 72, n° 1, p. 130-136.

²⁴² Carryn M. Anderson et James M. Nottingham, « Bridging the knowledge gap and communicating uncertainties for informed consent in cervical cytology screening; we need unbiased information and a culture change », *Cytopathology: Official Journal of the British Society for Clinical Cytology*, 1999, vol. 10, n° 4, p. 221-228.

²⁴³ Joan Austoker, « Gaining informed consent for screening. Is difficult-but many misconceptions need to be undone », *BMJ (Clinical research ed.)*, 1999, vol. 319, n° 7212, p. 722-723.

bénéfice de la population, voire creuser les injustices dans la mesure où la baisse des taux de participation touche généralement en premier les milieux les plus défavorisés.

Par ailleurs, les informations sont jugées complexes à comprendre pour les personnes. Emanuel et Emanuel²⁴⁴, déjà en 1991, critiquaient le modèle informatif dans la mesure où ils y voyaient une déshumanisation, une conséquence de l'hyperspécialisation de la médecine, les médecins étant surtout considérés comme des techniciens, les patients comme des calculateurs hyper-rationnels. Par exemple, au cœur de l'information telle qu'elle est préconisée par le rapport éthique du GRED, se trouve la notion d'incertitude scientifique qui se traduit en termes statistiques. Buisson rappelle que la notion de risque est source de nombreux imbroglios. L'utilisation de termes tels que « probable », « fréquent », « rare » sont perçus de manière très variable. L'utilisation de données chiffrées ne résout pas le défi de la communication du risque. L'auteur cite un problème posé à des médecins, portant sur des statistiques du cancer du sein : « La probabilité pour qu'une femme de 40 ans développe un cancer du sein est de 1 pour cent. Si elle a un cancer du sein, la probabilité pour que le résultat d'une mammographie soit positif est de 80 pour cent. Si elle n'a pas de cancer du sein, la probabilité pour que le test soit malgré tout positif est de 10 pour cent. Imaginez qu'un résultat donne un résultat positif : quelle est la probabilité pour que la patiente soit vraiment atteinte d'un cancer sein ? »²⁴⁵. Seul 4 médecins sur 24 fournissent la bonne réponse, dont 2 en suivant un raisonnement erroné. Or, ce sont bien des informations similaires qui devraient, selon les recommandations, être transmises aux patients.

Si des stratégies sont proposées pour faciliter la communication du risque, il reste que ce n'est pas chose aisée. Se posera donc également la question de la formation des médecins qui devraient connaître non seulement les indications, mais également les controverses valables pour toutes les procédures de dépistage.

En pratique, les médecins peuvent souvent manquer de temps pour fournir l'information, l'information n'étant pas pour elle-même valorisée ou prise en compte financièrement : une information plus détaillée implique plus de temps et donc des coûts plus importants.

Anderson et Nottingham relèvent enfin qu'en pratique, en prenant l'exemple du dépistage par frottis du cancer de l'utérus, le frottis est dans une immense majorité des cas prescrit sans information ni décision, le test étant réalisé par défaut suivant les recommandations de santé. Austoker note quant à elle que les controverses scientifiques ne sont jamais mentionnées, que les risques et potentiels effets indésirables sont – sans malice mais au contraire pour ne pas inquiéter les patients – omis ou dissimulés, l'accent étant mis sur les bénéfices. L'éducation à la santé qui tend en théorie vers un modèle informatif, se rapproche donc en pratique d'un modèle paternaliste. Différentes mesures pour répondre à cela sont envisagées par les rapports éthiques. Il s'agit d'une valorisation du temps dédié à l'information, d'une implication plus accrue des professionnels de santé grâce à des modules de formation ou la rédaction de guides de bonne

²⁴⁴ E.J. Emanuel et L.L. Emanuel, « Four models of the physician-patient relationship », art cit.

²⁴⁵ M. Buisson, *Décision médicale partagée, op. cit.*, p. 25.

pratique, de la rédaction de documents informatifs afin que l'information soit transmise par écrit lorsque le temps manque ou lorsque d'autres barrières s'opposent à leur transmission orale.

4.3.3. Les méthodes de dépistage controversés ou non consensuels

Les pratiques préventives controversées sont appelées par Elwyn et al.²⁴⁶, des situations d'« équilibre ». Ce sont des situations dans lesquelles il existe plusieurs options possibles, les différentes options présentant chacune des avantages et des inconvénients qui ne permettent pas de déterminer l'option la plus favorable à la personne. Il s'agit également des procédures pour lesquelles il existe un faible niveau de preuves. Ces situations d'incertitude sont bien différentes des situations consensuelles puisque le médecin ne peut pas baser ses recommandations sur des preuves validées scientifiquement. Concernant les pratiques préventives, il s'agit, dans la nomenclature de la Preventive Task Force, des pratiques de catégorie C : « Il existe peu de preuves concernant l'inclusion de l'affection dans un examen de santé périodique, mais des recommandations peuvent être faites pour d'autres motifs »²⁴⁷. La procédure qui a fait le plus couler d'encre à ce propos, en France comme à l'étranger, est le dépistage du cancer de la prostate par analyse sanguine des PSA. En prenant en compte les faux-positifs, l'évolution naturelle de la maladie, les possibilités de traitement et leurs effets secondaires, il n'a pu être prouvé que le dépistage du cancer de la prostate provoquait plus d'effets positifs que négatifs. Vu le niveau de preuve existant et suivant le positionnement français sur la question, c'est dans cette catégorie qu'entrerait le dépistage du cancer bronchopulmonaire par LDCT. Ces procédures ne sont donc pas massivement proposées mais peuvent l'être au cas par cas.

Ces situations controversées sont considérées, sans ambiguïté aux Etats-Unis et également parfois en France, comme nécessitant un partage de la décision. L'HAS stipule ainsi en 2004 puis en 2010 à propos du dépistage par analyse de PSA : « Lorsque la démarche est envisagée, la décision doit être partagée avec la personne qui consulte. Elle relève de son appréciation individuelle en fonction notamment de son anxiété et de son aversion pour le risque »²⁴⁸. Dans la mesure où la balance bénéfice-risque ne permet pas de trancher, il y aurait une nécessité absolue de prendre en compte les préférences et les valeurs des personnes. Le partage de la décision devrait être favorisé par le médecin qui adopte une attitude proactive et engage systématiquement la discussion. Il est néanmoins intéressant de noter que le document de recommandation rédigé par l'HAS vis-à-vis de la communication dans ce cadre s'intitule : « Éléments d'information des hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuel du cancer de la prostate », et comme

²⁴⁶ G Elwyn et al., « Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. », *The British Journal of General Practice*, 2000, vol. 50, n° 460, p. 892-899.

²⁴⁷ S.L. Sheridan et al., « Shared decision making about screening and chemoprevention. a suggested approach from the U.S. Preventive Services Task Force », art cit. (Traduit par Deepl : <https://www.deepl.com/fr/translator>)

²⁴⁸ ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé), *Éléments d'information des hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuel du cancer de la prostate - Document à l'usage des professionnels de santé. Recommandations*, Saint-Denis La Plaine, 2004, p. 14.

son titre l'indique, ne fait en réalité qu'évoquer le partage de décision pour se concentrer exclusivement sur la description de l'information à transmettre.

Sheridan et al., dans le cadre de l'US Preventive Task Force, définissent ainsi les rôles du patient et du médecin, dans le cadre du partage de la décision. Le patient doit : comprendre le risque ou la gravité de la condition ou maladie à prévenir ; comprendre le service de prévention, incluant les bénéfices, les alternatives et les incertitudes ; peser ses valeurs au regard des bénéfices et préjudices potentiels associés au service ; s'engager dans la prise de décision dans la mesure qu'il souhaite et avec laquelle il se sent confortable. Le rôle du médecin est d'accompagner le patient dans ces différentes tâches et de lui fournir éventuellement les outils nécessaires à cette prise de décision, ainsi que de présenter les biais éventuels qu'il pourrait avoir dans la décision. Ce processus aurait plusieurs avantages : de promouvoir l'autonomie du patient et de protéger son intégrité d'être auto-déterminé, rationnel et indépendant ; d'augmenter la confiance du patient en son médecin ou vis-à-vis de sa prise en charge ; d'augmenter la connaissance sur les procédures et de modérer les attentes non réalistes à propos des potentiels bénéfices.

Plusieurs barrières à l'implémentation de la décision médicale partagée sont néanmoins identifiées. En premier lieu, le fait que le partage de la décision ne dispense pas le médecin d'informer le patient, et le patient de comprendre, ce qui implique que les mêmes barrières que celles identifiées dans la section précédente s'appliquent également. Le temps de consultation devrait être encore allongé pour permettre la prise en compte des préférences des patients. Par ailleurs, certaines études notent des sentiments partagés vis-à-vis de l'envie de s'engager dans la décision, du côté des médecins comme du côté des patients. La plupart du temps, Sheridan et al. observent que ces derniers ne réalisent pas forcément que la médecine n'est pas une science exacte et qu'il y a différentes options disponibles. Certains ne sont pas à l'aise avec ce nouveau rôle dans l'échange médecin-patient : si l'auto-détermination peut être favorisée, elle ne peut être imposée. Sheridan et al. recommandent que les perceptions erronées soient adressées avant l'engagement dans la décision, mais cela implique encore un allongement du temps de consultation. Ils citent également des études ayant montré l'inconfort des médecins vis-à-vis de la décision partagée, barrière importante à son implémentation. Des médecins peuvent être réfractaires à l'idée de développer les compétences nécessaires à la mise en place de la décision partagée. « La décision médicale partagée n'est pas un phénomène qui a lieu naturellement car les médecins, comme les autres, cherchent à maximiser leur efficacité »²⁴⁹.

Ce qui, selon Glyn Elwyn, n'implique pas qu'ils soient de mauvais communicants. Il critique plutôt le modèle de décision partagée, qu'il considère être un modèle idéal construit par des académiciens, mais impraticable et impossible à mettre en place dans le monde réel. Ce modèle a selon lui l'intérêt de donner plus de valeur et plus de visibilité à la prise en compte des

²⁴⁹ Glyn Elwyn, « Idealistic, impractical, impossible? Shared decision making in the real world », *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 2006, vol. 56, n° 527, p. 403-404. (Traduit par Deepl <https://www.deepl.com/fr/translator>)

considérations éthiques et du patient. Dans la pratique, Steven H. Woolf et Alex H. Krist²⁵⁰ indiquent que bien qu'aux Etats-Unis, la quasi-totalité des recommandations majeures recommandent la décision partagée dans le cadre du dépistage par analyse de PSA, ces tests sont en réalité la plupart du temps administrés de manière routinière, sans discussion préalable avec le patient, et parfois même sans que le patient soit au courant que des PSA feront l'objet d'analyse sur l'échantillon sanguin prélevé pour d'autres raisons. Sheridan et al. reconnaissent également le potentiel caractère idéal d'une telle méthode. Ils suggèrent de considérer le processus satisfaisant lorsque le patient a participé à la décision dans la mesure qui lui convient.

Il serait donc nécessaire, a minima, que les médecins soient au courant des différentes controverses, des différents avantages et préjudices possibles des procédures, de l'existence de valeurs différentes chez les personnes éligibles, et qu'ils soient prêts à répondre aux questions, à prendre en compte et à encourager les patients à prendre en compte leur propre opinion. Le plus important, selon Cornuz et al., serait que « le médecin laisse un espace dans la rencontre avec son patient pour que celui-ci ait la possibilité de comprendre non seulement la nature du problème médical, mais également les enjeux de l'intervention (risques, bénéfices, incertitudes) »²⁵¹. S'ils reconnaissent que certains médecins pratiquent sûrement déjà la décision partagée sans forcément le conceptualiser, ils indiquent néanmoins que ce type de communication requiert des compétences spécifiques, « à l'instar d'autres situations cliniques, telles que l'entretien motivationnel, le conseil préventif (alcool, tabac, sédentarité) ou l'annonce d'une mauvaise nouvelle »²⁵². Les auteurs abordant ce sujet recommandent l'utilisation des outils ayant été développés pour faciliter l'implémentation de la décision partagée.

Avant de conclure cette revue de littérature et de présenter la méthodologie que nous avons adoptée pour cette thèse, nous présenterons brièvement les quelques études que nous avons pu identifier qui envisagent l'expérience des personnes avec un abord psychanalytique.

Point d'étape

La communication médecin-patient joue un rôle important dans le dépistage et fait dès lors l'objet de nombreuses études et modélisations. La personne à qui est proposé un dépistage des cancers n'a *a priori* pas de symptômes liés à la pathologie dépistée. Le médecin a une place centrale dans la mesure où c'est lui qui introduit le patient au questionnement sur une pathologie éventuelle. Les études suggèrent que la communication peut avoir un effet potentiel tant sur la participation et l'adhésion que sur les réponses psychologiques et comportementales au

²⁵⁰ Steven H. Woolf et Alex H. Krist, « Shared Decision Making for Prostate Cancer Screening: Do Patients or Clinicians Have a Choice? », *Archives of Internal Medicine*, 2009, vol. 169, n° 17, p. 1557-1559.

²⁵¹ J. Cornuz et al., « Dépistage des cancers en pratique clinique : une place privilégiée pour le partage de la décision. », *Revue médicale suisse*, 2010, n° 256, p. 1410.

²⁵² *Ibid.*

dépistage. Par ailleurs, derrière la communication existent des considérations éthiques qui visent notamment au respect de l'autonomie des personnes.

Deux modèles font plus communément l'objet de recommandations et d'évaluation : le modèle de l'information – dominant en France – et le modèle du partage de la décision – dominant aux Etats-Unis. Les évaluations en pratique courante montrent que ces deux modèles qui font l'objet de recommandations sont peu utilisés. Certaines études relèvent des barrières importantes voire rédhibitoires à leur implémentation.

Comme nous allons le présenter dans la section méthodologie de cette thèse, une part de cette recherche visait à observer les consultations médecin-patient d'inclusion dans l'étude et de rendu des résultats. Ceci dans le but de favoriser, par un travail conjoint médecins-psychologues, des modes de communication prenant en compte le fonctionnement psychique des patients dans le cadre du dépistage des cancers par CTC, et notamment si cette méthode venait à être implémentée en pratique courante. Ayant été contrainte de faire des choix quant aux thématiques abordées dans cette thèse, nous n'analyserons pas en détail les données issues des observations des consultations. Ces résultats pourraient faire l'objet d'articles ultérieurs. Néanmoins, nous aurons plusieurs fois l'occasion de revenir sur le sujet de la communication : d'une part, en relevant certains effets des échanges médecins-patients relatés par les participants de l'étude hors cadre du dépistage ; d'autre part, en tentant dans la discussion d'extraire des pistes d'exploitation des résultats de l'étude du fonctionnement psychique des personnes participant au dépistage.

En effet, c'est surtout par le biais du médecin que les résultats de cette recherche pourraient, de fondamentaux, être exploités cliniquement, dans la mesure où la médecine préventive n'est pas un motif de consultation du psychologue. L'interdisciplinarité semble donc être un prérequis pour transformer des résultats des études psychologiques dans ce cadre en mesures concrètes permettant d'améliorer les pratiques pour les rendre plus respectueuses des personnes.

4.4. Etudes inscrites dans l'épistémologie psychanalytique

Les études qui abordent ces questions à l'aide des concepts psychanalytiques sont bien moins nombreuses que celles s'y intéressant avec un abord cognitiviste ou comportemental. Consulter les bases de données les plus courantes ne permet pas l'identification de nombreux travaux. Nous avons dès lors élargi notre recherche à des bases de données moins consultées, telles que les catalogues des bibliothèques universitaires ou les sites de références des thèses de doctorat. Nous avons ainsi identifié sept thèses et ouvrages qui rapportent les résultats de recherches ayant eu lieu auprès de personnes faisant l'expérience de la médecine préventive. Identifier des études qui utilisent les concepts psychanalytiques pour faire sens de l'expérience des personnes a par ailleurs impliqué que nous élargissions notre champ de recherche, en ne nous limitant plus à l'expérience

du dépistage du cancer bronchopulmonaire par LDCT. Nous ne nous sommes même pas limitée à l'expérience du dépistage des cancers puisque certains de ces travaux concernent d'autres pathologies, ni ne nous sommes limitée à l'expérience de la détection précoce de pathologies puisque certaines de ces études concernent l'identification de risques génétiques et non pas des pathologies actuellement actives.

Sur les 7 travaux retenus, 2 concernent le test génétique prédictif de la maladie de Huntington, 1 ouvrage collectif s'intéresse à des tests recherchant des gènes impliqués dans divers handicaps, dont des tests prénataux. 1 étude concerne des tests génétiques prédictifs pour divers cancers. 2 études concernent la détection précoce d'états précancéreux ou cancéreux, l'une de manière spécifique pour le cancer du sein, l'autre pour divers cancers. Enfin, 1 étude analyse l'expérience des personnes dans le cadre du dépistage du HIV, à l'origine du Sida. La plupart de ces études ont eu lieu dans un contexte clinique, certains auteurs complétant les observations effectuées dans le cadre de prises en charge psychothérapeutiques par des observations de consultations médicales, ou par l'utilisation d'outils de mesures psychométriques.

Les caractéristiques des études et leurs thèmes d'analyse sont synthétisés dans le tableau 5

Tableau 5			
Caractéristiques des études psychanalytiques en médecine préventive et prédictive			
Auteur	Type/Année	Contexte	Titre
	Affection	Méthode	Résultats : échantillon de thèmes explorés
Marcela Gargiulo ²⁵³	Thèse, 1999	Clinique et Recherche : Consultations génétiques	Psychopathologie de la temporalité : médecine prédictive, psychologie de l'anticipation. Etude sur la qualité de vie d'une population à risque pour la maladie de Huntington
	Huntington / Génétique	Expérience clinique. Mesures quantitative qualité de vie avant / après l'obtention du résultat	Les rapports entre la psychanalyse et la biologie, Psychopathologie de la temporalité, Test prédictif - Mort annoncée - Prédiction - Anticipation, Doit-on guérir du risque ? L'annonce du diagnostic...
Claude Guilbert ²⁵⁴	Thèse 2005	Recherche : dispositifs de prévention	Les enjeux psychiques dans la prévention de l'infection à VIH et dans le sida
	HIV/Sida	Entretiens avec des personnes et des professionnels	La prévention génère-t-elle une pathologie ? De l'auto-conservation à l'amour d'objet : la question du sexuel, Masculin féminin : le poids du rôle et du comportement de genre, Le rapport du Je à son propre corps...

²⁵³ Marcela Gargiulo, *Psychopathologie de la temporalité : médecine prédictive, psychologie de l'anticipation. Etude sur la qualité de vie d'une population à risque pour la maladie de Huntington*, Thèse de doctorat, Université Paris 7, Paris, 1999.

²⁵⁴ Claude Guilbert, *Les enjeux psychiques dans la prévention de l'infection à VIH et dans le sida*, Thèse de doctorat, Université Paris 7, Paris, 2005.

Cristina Lindenmeyer ²⁵⁵	Thèse 1998	Clinique, Service de cancérologie	Approche clinique psychanalytique de personnes soumises aux techniques de détectons précoces du cancer
	Cancers / détection précoce	Expérience clinique. Psychothérapies	Considérations sur le développement de la médecine actuelle, Le renouvellement de la clinique, Entre la mort et la violence, Le sujet et sa maladie, Le corps comme lieu de passage : le processus subjectif...
Anne Masson ²⁵⁶	Thèse 2002	Clinique (oncologie), Recherche (Huntington)	Médecine prédictive et maladies à révélation tardive : l'émergence d'une clinique du risque. Le modèle de la maladie de Huntington et des formes familiales de cancers
	Huntington et cancers / Génétique	Consultations d'oncogénétique, Consultations génétiques Huntington	Répercussions psychiques de l' "être à risque", Le dilemme : faire ou non le test ?, Le traumatisme de l'annonce et le travail d'appropriation du statut génétique, Guérir de la situation d' "être à risque"...
Collectif (sous la direction de Marcela Gargiulo et Sylvain Missonnier) ²⁵⁷	Ouvrage collectif 2020	Clinique, Recherche, et Théorie	Handicap et génétique : prédiction, anticipation et incertitude
	Handicap / Génétique	Contributions de 14 auteurs	Mystères et menaces de la transmission, Causalité épigénétique et éloge de l'incertitude, Clinique psychanalytique de l'anticipation, "Prédiction" dans les maladies génétiques à révélation tardive...
Marta Vitale ²⁵⁸	Ouvrage individuel 2018	Clinique et Recherche : Consultations oncogénétiques	Psychanalyse et prédiction génétique du cancer : La certitude de la probabilité
	Cancer / Génétique	Consultations médicales, entretiens individuels. Interprétations cliniques	Réagir à un résultat, L'idée de l'héritage, Le signifiant "être porteur", Les effets symptomatiques du dépistage génétique, Dépendre des autres membres de la famille, Demander ou refuser l'analyse
Rubens Marcelo Volich ²⁵⁹	Thèse 1992	Clinique : Consultation d'oncologie médicale	Sein réel et sein imaginaire : une approche psychosomatique des pathologies mammaires et des risques oncologiques ; répercussions sur le dépistage et sur la surveillance médicale mammaire
	Cancer du sein / Surveillance	Observations de patientes, consultations hospitalières quotidiennes	Les risques héréditaires et familiaux, Le risque, entre la réalité et le fantasme, La spécificité de l'atteinte réelle ou imaginaire aux seins, Le féminin et le maternel, Les représentations du risque oncologique...

²⁵⁵ Cristina Lindenmeyer, *Approche clinique psychanalytique de personnes soumises aux techniques de détectons précoces du cancer*, Thèse de doctorat, Université Paris 7, Paris, 1998.

²⁵⁶ Anne Masson, *Médecine prédictive et maladies à révélation tardive : l'émergence d'une clinique du risque. Le modèle de la maladie de Huntington et des formes familiales de cancers*, Thèse de doctorat, Université Paris 7, Paris, 2002.

²⁵⁷ Gargiulo Marcela et Missonnier Sylvain, *Handicap et génétique: prédiction, anticipation et incertitude*, Format Kindle., Toulouse, Erès, 2020.

²⁵⁸ Vitale Marta, *Psychanalyse et prédiction génétique du cancer : La certitude de la probabilité*, Toulouse, Erès, 2018.

²⁵⁹ Rubens Marcelo Volich, *Sein réel et sein imaginaire : une approche psychosomatique des pathologies mammaires et des risques oncologiques: répercussions sur le dépistage et sur la surveillance médicale mammaire*, Université Paris 7, Paris, 1992.

La prise en compte de ces études dans la revue de la littérature repose sur le postulat que certaines problématiques – en ce qui concerne le fonctionnement psychique des personnes –, se retrouvent dans l'expérience de différentes procédures de médecine préventive et prédictive, et ne sont pas exclusives à une procédure. Nous avons identifié deux thématiques qui se retrouvent dans différents contextes cliniques : les effets sur les subjectivités de l'expérience de la médecine technoscientifique, et le rapport à la temporalité. Nous extrayons ici les résultats de ces différentes études, concernent ces deux thématiques. Nous laissons donc volontairement de côté les nombreux résultats spécifiques à un contexte clinique en particulier : par exemple la dimension familiale et l'inscription généalogique pour les maladies génétiques, la dimension sexuelle et le mode de transmission pour le dépistage du VIH, le rapport spécifique à l'organe en ce qui concerne les cancers du sein, etc. Par ailleurs, dans certaines études, les résultats des tests n'impliquent pas une certitude mais plutôt une probabilité de déclencher un jour la maladie ; à l'inverse, d'autres études s'intéressent au contexte de détection précoce dans le cadre d'un diagnostic, la maladie étant déjà agissante et détectée chez les personnes. Bien que ces différences soient à prendre en considération dans l'analyse et le croisement des résultats, il nous semble intéressant d'engager un dialogue entre les conclusions de ces différentes recherches.

4.4.1. Médecine technoscientifique et subjectivités

Claude Guilbert, Cristina Lindenmeyer, Anne Masson et Rubens Marcelo Volich mettent tous les quatre l'accent sur l'écart entre l'abord du corps par les médecins à l'hôpital et l'ancrage singulier des personnes à leur corps.

Lindenmeyer – dans le cadre de la détection précoce des cancers –, et Masson – dans le cadre de tests génétiques prédictifs –, relèvent toutes deux les potentiels effets sur les subjectivités des méthodes de détection précoce qui permettent d'informer le sujet sur une condition sans qu'il ait préalablement perçu de modifications dans son corps. Le médecin a donc accès à des recoins du corps auxquels les personnes elles-mêmes n'ont pas accès. Il peut énoncer des représentations sur le corps, et, dans le cas de la détection précoce des cancers, annoncer le sujet comme malade sans que celui-ci n'ait de symptômes somatiques. C'est donc le savoir médical qui inaugure la présence de la maladie. Selon les termes de Masson, c'est nommer la chose qui la fait exister. Cette problématique se retrouve en effet, bien que différemment, dans le contexte du dépistage génétique. Ce sont les notions même de maladie et de santé qui doivent être réinterrogées dans un contexte où peuvent être dépistées des potentialités et des probabilités de déclencher des pathologies, grâce à l'obtention d'un savoir sur le statut génétique. Elle concentre son étude sur cet état particulier de l'« être à risque », qu'elle considère comme une situation nouvelle, impliquant une révision des représentations du vivant du fait des progrès techniques permettant de sonder toujours plus profondément le corps.

Le grand danger étant, notent ces auteurs, une négation de la singularité des personnes et de leur subjectivité. Selon Lindenmeyer, la technologie est privilégiée au détriment du sujet, c'est-à-dire au détriment de la prise en compte de l'histoire singulière et de la manière particulière qu'a chacun d'habiter son corps.

Volich et Guilbert, le premier dans le contexte des pathologies mammaires, le second dans le contexte du VIH, replacent ainsi l'expérience de la maladie dans l'univers personnel du sujet. Il s'agirait par exemple, pour comprendre l'expérience par les femmes du dépistage des pathologies mammaires, de prendre en considération les fantasmes personnels et les mythes sociaux concernant les cancers du sein. Ces pathologies sont selon Volich particulièrement susceptibles de mobiliser des affects et fantasmes particuliers du fait de l'investissement personnel des seins par les femmes acceptant le dépistage. « La compréhension de la spécificité des réactions des femmes aux pathologies mammaires et à leur risque passe forcément par la considération de cette fonction structurante occupée par le sein dans leur histoire personnelle, relationnelle, identificatoire et sexuelle »²⁶⁰. De la même manière selon Guilbert, comprendre l'expérience de la prévention dans le domaine du VIH – il s'agit alors autant du dépistage que de la protection lors des rapports sexuels – ne peut faire l'économie d'une prise en considération de la dynamique du désir, du rapport à l'intime et à la psycho-sexualité.

Les auteurs remarquent des occasions où ces différents discours sur le corps peuvent entrer en conflit. Guilbert note qu'il peut être particulièrement difficile de concilier une information de masse et la prise en considération des problématiques personnelles de chacun ; il remarque le paradoxe inhérent au fait de vouloir inciter les personnes à changer de comportement sans trop interférer dans leur intimité. Il y aurait dans les pratiques une collision des discours qui serait source de tension voire d'inconfort. Les différents auteurs remarquent d'importantes barrières à la prise en compte de la singularité du côté des soignants : « Cette prise à partie de l'intime par le travail de l'écoute du sexuel provoque, à notre sens, chez les intervenants en prévention des résistances majeures qui, instaurées comme système de défense interne, les empêchent d'accueillir d'une manière « empathique » la parole de l'autre et de l'accompagner dans une possible élaboration de ses échecs »²⁶¹. Ces observations font écho à celles de Volich dans le cadre de la prévention du cancer. Il remarque que le recours massif au savoir et à la technique médicale peut constituer une défense contre les productions imaginaires provoquées chez les patientes par la perspective de la maladie. La singularité personnelle présenterait un défi pour la médecine, qui résoudrait ce problème par une centration quasi exclusive du discours sur des éléments techniques. Comme l'indique Lindenmeyer, « la singularité de l'individu, ce qu'il peut éprouver dans sa vie intérieure, ne relève pas de l'ordre médical, trop soucieux de trouver les meilleures méthodes d'intervention sur le corps malade. L'objectivation de ce corps auquel le médecin se voit obligé de répondre, au nom de son identité professionnelle, ne laisse apparemment aucune place à la subjectivité du sujet »²⁶².

Les auteurs expliquent à quel point cette objectivation du corps par la médecine, ou encore le fait d'obtenir un savoir sur son corps non par le biais des sensations mais par le biais du médecin, peut être source de violence pour les sujets. Sentiment d'être abandonné par ce corps

²⁶⁰ *Ibid.*, p. 289.

²⁶¹ C. Guilbert, *Les enjeux psychiques dans la prévention de l'infection à VIH et dans le sida*, *op. cit.*, p. 462.

²⁶² C. Lindenmeyer, *Approche clinique psychanalytique de personnes soumises aux techniques de détections précoces du cancer*, *op. cit.*, p. 26.

qui n'a pas su avertir le sujet du danger ; sentiment d'être étranger à soi-même lorsque le savoir sur soi dépend du dire du médecin. La prévalence du discours médical au détriment du discours subjectif pourrait entraîner, en cas de diagnostic avéré, une impossibilité à faire sens de l'expérience : « ces sujets restent enfermés dans l'espace rempli objectivement par le discours médical »²⁶³. C'est donc la pratique médicale en elle-même qui exercerait une violence sur le sujet. Volich note également que le surinvestissement de la technologie médicale, l'hyperinvestissement de l'information médicale, la multiplication des examens médicaux, le contexte austère du système hospitalier, peuvent être anxiogènes et potentiellement traumatiques pour les personnes qui en font l'expérience. En retour, la négligence du sujet au profit du discours médical peut entraîner de la résistance des personnes aux pratiques de détection : « l'approche médicale de la prévention des pathologies mammaires porte en elle les sources potentielles de ses échecs éventuels »²⁶⁴. De même, de nombreuses résistances à la prévention, dans le cadre du VIH, pourraient, selon Guilbert, être expliquées par la négligence des facteurs intimes et subjectifs et les difficultés personnelles rencontrées par les sujets.

Ces études présentent donc majoritairement une opposition entre le discours technique et médical d'une part, et le discours subjectif et singulier d'autre part. L'impossible rencontre entre ces différents discours pourrait être vécue avec violence par les personnes.

4.4.2. Clinique de la temporalité : prédiction et anticipation

Cette séparation entre le discours médical et le discours subjectif se retrouve chez les auteurs qui abordent la problématique de la temporalité. Des résultats qui ont trait à la temporalité et à la manière dont celle-ci est mobilisée par la médecine prédictive émergent notamment des études qui s'intéressent à l'expérience des personnes soumises à des tests génétiques. Marcela Gargiulo, Sylvain Missonnier et Marta Vitale opposent dans ce cadre la prédiction et l'anticipation.

En médecine prédictive, le médecin communique un risque à la personne, qui s'exprime sous forme de probabilités. Selon Vitale, malgré son caractère incertain, ce risque ne pourrait être pris par le sujet que comme une certitude, une « certitude de la probabilité »²⁶⁵. Une fois le sujet au courant de son risque, il devrait « faire avec », ce qui n'est pas sans effet sur les subjectivités. Missonnier et Vitale font un lien entre la prédiction en médecine génétique et l'oracle dont la prédiction serait une forme moderne. Si l'oracle justifie son pouvoir par une proximité avec le divin, la prédiction médicale n'est pas sans lien avec la toute-puissance. Toute-puissance médicale valorisée parce qu'altruiste et ayant pour but d'éviter la maladie et la mort des personnes.

Gargiulo développe les possibles effets traumatiques de la prédiction. Adoptant la pensée d'Heidegger, elle explique que la force de la vie repose dans la méconnaissance de l'avenir. « L'être pour la mort de Heidegger découle directement de l'affirmation que le temps se temporalise à partir de l'avenir. La mort ne survient pas seulement « dans » le temps comme un fait particulier

²⁶³ *Ibid.*, p. 36.

²⁶⁴ R.M. Volich, *Sein réel et sein imaginaire*, op. cit., p. 307.

²⁶⁵ Vitale Marta, *Psychanalyse et prédiction génétique du cancer*, op. cit. Empl. 1496.

mais détermine le sens de la temporalité toute entière »²⁶⁶. C'est de l'avenir, de l'incertitude et donc des différents possibles que proviendrait la force de nous projeter et de vivre. La prédiction médicale aurait pour conséquence de refermer cet avenir en réduisant l'incertitude et les possibles. Connaître l'avenir – ou a minima, penser connaître son avenir – serait en ce sens lourd de conséquences pour l'existence. « Dans la prédiction, il y a télescopage du temps, car l'avenir devient présent. Le danger de la connaissance de l'avenir existe, car, pour le sujet, l'avenir n'existe plus dès l'instant où on le connaît. Ainsi, la connaissance de l'avenir peut laisser la personne sans devenir »²⁶⁷. La génétique rendrait la mort rebelle à toute appropriation subjective, dans la mesure où un savoir sur elle est imposé de l'extérieur. La vie ne serait plus ouverte, faite d'inconnu, d'incertitude, de créativité, mais fermée sur l'exécution d'un programme déterminé.

Le savoir médical ne serait pas en lui-même traumatique. Cela dépendrait des possibilités pour le sujet de s'approprier cette connaissance, de l'intégrer dans son tissu subjectif. C'est ici que les auteurs font intervenir l'anticipation, en contrepoint de la prédiction, l'anticipation permettant d'en mesurer les effets néfastes. A l'inverse de la prédiction, l'anticipation prend sa source dans le passé du sujet. Elle permet de se projeter dans l'avenir en s'ancrant dans l'histoire et dans le passé. « L'anticipation va emprunter au passé ses matériaux les plus fiables : lorsque j'anticipe, j'ai besoin de savoir où je me trouve ; et pour cela, je ne peux le savoir que grâce à l'évocation de mon passé »²⁶⁸. Le sujet pourrait alors, selon Gargiulo, se projeter dans l'avenir en historicisant sa vie et en évitant ainsi une rupture temporo-existentielle. Selon les termes de Missonnier, « la prédiction colonise l'avenir, l'anticipation mesurée le négocie »²⁶⁹. Selon les termes de Vitale, il s'agirait du moment où s'articulent le discours du sujet et celui du généticien, ce qui implique de laisser la liberté au sujet de créer sa réponse personnelle au résultat du test.

Gargiulo et Missonnier lient par ailleurs l'anticipation avec le concept freudien de l'angoisse-signal. Cela leur permet de mettre en exergue la dimension protectrice de l'anticipation. « Quand anticipation et survenue de la maladie ou du handicap s'entremêlent, l'anticipation peut se déployer comme un mécanisme de défense « adaptatif », visant à réduire ou à annuler les effets désorganisant des dangers réels ou imaginaires face à l'indétermination ou à l'incertitude de l'avenir en voie d'élaboration »²⁷⁰. Les épreuves de la médecine prédictive et préventive mobiliseraient donc les capacités d'adaptation, et la forme que prendrait l'expérience du sujet – élaborative ou traumatique – serait tributaire de la maturité des capacités d'anticipation du sujet. Missonnier étudie alors ce qu'il appelle le segment développemental de l'anticipation, dans les traces d'Anna Freud. L'anticipation comme mesure défensive aurait une histoire générationnelle, intersubjective et intrapsychique spécifique pour chacun. Cette ligne développementale irait selon Missonnier de l'agonie primitive à l'angoisse-signal. Un moi mature impliquerait la capacité de

²⁶⁶ M. Gargiulo, *Psychopathologie de la temporalité*, op. cit., p. 44.

²⁶⁷ *Ibid.*, p. 383.

²⁶⁸ *Ibid.*, p. 66.

²⁶⁹ Missonnier Sylvain, « Rudiments au profit d'une clinique psychanalytique de l'anticipation » dans *Handicap et génétique: prédiction, anticipation et incertitude*, Format Kindle., Toulouse, Erès, 2020, p. Empl. 841.

²⁷⁰ *Ibid.* Empl. 1199.

mobiliser automatiquement l'angoisse comme répétition d'un état d'affect pour faire face aux situations de danger. « La fonction signal de l'angoisse a bien ici le sens d'une élaboration symbolique constructive de la menace traumatique »²⁷¹.

Missonnier poursuit son article par des développements qu'il n'y a pas lieu de rapporter ici. Il nous paraissait néanmoins important de souligner et d'articuler les références faites par ces auteurs aux notions de l'anticipation et de l'angoisse-signal, dans la mesure où l'analyse des entretiens de cette étude nous mènera à proposer notre propre articulation de ces concepts.

Point d'étape

Nous avons relevé ici des réflexions et résultats extraits d'études psychanalytiques dans le contexte de la médecine préventive et prédictive. Ces recherches ont lieu dans des cadres différents, en ce qui concerne les pathologies visées, le statut des résultats obtenus, et les implications pour les personnes. Les implications relatives au fonctionnement psychique seront ainsi différentes si le test permet la détection d'une maladie à un stade précoce, ou la détection d'une potentialité de maladie exprimée grâce à des probabilités. Mais ces différences rendent encore plus saillante l'émergence de problématiques similaires dans les différents contextes.

Nous avons particulièrement isolé les problématiques de la temporalité et de la rencontre – ou l'impossible rencontre – entre le discours médical et le discours subjectif sur le corps et la maladie. Certaines recherches mettent d'une part en exergue les possibles effets du discours médical sur les subjectivités. Elles présentent surtout le discours médical et les discours subjectifs comme étant en opposition, et étudient les effets traumatiques et délétères pouvant survenir de l'impossible rencontre et articulation entre ces différents discours. Les recherches obtiennent d'autre part des résultats relatifs au fonctionnement psychique lié à la temporalité et à la manière dont celui-ci est mobilisé par les pratiques prédictives. La prédiction est alors opposée à l'anticipation, la première impliquant une fermeture de l'avenir, la seconde permettant au contraire une inscription de l'évènement dans la trame subjective et dans l'histoire du sujet. L'anticipation est mise en lien au concept freudien d'angoisse-signal.

L'analyse du matériel clinique dans le cadre de cette recherche nous amènera à proposer nos propres contributions à ces questionnements. Nous trouvons particulièrement intéressant le fait que, bien que n'ayant rencontré ces études psychanalytiques que tardivement dans notre parcours de recherche, nous avons été amenée à mobiliser des concepts similaires. Cela nous semble parler en faveur d'une mise en commun des résultats issus de ces différentes études, de manière à développer un cadre théorique à la fois plus large et plus précis permettant d'appréhender le fonctionnement psychique des sujets dans le contexte des médecines prédictive et préventive.

²⁷¹ *Ibid.* Empl. 943.

5. Conclusion intermédiaire

Nous avons présenté le fonctionnement actuel de la prévention, et retracé d'un point de vue historique son développement dans trois domaines : celui des maladies infectieuses, celui du cancer, et celui du vieillissement, de manière à rendre apparents certains enjeux sous-jacents à ces pratiques. Les pratiques préventives sont au carrefour d'enjeux scientifiques, politiques, sociaux et économiques. Cela rend particulièrement ardu le développement, l'implémentation et l'évaluation des procédures préventives en contexte clinique. De nombreuses études et essais cliniques sont mis en place en ce sens, notamment en Europe et aux Etats-Unis. Parmi ces études, certaines visent à évaluer l'impact du dépistage sur les personnes, afin de ne pas implémenter des pratiques qui seraient plus délétères que bénéfiques pour elles. En ce sens, les études développées visent majoritairement à être validées par des preuves. Elles ont pour ce faire recours au paradigme épidémiologique, ou sont inscrites dans l'épistémologie cognitiviste. Ces études répondent au but médical de déployer les méthodes préventives tout en respectant les principes éthiques de non-malfaisance et de respect individuel des personnes.

En contrepoint de cette tendance dominante de développement des pratiques préventives, certains auteurs en pointent les effets délétères et iatrogènes. Ces auteurs sont principalement des sociologues et des psychanalystes. Les études sociologiques mettent l'accent sur les différentes dynamiques de pouvoir et notamment la volonté de maîtrise des individus et de leurs corps par les gouvernements. Les études psychanalytiques mettent l'accent sur les effets des pratiques préventives, et plus largement de la « médicalisation de l'existence », sur les subjectivités. Des recherches qui ont lieu auprès des personnes repèrent l'existence d'un hiatus, d'un écart voire d'un clivage entre le discours médical et les discours subjectifs, pouvant avoir des effets traumatiques et désobjectivants pour les personnes. Ces effets qui peuvent difficilement être mesurés ou prouvés ne sont à notre connaissance pas pris en compte par les autorités sanitaires lorsqu'il s'agit d'évaluer et d'améliorer les pratiques préventives proposées.

Les résultats de la présente recherche s'inscriront donc dans ce contexte. Nous tenterons de remettre en question cette opposition – que nous avons peut-être ici trop caricaturalement présentée comme un clivage – entre les personnes favorables à la prévention et ses détracteurs. Nous serons aidée en cela par nos résultats qui nous permettent de repérer des points d'articulation solides entre le fonctionnement de la médecine et les fonctionnements psychiques subjectifs. Nous ne mettrons pas en dialogue nos résultats avec les informations relevées dans cette revue de la littérature avant la partie discussion à la fin de cette thèse. Nous ne ferons en effet que peu référence à ces derniers dans les parties II et III, qui seront consacrées à l'étude du matériel clinique à l'aide d'auteurs n'abordant pas explicitement la question de la prévention et du dépistage. Mais avant cela, nous allons justement présenter notre propre positionnement épistémologique, de manière à introduire notre abord particulier de la problématique du dépistage et de l'analyse du matériel clinique recueilli.

Chapitre 2.

Méthodologie et premiers résultats : l'émergence d'un objet de recherche

1. Introduction

La présente étude s'insère dans un projet de recherche plus vaste, le projet Detector. Ce projet fait l'objet d'un financement par l'INCa et a pour objectif l'évaluation de l'efficacité d'une procédure médicale de dépistage de cancers. Un autre objectif de Detector est l'étude de son impact psychologique pour les personnes. Detector est une étude multicentrique, ouverte, non randomisée, à un seul bras. Elle a lieu à l'Hôpital Paris Saint Joseph et à l'Hôpital Européen Georges Pompidou. Le coordinateur principal de l'étude est le Pr Jean Trédaniel. Le Pr Karl-Leo Schwering est responsable du versant psychologique de l'étude.

1.1. Objectifs et modalités d'inclusion dans le protocole de recherche

L'objectif principal du volet médical de l'étude est d'évaluer la valeur diagnostique du couple scanner - recherche de cellules tumorales circulantes (CTC) pour le dépistage des cancers liés au tabagisme (bronchique, mais également des voies aéro-digestives supérieures – bouche, pharynx, larynx, œsophage –, de la cavité nasale et des sinus, de l'estomac, du pancréas, du foie, de la vessie, du rein, du col de l'utérus et de certaines leucémies myéloïdes) dans une population à très haut risque. Selon les critères d'inclusion, sont admis dans cette étude des personnes : 1/ entre 55 et 80 ans ; 2/ ayant fumé au moins 30 paquet.année²⁷², et ayant, le cas échéant, arrêté depuis moins de 15 ans ; 3/ pris en charge pour une maladie artérielle athéromateuse périphérique ou un anévrisme de l'aorte lié au tabagisme, 4/ s'ils sont fumeurs, acceptant de s'engager dans une démarche de sevrage tabagique. L'objectif est d'inclure 300 patients en 36 mois sur les deux sites. A l'inclusion dans l'étude, les participants reçoivent un bilan comprenant un scanner thoracique, la recherche de CTC²⁷³, et éventuellement une consultation d'aide au sevrage tabagique. En

²⁷² Le calcul s'effectue en multipliant le nombre d'années de tabagisme par le nombre de paquets fumés par jour. Ainsi par exemple, une personne qui a fumé 1 paquet de cigarettes par jour pendant 30 ans a fumé 30 paquet.année, de même qu'une personne ayant fumé 1 demi paquet par jour pendant 60 ans ou une personne ayant fumé deux paquets par jour pendant 15 ans.

²⁷³ « La présence dans le sang de cellules tumorales circulantes (CTC) et/ou de microembolus tumoraux (CTM) est une caractéristique fondamentale du comportement invasif des cellules cancéreuses. Leur détection devrait être un outil puissant pour le diagnostic précoce des tumeurs invasives, l'évaluation de leur pronostic, le diagnostic de la maladie résiduelle après traitement, l'évaluation de la sensibilité tumorale aux médicaments anticancéreux et la personnalisation du traitement. » (Protocole Detector)

l'absence de détection d'un cancer, la même séquence d'évaluation est répétée tous les ans pendant deux ans (trois cycles d'exams). En cas de détection d'un cancer, un traitement est proposé au patient après le bilan.

Les objectifs de l'étude psychologique sont les suivants : « L'objectif principal est d'étudier les conséquences émotionnelles et psychosociales du dépistage LDCT dans le cadre spécifique de cellules tumorales circulantes. Cela afin d'identifier 1/ des mécanismes spécifiques de peur, d'anxiété et de détresse psychique, 2/ des stratégies d'adaptation qui pourraient être bénéfiques pour d'autres patients, 3/ des facteurs de stress spécifiques provoqués par le dispositif de dépistage et/ou par l'information médicale donnée aux patients. L'objectif secondaire est d'ajuster et d'améliorer les compétences en communication des professionnels de la santé, afin d'élaborer un cadre approprié à la prise en charge des aspects émotionnels et psychologiques impliqués dans la procédure de dépistage lorsqu'ils sont (seront) utilisés au jour le jour en pratique quotidienne »²⁷⁴. Il est prévu que nous assistions aux différentes étapes de prise en charge médicale impliquant le patient, et notamment les consultations d'inclusion et de rendu des résultats. Des entretiens de recherche avec des patients sont également prévus. Les participants à l'étude médicale se verront proposer la participation à l'étude psychologique jusqu'à « saturation »²⁷⁵ des données, c'est-à-dire, selon les estimations, jusqu'à l'inclusion de 20 à 30 participants. Il est prévu que nous rencontrions alors les personnes qui acceptent de participer à l'étude lors de trois entretiens de recherche : 1/ entre l'inclusion dans l'étude Detector et le rendu des résultats des premiers examens médicaux, 2/ après le rendu des premiers examens médicaux, 3/ un an après le premier bilan.

1.2. Théorisation ancrée : but, mode d'analyse et de recueil des données

Concernant l'étude psychologique, et pour atteindre les objectifs souhaités, est prévu un recueil de données mixtes, qualitatif et quantitatif. Les données recueillies et la méthode d'analyse dans son ensemble sont principalement qualitatives. Pour des raisons qui apparaîtront au fil de cette présentation de la méthodologie, a été fait le choix d'utilisation de la théorisation ancrée, et, plus spécifiquement, de son adaptation telle qu'elle est développée par Pierre Paillé²⁷⁶. Or, l'utilisation de la théorisation ancrée a des conséquences sur la nature des résultats obtenus, ainsi que sur le mode de recueil des données. La méthodologie est choisie en fonction des buts visés, la nature des résultats souhaités implique des modalités particulières d'analyse des données, analyse particulière des données qui affecte et détermine les conditions de leur recueil. Présenter certains principes au fondement de la théorisation ancrée est nécessaire afin d'explicitier les choix d'outils de recueil et d'analyse des données effectués dans le cadre de cette étude.

²⁷⁴ Protocole Detector.

²⁷⁵ La saturation est atteinte lorsque l'analyse de nouveaux entretiens menés n'apporte pas de modifications significatives des résultats obtenus, les nouveaux éléments ne faisant que les confirmer.

²⁷⁶ Pierre Paillé, « L'analyse par théorisation ancrée », *Cahiers de recherche sociologique*, 1994, n° 23, p. 147-181.

Le but de l'analyse par théorisation ancrée est d'atteindre une théorisation, « c'est dégager le sens d'un événement, c'est lier dans un schéma explicatif divers éléments d'une situation, c'est renouveler la compréhension d'un phénomène en le mettant différemment en lumière »²⁷⁷. Il s'agit donc d'analyser minutieusement un phénomène, de développer des constructions éclairantes, de dépasser le niveau de l'analyse descriptive dans un « acte de conceptualisation »²⁷⁸. Une modélisation est recherchée, qui prenne en compte les conditions d'existence du phénomène, le contexte d'apparition, les différentes composantes le constituant, ou encore les variations dans ses manifestations, etc.

Cette méthodologie est donc inductive, c'est-à-dire qu'elle consiste en l'émergence d'une théorisation en l'absence d'hypothèses préalables de recherche. « Dans ce cadre, ce sont bien les concepts qui doivent s'ajuster aux données empiriques et non l'inverse »²⁷⁹. Elle diffère en ce sens de la démarche des méthodes hypothético-déductives dans lesquelles la théorie préexiste et est vérifiée ou infirmée à l'aide du protocole de recherche. « Au lieu donc de commencer par la construction d'une hypothèse dans un champ et dans un cadre théorique déjà fixés, pour ensuite appliquer ce modèle au phénomène étudié, le chercheur démarre ici sa collecte de données avec l'injonction de se déprendre de ses préférences théoriques et de ses *a priori* conceptuels, pour mieux s'ouvrir à l'évidence empirique et laisser place à ce qui *y fait* sens, pour lui *et* les sujets de l'étude »²⁸⁰. C'est également en ce sens qu'elle est « ancrée » dans les données empiriques. Chaque étape du processus de théorisation s'effectue en étroite correspondance avec les données du terrain. C'est une méthode itérative, qui nécessite la « comparaison constante » entre les observations de terrain et l'analyse émergente. Ces allers et retours permettent l'affinage de la théorisation et sa validation au contact des acteurs du terrain, en contexte.

Cela a donc un impact important sur les modalités de recueil des données, dans la mesure où l'analyse et le recueil des données ont lieu simultanément.

Le processus de théorisation ancrée nécessite une immersion de la part du chercheur. Les données recueillies ne le sont *a priori* pas dans un cadre expérimental défini qui exclurait un maximum les variations, mais consiste plutôt en des observations en situation. En ce sens, les données incluses dans l'analyse peuvent être de natures diverses : retranscriptions d'entretien, mais également notes de terrain, documents variés, observations de divers supports, etc. « En effet, l'analyse par théorisation ancrée peut porter directement sur les éléments du monde empirique au même titre que sur leur inscription matérielle. Bref, s'il était possible d'analyser directement les comportements observés, la méthode présentée ici s'appliquerait *mutatis mutandis*. [...] L'analyse par théorisation ancrée est une méthode d'analyse de données empiriques, quel que soit, en fin de compte, le support du corpus de base »²⁸¹. Une conséquence

²⁷⁷ *Ibid.*

²⁷⁸ *Ibid.*

²⁷⁹ Élise Ricadat, *Destins du sexuel et sexualité à l'épreuve du cancer : Etude qualitative d'une population d'adolescents et de jeunes adultes traités dans une unité d'hématologie dédiée*, Thèse de doctorat, Sorbonne Paris Cité, Paris, 2016, p. 71.

²⁸⁰ *Ibid.*, p. 72.

²⁸¹ P. Paillé, « L'analyse par théorisation ancrée », art cit.

du principe de la comparaison constante sur le recueil des données est que leur modalité de recueil, ainsi que la nature des données recueillies peuvent évoluer en fonction de l'avancée de l'analyse et des constructions progressivement constituées. L'analyse d'un premier échantillon de données peut donc mener à la constitution d'hypothèses qui donneront lieu, dans le but de leur affinage et de leur mise à l'épreuve, à une modification des modalités de récolte des données. « Le geste fondamental de ce type de démarche est une demande constante de compréhension : en interviewant, en observant, en lisant les transcriptions d'entrevues ou les documents recueillis, le chercheur est analyste et l'analyste est chercheur, tentant toujours mieux de comprendre, cerner, expliciter, théoriser le phénomène faisant l'objet de son étude, que celui-ci apparaisse dans ses données ou sur le terrain même »²⁸². Les instruments utilisés pour le recueil et le choix des sites demeurent, dans le cadre de l'analyse par théorisation ancrée, toujours provisoires. Le progrès de la recherche implique une évolution des outils utilisés et des questions posées.

Suivant ces différents principes qui constituent le cœur de la démarche adoptée, il devient compréhensible que l'explicitation de la méthode, dont fait partie le recueil des données, compte également des résultats de recherche. Présenter la méthode implique que nous présentions en partie le processus de théorisation, à ses différentes étapes, dans la mesure où le résultat ne se trouve pas uniquement dans le point d'arrivée, mais également dans le chemin ayant permis d'y mener, c'est-à-dire dans l'acte de conceptualisation.

Nous sommes face à une circularité de la méthode et du résultat, qui influe sur les possibilités de leur présentation dans le cadre de cette thèse. Nous présenterons les deux volets de cette recherche successivement – celui prévoyant les observations des consultations médicales d'abord, et celui prévoyant des entretiens avec les patients ensuite.

2. 1^{er} volet. Interdisciplinarité, déconstruction des *a priori* et affirmation de la méthodologie

Un premier volet de l'étude psychologique prévoit notre association à toutes les étapes des procédures médicales dans la mesure où elles impliquent le patient. Le but de notre présence lors des consultations d'inclusion est de récolter des données quant aux antécédents du patient, quant aux caractéristiques de la communication médecin-patient, quant aux réactions émotionnelles du patient, et toutes autres informations pouvant être pertinentes pour expliquer le phénomène 'dépistage'. Ce dispositif de recherche comprend à la fois une dimension de recherche fondamentale et une dimension de recherche-action. En plus d'une explication du phénomène, le protocole prévoit la modélisation d'« un dispositif de dépistage dans toutes ses composantes (quel type d'annonce et d'information faite par le médecin, à quel moment, quel type de soutien

²⁸² *Ibid.*

psychologique proposé, etc.) pouvant être généralisable à d'autres équipes médicales au cas où ce procédé de dépistage novateur en viendrait à être proposé plus largement »²⁸³.

2.1. Modalités du recueil des données, mise en place de la recherche-action

Les données récoltées dans ce cadre sont de nature quantitative et qualitative.

Une grille d'observation constituée d'items est élaborée lors d'une phase pré-test comprenant l'observation des cinq premières consultations médicales. Il est prévu que les données issues de cette grille soient statistiquement exploitées. Nous retrouvons pour ce versant de l'étude la logique hypothético-déductive. Les items étudiés prennent en compte des critères issus d'une revue de la littérature sur la question de la communication dans le cadre du dépistage, ainsi que les observations de la psychologue lors des premières consultations.

Ces items concernent : 1/ les actes réalisés lors de la consultation (par exemple, la récolte par le médecin des informations nécessaires pour l'étude médicale, la signature du consentement) ; 2/ Les informations échangées concernant le patient, médicales et diverses (situations médicale actuelle, antécédents, activité tabagique, situation sociale...) ; 3/ Les informations échangées concernant l'étude (présentation du contexte de la recherche, des bénéfices et inconvénients du dépistage, des critères de participation...) ; 4/ Les interventions du patient lors de la consultation (quantité, réactions émotionnelles, questions posées...) ; 5/ les interventions du médecin (utilisation/explication des termes, questions posées...).

Les items relevés sont synthétisés dans le tableau 6.

Tableau 6		Items relevés lors des consultations médicales			
Informations sur le patient	Informations sur l'étude	Interventions du patient			
Situation médicale actuelle Antécédents médicaux Consommation tabagique Activité professionnelle Situation sociale Evènements de vie Antécédents médicaux de proches Estimation état de santé actuel Estimation du risque cancéreux Eventuel désir de sevrage tabagique Expériences de soin/hospitalisations Attitude envers recherche scientifique Attitude envers le dépistage Rapport de confiance à la médecine Rapport de confiance au médecin	Eléments de contexte institutionnel Qualificatifs des maladies dépistées : "Cancer" Autre ("masse", "tumeur") Types de cancer Lien entre cancer et tabagisme Bénéfices personnels du dépistage Bénéfices collectifs de l'étude Critères de participation Examens médicaux Parcours patient Incertitudes des résultats Indication d'occurrence des résultats Faux-positifs Autres risques et incertitudes	Quantité des interventions Réactions émotionnelles Questions posées sur l'étude Reprise d'un point spécifique Capacités d'élaborations Lien à l'histoire personnelle			
				Interventions du médecin	
				Utilisation de termes techniques Explication des termes techniques Questions posées au patient Interroge la compréhension Invitation à poser des questions Adaptation aux interventions	

²⁸³ Protocole Detector

Les observations des consultations médicales font par ailleurs l'objet d'une prise de note. Les notes sont prises pendant et après les consultations médicales. Elles rapportent le détail du déroulement des consultations (ordre de transmission des informations, questions posées, réactions émotionnelles...), et toute autre information pouvant se révéler pertinente pour l'analyse du phénomène étudié. Ces données qualitatives sont, au même titre que les entretiens avec les patients, analysées par théorisation ancrée et prises en compte dans la constitution de la problématique de recherche et de sa modélisation.

Dans le cadre de la recherche-action, un travail conjoint médecins-psychologues est mis en place, qui a pour but d'améliorer la prise en charge des personnes dans le cadre du dépistage des cancers liés au tabagisme. Des 'focus-groupes' réunissant la psychologue du service, certains médecins ayant inclus des participants dans l'étude et la psychologue-chercheuse ont été en ce sens proposés. Ils avaient pour but : 1/ de récolter le point de vue des médecins quant à la communication dans le cadre du dépistage. Notamment, par exemple, en ce qui concerne leur rôle dans l'échange avec le patient, les motivations derrière les styles de communication adoptés, les contraintes auxquelles ils sont soumis, etc. 2/ de présenter la revue de littérature effectuée par la psychologue-chercheuse concernant la communication dans le cadre du dépistage des cancers, 3/ de proposer une restitution des observations effectuées, sous forme de présentation de retranscriptions 'exemple' de trois différents styles de communication observés en consultation, dans le but d'ouvrir une discussion sur le sujet et de favoriser l'interdisciplinarité.

2.2. Recherche comme processus et perspectives de travail interdisciplinaire

La démarche de la théorisation ancrée implique que nous nous intéressions également au processus par lequel la méthode de recueil des données a été amenée à évoluer, car l'évolution des modalités de recueil des données implique une progression dans l'analyse du phénomène étudié. Si notre sujet de recherche porte sur le traitement psychique de la précarité, par le patient, les différentes rencontres avec l'équipe de soin ont été essentielles vers l'émergence de la problématique de recherche. Elles ont notamment permis de mieux cerner le parcours du patient, c'est-à-dire le contenu des différentes étapes menant à l'entretien de recherche. Elles ont permis de mieux cerner l'implication des différents intervenants auprès du patient. Cela a permis également une clarification du rôle de l'équipe de recherche en psychologie, des visées potentielles d'une étude psychologique dans le cadre d'une procédure médicale, et à la justesse du positionnement dans l'objectif défini par le protocole. Les différentes réflexions que nous proposons ici pourraient donc déjà constituer des résultats de l'étude. Dans la mesure où elles concernent l'inscription de la recherche dans le contexte médical, plus que le développement de la problématique ayant émergé de l'analyse, il nous paraît plus opportun de les présenter ici.

La préparation de l'étude et sa réalisation concrète ont permis une familiarisation avec le milieu hospitalier et son fonctionnement dans le cadre d'un essai clinique, en ce qui concerne notamment le parcours du patient et le contexte de travail des différents intervenants prenant en charge les personnes. L'étude Detector implique la participation : 1/ de plusieurs attachées de recherche clinique ; 2/ de médecins pneumologues ; 3/ de médecins cardiovasculaires ; 4/

d'infirmières ; 5/ d'anatomopathologistes ; 6/ de radiologues ; 7/ de psychologues ; 8/ de méthodologistes. De nombreuses contraintes matérielles et organisationnelles affectent le parcours du patient : les différents intervenants travaillent dans différents services voire dans différents hôpitaux ; les patients viennent souvent à l'hôpital dans le cadre de leurs pathologies avérées et les visites uniquement pour l'étude Detector sont à éviter ; quelques jours de réflexion au moins sont nécessaires entre la proposition de rejoindre l'étude et la signature du consentement – et donc les examens médicaux ; les différents examens médicaux relèvent de différents services et professionnels ; les échantillons sanguins doivent être conservés d'une manière spécifique, ce qui nécessite leur transfert rapide vers le laboratoire d'analyse, etc.

Notre participation aux consultations d'inclusion, à l'instar des différents facteurs précédemment mentionnés, pose également un défi organisationnel. Certains jours comptent plusieurs inclusions de participants, et à l'inverse certaines semaines passent sans qu'aucun participant soit inclus dans l'étude médicale. Cela dépend du nombre de patients réunissant les critères d'inclusion qui se présentent en consultation. Pour que nous soyons prévenue à temps pour assister aux consultations de recrutement – et parce que nous ne sommes pas basée à l'hôpital –, nous aurions besoin que les patients soient identifiés au préalable, sur dossier plutôt que spontanément lors des consultations. Cela rajouterait donc des contraintes aux médecins ou aux attachées de recherche clinique. Cette étude a par ailleurs lieu sur deux sites : l'hôpital Saint Joseph et l'hôpital européen Georges Pompidou. Les modalités du parcours patient et de la coordination des équipes relèvent d'une organisation différente dans ces deux lieux de soin, du fait de l'agencement de l'hôpital, de la composition des équipes et de la distribution des rôles.

Ces différentes données, qui peuvent paraître anecdotiques, nous ont paru en réalité tout à fait importantes quant au déroulement de l'étude et quant à la réalisation de ses objectifs. Elles nous semblent en effet représentatives des difficultés qui peuvent être rencontrées lors des tentatives de mise en place de travail interdisciplinaire dans le milieu hospitalier, et notamment en ce qui concerne la recherche en psychologie dans un service de médecine. Nous sommes bien placée dans une situation où les intervenants, qui doivent travailler de concert, poursuivent des buts différents, utilisent des outils différents, sont soumis à des contraintes différentes, voire parfois utilisent des langages techniques différents. Nous pouvons noter en exemple l'écart possible entre le type de résultat obtenu par les anatomopathologistes et le type de résultat pouvant être transmis du clinicien au patient (entre le travail du biologiste et celui du clinicien, un travail de traduction est nécessaire). Du point de vue organisationnel, les attachées de recherche clinique ont par ailleurs la tâche ardue de devoir composer avec les impératifs de travail des différents intervenants de l'équipe, et avec les emplois du temps des participants, etc.

En ce qui concerne l'étude psychologique et les possibilités de recherche-action, l'écart de temporalité qui anime la pratique du médecin hospitalier et la nôtre a été perceptible. Les médecins avec qui nous avons travaillé dans le cadre de l'étude psychologique sont principalement impliqués dans l'étude en tant que recruteurs. Ils proposent l'étude à des patients qu'ils suivent pour la plupart déjà depuis un certain temps dans le cadre de pathologies artérielles. L'étude Detector s'inscrit donc ici dans un suivi plus global du patient, les échanges par rapport

à l'étude dans la consultation ne sont qu'une partie de l'objet de la rencontre médecin-patient. Les tâches que la participation à Detector impliquent pour les médecins s'ajoutent donc à l'activité habituelle dans le cadre de leur travail hospitalier. Or les équipes ont à l'hôpital une importante charge de travail, et sont souvent pressées par la nécessité d'aller vite pour réaliser correctement les consultations et autres tâches dont elles sont responsables. Le rendement et l'action, la nécessité de produire rapidement des résultats, sont au cœur de la pratique médicale hospitalière. La prévalence, dans le cadre de la médecine techno-scientifique, des méthodes de recherche hypothético-déductives répond à la même logique. Elles permettant d'évaluer l'efficacité des traitements, d'établir des protocoles, ce qui facilite et permet une prise en charge plus importante et efficace des patients. A l'inverse, nous disposons de 3 à 5 ans pour mener à bien cette recherche portant sur la procédure de dépistage. La charge de travail est importante aussi, mais la répartition des tâches est tout à fait différente dans la mesure où une même tâche nous occupe pendant plusieurs années, ce qui permet l'analyse en profondeur du phénomène étudié. Méthodologie et temporalité s'inscrivent ici dans la nécessité de prendre en compte la subjectivité, de cerner un phénomène sans réduire la singularité mais plutôt au contraire en en décrivant toutes les facettes, variations, etc.

Ces écarts d'objectifs et de fonctionnement ont un impact sur les possibilités de rencontre et de recherche-action. Par exemple, les moments de concertation quant à la préparation de l'étude sont principalement orientés sur des questions pratiques, de coordination, d'organisation, afin de rendre possible l'étude malgré les contraintes importantes des équipes à l'hôpital. Les focus-groupes avec les médecins ont par ailleurs témoigné de cet écart en ce qui concerne la temporalité et le fonctionnement entre les différents professionnels impliqués. Certains médecins ont montré un intérêt marqué pour l'étude psychologique, mais ont paru perplexes quant à la nature des échanges proposés. D'autres avaient à cœur de faciliter l'étude psychologique, mais avaient compris la proposition de rencontre comme l'occasion d'améliorer la coordination entre médecins et psychologues. Certains médecins ont eu beaucoup de difficultés à libérer du temps, et sont arrivés en retard ou ne pouvant participer que quelques minutes. Si nous nous sommes bien sûr interrogée sur les modalités d'information quant au dispositif de recherche-action, de concertation quant aux objectifs de la recherche, il nous semble que ces différentes difficultés sont révélatrices du défi que représente le travail interdisciplinaire.

Le fait que les résultats produits par les méthodologies de recherche propres à certaines spécialités soient de natures différentes, conduit nécessairement à un défi dans l'instauration de buts communs et de définition des moyens pour y parvenir. Une certaine ambivalence a par exemple été relevée, entre d'un côté l'attente de résultats mesurables, objectivables, et de l'autre une réticence légitime à être observé, jugé dans sa pratique. Or, si le sujet observé peut être dans le cadre des méthodes hypothético-déductives 'objet' de recherche porté au regard pour être évalué, il est, selon les principes de la théorisation ancrée, 'acteur' impliqué comme co-chercheur dans la production de résultats, et sûrement d'autant plus lorsque la recherche porte sur des pratiques impliquant d'autres soignants. Par ailleurs, si le processus de recherche doit dans les méthodes hypothético-déductives permettre l'émergence d'un résultat validé, reproductible,

transformable en potentialité d'action, il porte à l'inverse plus, dans le cadre de la théorisation ancrée et de la recherche-action, sur l'acte de théorisation en lui-même et les effets de terrain qui émergent de la collaboration entre les différents acteurs de la recherche. Dans ce contexte où les différents intervenants utilisent des techniques et méthodes différentes, techniques et méthodes ayant leur logique dans la discipline dans laquelle elles ont été développées, pour poursuivre les buts spécifiques pour lesquels elles ont été développées, il nous semble ainsi compréhensible que l'invitation à un travail conjoint psychologue-médecin portant sur le travail du médecin, puisse être l'objet de résistances voire aller jusqu'à provoquer l'hostilité de certains médecins. Or ces moments de rencontre avaient pour but, selon l'équipe de recherche en psychologie, d'offrir une possibilité pour les soignants de pouvoir parler leur pratique. Les psychologues peuvent considérer comme complexes et cruciales des pratiques qui ont lieu quotidiennement auprès des patients et pouvant être considérées par les soignants qui les pratiquent comme banales et ordinaires. Ces moments d'échange visaient à constituer pour les professionnels de santé une « une opportunité [...] de saisir *collectivement* que leurs propos *individuels* dépassent largement un simple niveau de description, en se situant plutôt *déjà* à un niveau *d'analyse de leurs propres pratiques* »²⁸⁴. Il nous semble qu'implémenter un dispositif de recherche-action à l'hôpital ne pourrait que difficilement produire des résultats sans faire de ces questionnements un point central de la collaboration et de l'implémentation des recherches.

Ces premières expériences et les réflexions qui en ont émergé ont fortement participé du cadrage de la thèse. Les possibilités de travail interdisciplinaire sont en effet au cœur de la recherche en psychologie dans le domaine médical. D'une part, parce que le phénomène étudié, et particulièrement dans le cadre de cette étude, concerne bien le patient mais dans son rapport à l'activité médicale, dans la mesure où nous évaluons sa réaction à une procédure spécifiquement médicale. Le dépistage, à l'inverse de la maladie lorsqu'elle survient par le biais des symptômes somatiques, n'arrive jamais à la personne hors du contexte médical, mais bien au contraire toujours proposé par le médecin. Par ailleurs, le dépistage ou la prévention ne constituent pas des motifs de consultation des psychologues par les personnes. Le sujet de la prévention pourrait éventuellement être abordé lors de consultations psychologiques, notamment en cas de diagnostic avéré de cancer, ou en cas de craintes hypocondriaques, mais il est très peu probable que ce thème occupe une place importante dans une psychothérapie. Les réflexions quant aux visées possibles concrètes de cette recherche, la manière de transformer et d'exploiter les résultats, en dehors d'un gain en connaissances fondamentales sur le fonctionnement psychique, impliquent donc un travail interdisciplinaire. Le but visé n'est alors plus uniquement de produire un savoir sur un phénomène, mais que le processus même de recherche entraîne des effets, qui peuvent être de différentes natures, sur le terrain.

Un dispositif de recherche-action dans le cadre de l'interdisciplinarité a bien pour but que chaque discipline puisse gagner de l'éclairage apporté par l'autre, et bien justement dans la mesure où un même phénomène se révèle différent selon le prisme et le point de vue duquel on

²⁸⁴ É. Ricadat, *Destins du sexuel et sexualité à l'épreuve du cancer*, op. cit., p. 87.

l'envisage. « La rencontre de deux champs disciplinaires différents, nous dit Elise Ricadat, aboutit à la fois à la production d'objets communs et de champs partagés, mais surtout au fait que ces formations théoriques innovantes puissent se réinsérer dans l'un et l'autre de leurs cadres et de leurs propriétés épistémologiques respectifs, que chacune des disciplines puisse se réapproprier ses propres objets dans l'exploitation des résultats et du dispositif. Elle garantit un accroissement du savoir et du savoir-faire disciplinaire parce qu'elle fait surgir, du fait de l'alliance d'une discipline avec l'autre, des éléments par définition non prévisibles dans les cadres épistémologiques de l'une, ni de l'autre, mais qui, pourtant, peuvent se révéler hautement significatifs pour les objectifs de recherche de chacune des deux respectivement »²⁸⁵. La mesure dans laquelle une discipline peut apporter à l'autre – et respectivement –, et les moyens par lesquels un dialogue entre disciplines peut être possible, doivent être identifiables.

Ricadat, dans son travail de thèse, rapporte des moments d'éloignement des objets épistémologiques et par rapport à l'éthique de la discipline d'origine, c'est-à-dire des moments où un « effort de suspension des théories de référence » est nécessaire. L'exigence d'interdisciplinarité « va même parfois jusqu'à menacer de se traduire par un éloignement, que le chercheur clinicien peut craindre irréversible, vis-à-vis des fondements même de son métier et de son identité professionnelle »²⁸⁶. L'interdisciplinarité pourrait donc avoir lieu au moment où les différents acteurs s'engagent à un effort de suspension au moins relatif et temporaire des modes de fonctionnement propres à leur discipline. Il est discutable qu'un dialogue soit possible sans qu'un tel effort soit réalisé des deux côtés, ce qui implique qu'il n'y ait pas d'interdisciplinarité 'passive' et que celle-ci ne puisse vraiment avoir lieu que lorsque les deux partis sont engagés, ou a minima y trouvent un intérêt. Dans le cas contraire, la portée des recherches se limite sûrement souvent à un échange pluridisciplinaire, dont l'impact est restreint par l'impossibilité à communiquer et à transformer pour une discipline les apports originaux ne pouvant être produits que par l'autre ou par l'effort collaboratif.

Pour qu'il y ait interdisciplinarité, cela suppose en effet bien que les différences et écarts entre les disciplines ne soient abrasés que temporairement et dans la mesure où cela rend possible le dialogue, car l'intérêt repose bien dans ce que la spécificité d'une discipline peut apporter à l'autre. « C'est surtout son corollaire, le moment de la modélisation et de la théorisation par l'introduction des cadres épistémologiques propres à chaque discipline ultérieurement, que la collaboration interdisciplinaire est particulièrement pertinente, puisqu'elle est l'occasion de penser les résultats de manière dynamique. Ce second temps signe le moment où chacun reprend ses objets et où le dialogue peut s'ouvrir dans le respect de l'épistémologie de chaque discipline et de ce qui l'anime »²⁸⁷. Si la nécessité d'exporter et de communiquer les résultats est au cœur de ce travail de recherche, l'intérêt de notre travail repose bien dans ce que nous pouvons apporter de

²⁸⁵ *Ibid.*, p. 99.

²⁸⁶ *Ibid.*

²⁸⁷ *Ibid.*, p. 100.

spécifique, dans l'éclairage particulier que nous pouvons apporter du fait de notre formation et de notre orientation théorique.

Au cœur de ces questionnements se place le choix de notre méthodologie. D'une manière sûrement trop schématique, nous pouvons tout de même dire que l'utilisation de la méthode psychanalytique, dont nous commencerons seulement maintenant à parler, répond à notre volonté d'affirmer et de nous attacher à ce que notre discipline apporte, à savoir cet éclairage particulier qui ne peut être apporté sans le recours à sa méthode. La théorisation ancrée est quant à elle ce pont qui nous permet d'exporter nos réflexions concernant le fonctionnement psychique singulier, individuel, inconscient et dynamique, à l'étude d'un phénomène qui ne concerne pas uniquement un individu mais un groupe. Cette démarche permettant de faire un saut du singulier au populationnel, de l'étude d'un cas individuel au fonctionnement d'un sujet dans un contexte particulier, participe de rendre les résultats exportables et communicables dans un champ qui leur est *a priori* exogène.

Cette partie de l'étude, l'observation des consultations médicales, aura donc eu une valeur de préquelle, nous permettant de nous familiariser avec le travail au sein du milieu hospitalier et notamment dans le cadre d'une recherche en médecine, avec les éventuelles demandes et attentes des équipes impliquées dans le soin des patients, et de préciser la façon dont nous percevions notre rôle et l'utilité possible des résultats qui pourraient émerger de cette recherche. Les rencontres avec les équipes soignantes, de disciplines diverses, auront donc tout à la fois provoqué un décentrement par rapport à nos *a priori* théoriques, et réaffirmé la nécessité de nous y attacher. Elles auront été l'occasion de cet « effet de brouillage premier mais positif » débouchant sur une « redéfinition dynamique des liens que le chercheur entretient à sa propre discipline et aux savoirs qu'elle défend. Elle serait l'agent qui produit un coup de fouet épistémologique d'où peut naître une réflexion féconde et roborative des liens que le chercheur entretient avec sa discipline d'origine et les vérités qu'elle défend, ayant pour effet de renforcer son attachement à ses fondements épistémologiques en les redécouvrant. »²⁸⁸.

L'utilisation conjointe de la « méthode psychanalytique »²⁸⁹ et de la théorisation ancrée – utilisation conjointe par ailleurs controversée –, nous a paru la plus à même de pouvoir atteindre ce but d'exportation de l'écoute du sujet singulier et du sujet de l'inconscient dans le milieu hospitalier qui peut lui être par ailleurs si étranger.

²⁸⁸ *Ibid.*

²⁸⁹ Catherine Desprats-Pequignot, *La Psychanalyse*, Paris, La Découverte, 2002, chap. III-La méthode psychanalytique.

3. 2nd volet. Des entretiens de recherche à la rédaction de la thèse, la construction d'une problématique

Le psychologue-chercheur travaillant avec la théorisation ancrée implémente ou intègre un projet de recherche sans hypothèses préalables. La problématique de recherche se construit au contact des données empiriques et au fil de leur analyse. Nous reviendrons ici sur le processus de construction de la problématique de recherche, processus ayant impliqué l'utilisation conjointe de deux méthodes : la méthode psychanalytique et la théorisation ancrée.

3.1. Entretien de recherche et méthode psychanalytique : association libre et attention flottante

Nous rencontrons les participants de l'étude psychologique lors de trois entretiens : le premier après la consultation d'inclusion dans l'étude médicale, le second après le rendu des premiers résultats, le troisième un an après le premier bilan. Les caractéristiques des participants rencontrés dans le cadre de l'étude psychologiques et la liste des entretiens qui ont pu être réalisés sont résumés dans le tableau 7.

Lors du premier entretien, une question d'amorce est posée, formulée de cette manière : « Vous avez rejoint il y a quelques jours l'étude Detector, qui est une étude de dépistage des cancers liés au tabagisme. Comment avez-vous vécu la proposition de participer à cette étude, et depuis, la possibilité qu'une maladie soit détectée par ce biais ? ». Aucune grille de questions ou liste de thématiques à aborder n'est préparée au préalable.

Les patients sont invités à parler librement lors de l'entretien, et nous facilitons, par des relances, le discours du patient. L'entretien se termine la plupart du temps à la demande du participant, lorsque les élaborations s'essouffent, ou après environ une heure quarante-cinq lorsque l'entretien tendrait à ne pas s'arrêter sans notre intervention. Les entretiens sont intégralement enregistrés et retranscrits verbatim.

A la méthode de théorisation ancrée, qui concerne surtout la circularité entre la théorisation et le recueil des données, et la comparaison constante entre la conceptualisation et les observations de terrain, s'ajoute ici la « méthode psychanalytique » telle que l'entend, par exemple, Catherine Desprats-Pequignot. S'appuyer sur la méthode psychanalytique pour définir les principes cadrant l'entretien de recherche vise à permettre le déploiement des processus inconscients. Selon Desprats-Pequignot, Freud définit avec la méthode psychanalytique non seulement des modalités de lecture, de déchiffrement de matériaux psychiques inconscients, mais également une technique d'investigation qui permet leur émergence alors qu'ils seraient presque inaccessibles autrement. L'association libre du côté du patient, l'attention flottante du côté de l'investigateur, participent en effet de la mise en place de « conditions propices à l'obtention

d'indices »²⁹⁰. « Il s'agit donc, par ce procédé, d'éliminer la sélection volontaire, de mettre hors jeu la censure entre conscient et préconscient. L'inconscient ne peut parvenir au conscient directement, il faut qu'il y ait d'abord accès au niveau préconscient, d'où la nécessité, note Freud, de lever la censure entre conscient et préconscient pour accéder aux pensées latentes mettant sur la voie du refoulé »²⁹¹. Du côté de l'investigateur, il s'agit de suspendre l'action de jugement, de mettre à l'écart les préjugés, de ne privilégier *a priori* aucun des éléments du discours des patients.

Tableau 7 Informations générales sur la participation à l'étude psychologique							
Sexe	Pseudonyme	Age	Nombre d'entretiens	T1	T2	T3	Motif arrêt
Mme	Mooc ²⁹²	56	3	X	X	X	
Mr	Sial	78	3	X	X	X	
Mme	Ouna	75	1	X			Arrêt étude psy
Mr	Deht	79	3	X	X	X	
Mr	Soje	80	2	X	X		Décès
Mr	Paut	69	3	X	X	X	
Mme	Taac	71	1		X		Arrêt Detector
Mme	Pair	62	2	X		X	Refus entretien T2
Mme	Kcoa	57	2	X	X		Saturation
Mme	Glaa	66	2	X	X		Saturation
Mme	Syet	58	2	X	X		Saturation
Mr	Liam	68	2	X	X		Saturation
Mme	Heau	69	2	X	X		Saturation
Mr	Leje	59	3	X	X	X	
Mr	Djam	61	1	X			Arrêt étude psy
Mr	Clux	63	2	X	X		Arrêt Detector
Mr	Chez	62	3	X	X	X	
Mr	Emal	68	2	X		X	AVC proche T2
Mme	Brin	66	2	X		X	Date ratée
Mr	Node	70	2	X	X		Saturation
Mr	Nare	62	2	X	X		Saturation
Mme	Daso	58	1	X			Arrêt étude psy
10 femmes 12 hommes	Age moyen : 66 ans		46	21	16	9	

²⁹⁰ *Ibid.*

²⁹¹ *Ibid.*

²⁹² Nous avons choisi de ne pas prénommer les participants car nous souhaitons nous détacher des représentations associées à l'âge, or il existe des associations entre les prénoms et les générations. Nous avons donc déterminé des pseudonymes à l'aide de la méthode d'anonymisation utilisée dans le cadre de Detector.

Quelques remarques doivent déjà être faites quant à l'utilisation de la méthode psychanalytique et son articulation avec la méthode de la théorisation ancrée. Le débat est parfois houleux et les dissensions nombreuses concernant la possibilité d'associer deux méthodes d'analyse, voire d'entreprendre des recherches en psychanalyse hors du cadre de la cure classique. « Les critiques les plus vives, et les moins attendues sans doute aussi, proviennent sans doute de la communauté analytique elle-même, dont les tenants se montrent tout aussi critiques sur le respect d'une démarche méthodologique empruntée aux sciences sociales, animés par la conviction que son introduction suffit à dévoyer le cadre orthodoxe de la méthodologie communément et couramment employée dans les recherches en psychanalyse, celle de l'étude de cas unique au long cours avec accès à l'anamnèse et analyse du transfert »²⁹³. Disons tout de suite que nous n'appréhendons pas ce travail comme une recherche en psychanalyse.

D'une formation à la psychologie clinique d'orientation psychanalytique, ayant profité en cela du déploiement de l'enseignement de la psychanalyse à l'université, nous avons été introduite à l'intérêt et à la spécificité de la méthode et des concepts psychanalytiques dans le cadre de la formation et la pratique de la psychologie clinique et de l'accompagnement des patients dans divers contextes, et notamment à l'hôpital. Peut-être d'une certaine manière, ne pas être psychanalyste et n'avoir donc accès à l'« or pur » de la psychanalyse, facilite notre positionnement vis-à-vis de certains questionnements autant que cela peut le compliquer par ailleurs. Qu'est-ce qu'utiliser des éléments de la méthode et de la théorie psychanalytique, sans être soi-même psychanalyste ? Cela commence selon nous *a minima* par avoir eu affaire à la pertinence de leur utilisation dans l'écoute du patient, dans l'accompagnement de personnes en souffrance dans divers contextes, et ce jamais dans le cadre d'une cure-type. C'est *a minima* avoir remarqué leur intérêt renouvelé dans l'accompagnement des patients, dans la pratique non de psychanalyste mais de psychologue clinicien. Notre pratique a pu confirmer l'intérêt, dans un cadre clinique, d'une écoute et d'une pratique guidées par la prise en compte des processus psychiques inconscients, de la pulsionnalité, de la dynamique désirante, de la subjectivité.

Notre démarche est donc guidée par l'impression que l'étude d'un phénomène *a priori* bien loin des sujets d'étude privilégiés de la psychanalyse, pourrait bénéficier de l'abord original qu'elle en permet, et de son éclairage par un angle étant resté surtout dans l'ombre jusqu'à présent. L'utilisation de la méthode psychanalytique est la seule permettant la prise en compte des enjeux inconscients, pulsionnels, de désir, défensifs, etc. qui pourraient bien également concerner le sujet se soumettant à une procédure médicale. Cette recherche repose donc sur un pari, sans garantie : l'idée que l'utilisation des outils méthodologiques et conceptuels psychanalytiques pourrait déboucher sur la production de savoirs et savoir-faire originaux et potentiellement bénéfiques pour la prise en charge des sujets désirants en contact avec les procédures de dépistage des cancers. Cette démarche pourra paraître assurément discutable à certains. Elle nous paraît néanmoins féconde pour éclairer sous un jour nouveau l'expérience des sujets dans le cadre d'une participation à un dépistage des cancers. « Si la méthode d'investigation élaborée par Freud à

²⁹³ É. Ricadat, *Destins du sexuel et sexualité à l'épreuve du cancer*, *op. cit.*, p. 69.

partir du travail clinique trouve son application dans la psychanalyse comme procédé thérapeutique, elle ne s'y réduit donc pas. Pour Freud, les créations tels le mythe, le conte, la poésie, l'art, résultent pour partie de l'élaboration d'une fantasmagorie et, par-là, autorisent une interprétation comme le rêve [...] Pas plus que dans l'analyse du rêve il ne s'agit donc d'appliquer une grille de lecture toute prête, mais de procéder à un déchiffrement comparable à celui effectué pour analyser le rêve »²⁹⁴.

Un certain nombre des 'postulats de départ' et des '*a priori*' dont nous avons dit qu'ils devaient être tenus à l'écart, sont donc en réalité à la base de la recherche. Il s'agit de distinguer les 'hypothèses' ou 'constructions' qui auraient pour but d'expliquer préalablement le phénomène étudié d'une part, et les « piliers de la théorie psychanalytique », piliers à la base de la méthode adoptée, d'autre part. Ces points essentiels qui sont « à prendre ou à laisser »²⁹⁵ en ce qui concerne la méthode psychanalytique, sont notamment selon Desprats-Pequignot la résistance et le refoulement, l'inconscient, la prise en considération de la psychosexualité, etc. Ils sont au cœur de notre méthode, et au cœur de l'intérêt potentiel de notre recherche qui repose sur le postulat que certains mouvements psychiques inconscients sont impliqués et mobilisés dans l'expérience des patients lors des procédures médicales. C'est en ce sens qu'a été pensé et posé le cadre de l'entretien de recherche. « Jean Laplanche, réfléchissant à ce qui fait de la situation analytique une « formation de l'inconscient », c'est-à-dire un moyen privilégié de son émergence comme le rêve ou le lapsus, pense que ce sont ses caractéristiques de « baquet ». Il entend par là un lieu où un espace dont le contenu (l'eau, la parole), du fait qu'il est maintenu artificiellement dans un espace, dans ce lieu, change de caractéristiques ou de propriétés (l'eau ne coule plus, la parole devient plus « conductrice » d'inconscient) »²⁹⁶.

Si de nombreux écarts existent bien entendu entre ce cadre expérimental et le cadre de la cure-type, son instauration a également pour but le déploiement de la parole et d'offrir un cadre propice à l'émergence de dynamiques psychiques qui ne pourraient être mises en évidence – ou en tout cas plus difficilement – en dehors de ce cadre. L'entretien de recherche, son amorce unique, la méthode de relance du discours, visent ainsi à offrir un lieu de déploiement à des mouvements psychiques inconscients présents préalablement mais alors masqués et soustraits à toute identification et analyse possible. Nous voyons que ce cadre, proche à ce stade d'un cadre expérimental, s'il est compatible avec celui proposé par la théorisation ancrée, consiste bien en un ajout propre à notre inscription épistémologique et à notre fonction de psychologue clinicien. A vrai dire, et surtout selon Paillé, la théorisation ancrée consiste plutôt en une méthode d'analyse des données, qui laisse une place, par ailleurs, à la « sensibilité théorique » du chercheur. Cela rend la théorisation ancrée propice à son utilisation conjointe avec d'autres méthodes, ainsi par

²⁹⁴ C. Desprats-Pequignot, *La Psychanalyse, op. cit.*, p. III-La méthode psychanalytique.

²⁹⁵ *Ibid.*

²⁹⁶ Odile Lesourne, *Le grand fumeur et sa passion*, Format Kindle., Paris, PUF, 2008, chap. II-Enquête et psychanalyse.

exemple, la phénoménologie²⁹⁷ ou encore la psychanalyse²⁹⁸ comme cela a déjà été le cas dans des recherches abouties. Si la théorisation ancrée prévoit que les questions posées, par exemple, soient évolutives et toujours temporaires en fonction des progrès faits par la théorisation, le fait de limiter les questions à des relances s'inscrit dans un autre cadre épistémologique. En l'occurrence, un reposant sur le postulat de l'association libre et de l'attention flottante comme une des méthodes principales permettant l'exploration des dynamiques inconscientes, y compris par l'analyse des résistances à la consigne.

« L'association libre dans l'observance de la règle fondamentale et l'attention flottante sont donc indispensables pour le travail d'analyse. Ce sont les conditions pour obtenir que s'exprime le refoulé et s'entende ce qui peut mettre sur sa trace. Tout élément du discours, comme tout élément du rêve, fût-il le plus discret, le plus insignifiant et dépourvu de sens, peut s'avérer le point de départ d'une chaîne associative, d'une série de pensée. Ainsi par l'association libre se révèlent des « indices » permettant de « tomber » sur du matériel latent »²⁹⁹. Si la consigne de l'association libre n'est pas formulée telle quelle au départ de l'entretien de recherche, nos interventions, au-delà de l'amorce, n'ont d'autre but que de permettre le déploiement de la parole. Tout d'abord en offrant à la personne un espace où sa parole est invitée, en lui affirmant l'intérêt qu'elle représente, en témoignant de la curiosité pour son fonctionnement psychique et le discours qu'il apporte, en formulant des relances lorsque le fil associatif se délite – relances se limitant dans la plupart du cas à une reprise sous forme interrogative des derniers propos formulés par la personne.

3.2. Emergence du matériel clinique et limites au travail interprétatif

Un certain nombre de points font de cette situation de recherche une situation des plus particulières qui nécessite, pour la poursuite de l'interprétation des données, de ne pas se limiter à la seule méthode psychanalytique. En premier lieu, la question de la demande, qui ne se situe pas du côté de celui qui parle mais de celui de l'investigateur. L'impulsion à l'entretien n'est pas du côté du patient qui fait l'expérience d'un symptôme qui le gêne et qui l'amène à parler. La consultation médicale et l'amorce sont ce qui donne une impulsion à la parole. L'amorce se veut aussi large que possible, mais doit néanmoins être, dans une certaine mesure au moins, ciblée.

Dans la mesure où le chercheur doit également inhiber ses « représentations-but », il est alors envisageable que le chercheur et le participant fassent l'expérience d'un certain désarroi, aient l'impression diffuse de ne pas bien savoir pourquoi ils sont là. Si cela peut être déstabilisant, il nous semble que cela participe de la libération de la parole et témoigne du fait que, si la demande du chercheur est présente, elle n'est pas envahissante et ne vient pas entraver les associations des

²⁹⁷ Isabelle Aujoulat, « De l'analyse descriptive à la théorisation » dans *Les recherches qualitatives en santé*, Malakoff, Armand Colin, 2016, p. 199-211.

²⁹⁸ É. Ricadat, *Destins du sexuel et sexualité à l'épreuve du cancer*, *op. cit.* ; Anne-laure Sébert, *La construction identitaire à l'épreuve de la maladie grave : étude qualitative chez les Adolescents et Jeunes Adultes (AJA) traités dans une Unité d'hématologie dédiée*, Thèse de doctorat, Université de Paris, Paris, 2021.

²⁹⁹ C. Desprats-Pequignot, *La Psychanalyse*, *op. cit.*

personnes. Concrètement, cela s'est ressenti dans les entretiens par la nécessité, pour le chercheur, de laisser les associations défiler et d'inhiber sa tentation à faire 'revenir le participant sur le sujet', même lorsque celui-ci n'abordait la question du dépistage que lors des deux premières minutes de l'entretien, pour s'en éloigner entièrement après.

Il y a en effet une différence tout à fait importante, que nous avons sentie dans cette recherche, entre un discours qui défile, des propos qui s'enchaînent en réaction aux questions, mais dans une parole qui peut être creuse, et à l'inverse une parole pleine, dans laquelle se déploie la subjectivité du patient, et qui est parfois beaucoup plus entrecoupée, hésitante, faite d'alls et retours, se cherchant au fil de l'entretien. Le moteur de l'entretien est dans ce cadre, non pas tant l'envie du chercheur de démontrer un point de théorie, ou de produire un résultat, mais plutôt l'intuition qu'il se passera quelque chose de pertinent s'il laisse la parole libre au patient, et même s'il n'en perçoit aucunement à ce stade les tenants et aboutissants. Au centre des premiers entretiens de recherche était donc notre volonté de rester ouverte à la surprise et aux possibilités d'émergence d'un matériau psychique, tout en n'ayant aucune certitude que 'quelque chose' se passerait, ou encore quelle en serait la nature.

Surprise et désarroi ont en effet été de mise et le sont restés jusqu'à ce que soient trouvés les moyens adéquats de progresser dans l'analyse. Avancer dans le développement de la méthode requiert ici que nous présentions quelques résultats ayant émergé des premiers entretiens. Les participants, invités à parler librement, ont abordé des 'thématiques' très diverses en réponse à la question posée et dans le cours des entretiens de recherche. Des expériences de la guerre des aïeux, aux leçons de religion qui nous étaient proposées, aux expériences d'angoisses infantiles, en passant par l'expérience des pathologies somatiques, par celle des interactions avec leurs enfants ou avec leurs partenaires, il ne nous a pas paru possible, en premier lieu, d'identifier un quelconque sens émergeant des entretiens. Il semblait même que les participants abordaient à peine le dépistage qui était au centre de la question d'amorce, le sujet étant largement délaissé dès les premières associations des participants.

En revanche, de manière très analogue à ce qui se produit dans la recherche d'Odile Lesourne, « ce qui au départ, semble un discours banal, quotidien, à peine plus révélateur qu'une conversation de salon, apparaît après un certain temps tout à fait autre. Tout peut servir à interpréter : la forme du texte, flou ou précis, hésitant ou déterminé, éparpillé ou construit [...], les variations dans la forme (quelqu'un parle clairement et distinctement puis se désorganise, ne termine pas ses phrases et se contredit quand il aborde la question du boire par rapport au fumer) ; les affirmations ou dénégations [...] ; les lapsus évidemment qui sont ici fréquents ; les métaphores, les manières de parler, les mots à double sens »³⁰⁰, etc. Sont par ailleurs repérables, des mots qui se répètent constamment, des craquées syntaxiques, des passages du coq à l'âne, des allers et retours, dans le discours, entre désir et défense. Les personnes mentionnent parfois des rêves, parfois sont sujettes à des oublis. Des appels aux chercheurs, des ruptures du fil

³⁰⁰ O. Lesourne, *Le grand fumeur et sa passion*, *op. cit.*, p. II-Enquête et psychanalyse.

associatif, voire ce qui pouvait être lu comme des mouvements défensifs plus ou moins massifs sont également perceptibles. Il est possible que des ébauches de transfert aient par ailleurs été amorcées, mouvements souvent plutôt repérés lors du second ou troisième entretien, mais amorcés parfois dès le premier, et repérés dans la manière des participants de s'adresser à nous, de s'impliquer et de nous impliquer dans l'entretien.

Le repérage de ces signes manifestes qui laissent deviner la présence de mouvements psychiques inconscients, ne permettait en revanche à ce stade pas de constructions quant à un éventuel sens, qu'il s'agisse d'un sens individuel permettant de rédiger des 'cas' ou de sens transversal permettant d'expliquer le phénomène 'dépistage'. Si quelques symptômes sont évoqués par les participants ou repérés par le chercheur, la faible quantité d'éléments d'anamnèse, ne nous permettait pas à ce stade de tenter des constructions ou des interprétations. Ces différents éléments nous ont amenée à longtemps douter des possibilités de mener à bien cette recherche. Voire à douter de l'intérêt même de mener à bien cette recherche. Il est ainsi toujours resté présent à notre esprit que, s'il était possible que le cadre provoque des effets d'émergence de mouvements inconscients, il fallait encore que ces éléments puissent être regroupés, reconstitués d'une manière qui ait un sens. L'intérêt d'une recherche construite selon cette méthodologie reposait sur le postulat que les personnes qui vivent des procédures de dépistage étaient dans ce cadre traversées par des mouvements psychiques inconscients, qui impliquaient par exemple le déploiement de désirs, de défenses, de fantasmes, etc. La possibilité était réelle que ce postulat s'avère infondé, ou que l'alliage de la méthode psychanalytique avec la théorisation ancrée ne permette pas d'observer le phénomène sous l'angle souhaité. Il n'était pas garanti que le phénomène en lui-même concerne du matériel intéressant la méthode psychanalytique. Par ailleurs, l'absence de questions ciblées ou de liste de thématiques à aborder, le fait de laisser les participants se décaler entièrement de la question du dépistage, disqualifiait les possibilités de se rabattre sur une étude psychosociale du phénomène dépistage se basant sur une analyse du discours exclusivement manifeste. Au dispositif de recherche est donc attaché les possibilités d'interprétation possible. Le doute et la constante remise en question sur la possibilité de mener à bien une recherche nous paraissent être, néanmoins, un meilleur garant de validité des résultats qu'une conviction préalable quant à la nature des résultats qui seraient obtenus, et la conviction, dans de tels dispositifs, qu'une telle recherche puisse être menée à bien.

Les tentatives d'analyse du matériel clinique par le seul recours à la méthode psychanalytique ont donc atteint à ce stade leur limite. Malgré la présence de nombreux indices révélant le déploiement de mouvements psychiques inconscients, l'absence de suffisamment d'éléments d'anamnèse, l'absence de demande de la part des personnes et donc l'impossibilité à ce stade de capter l'intentionnalité du discours, l'absence d'établissement d'une névrose de transfert, ne permettaient aucune construction quant au fonctionnement psychique des participants de l'étude. Le recours à la théorisation ancrée, plus que d'être uniquement compatible avec la méthode psychanalyse, se présente ici comme apportant un complément, permettant de dépasser la logique du cas impossible dans ce cadre. L'utilisation de la théorisation ancrée est ce qui permet de poursuivre l'analyse, face à la limite rencontrée par l'analyse individuelle, au cas par cas, en

offrant la possibilité d'étudier les résultats de manière transversale. Elle permet que se poursuive le « processus de questionnement » inhérent à l'acte de théorisation.

3.3. Codage et catégorisation : introduction à l'analyse transversale

L'utilisation de l'analyse par théorisation ancrée permet un autre abord du matériel clinique. Cela implique de se décaler de la méthode de mise en sens proposée par la psychanalyse par la mise en place d'étapes de lecture du matériel, qui commence par sa codification. « Il s'agit simplement de dégager, relever, nommer, résumer, thématiser, presque ligne par ligne, le propos développé à l'intérieur du corpus sur lequel porte l'analyse. Le chercheur procède donc à une lecture attentive de la transcription de l'entrevue, des notes de terrain, etc., puis tente de qualifier par des mots ou des expressions le propos d'ensemble »³⁰¹. Il s'agit donc de la première étape d'un exercice qui permet de dégager les propriétés, les éléments constitutifs du discours. Cette étape se veut principalement descriptive, phénoménologique et non interprétative, ce qui participe de la validité de la démarche.

2017.03.13. 1Pr -

00:00 Donc vous avez rejoint il y a quelques semaines "Détektor" l'équipe de dépistage des cancers liés au tabac. Est-ce que vous pourriez me raconter ce que vous pensez de cette démarche et la manière dont vous vivez les choses depuis que le docteur vous l'a proposé ?

00:17 Ah ben je le vis très bien. J'y pense pas... il me l'a proposé j'ai dit : "pourquoi pas ?" de toute façon moi je suis pour les...comment dire? La prévention donc... et ça me... bah j'y pense pas tous les jours, je vous dis ça tout de suite. J'y ai repensé quand vous m'avez appelé, voilà. Mais sans ça, ça ne me traumatise pas, je m'angoisse pas pour... à cause des résultats. Je me dis : "de toute façon si c'est, c'est et s'il n'y a pas y'a pas" voilà.

00:52 D'accord, vous attendez de voir comment...

00:54 Oui, si vous voulez j'attends sans attendre, voilà.

00:59 Et vous avez accepté tout de suite quand le docteur vous l'a proposé ?

01:04 Oui, quand il m'a expliqué je... j'ai dit "ben pourquoi pas ?"

01:08 Comment il vous l'avait expliqué ?

01:11 Comment il me l'avait expliqué ? Ben comme j'allais le voir moi, parce que j'avais des problèmes de circulation. Enfin je pensais que c'était des problèmes de circulation, finalement ce n'est pas ça, mais comme il sait que je fais une suite depuis longtemps que je fume. Donc il m'a proposé ça, voilà. Sans... j'ai dit : "Oui oui, ben pourquoi pas ?". Il m'a dit : "Vous savez? Ce n'est pas... on vous fait une prise de sang, une radio", enfin pas une radio, un scanner, je ne sais plus ce que c'était, enfin peu importe. J'ai dit bah d'accord... j'ai le temps, puisque je ne travaille plus depuis longtemps (rites).

Bien le vivre
Ne pas y penser
Pourquoi pas rejoindre
Etre pour la prévention
Ne pas être traumatisé
ou angossé par les résultats
Revoir un bit pré-existant

Pourquoi pas rejoindre.

contexte de la demande
problèmes médicaux.
Etre identifié comme
Avoir le temps
Non-évaluation des procédés

³⁰¹ P. Paillé, « L'analyse par théorisation ancrée », art cit.

Le chercheur dispose au départ d'un nombre important de codes, codes qu'il exploite pour arriver à l'émergence de catégories. « Les expressions employées [dans les codes] sont de nature et de portée différentes ; par exemple, certaines ont déjà une consistance conceptuelle et elles pourront être transformées en catégories. D'autres sont accessoires et n'indiquent pas de pistes dignes d'intérêt pour le moment. Il est important de mettre à profit la codification initiale, de relire les codes, de les regrouper [...], de les comparer, de les questionner, de les classifier, de chercher l'ordre plus élevé, etc. »³⁰². Le passage de la codification à la catégorisation implique en réalité à la fois une réduction et une émergence. Les différents codes sont regroupés, ce qui implique une réduction, mais dans le mouvement d'émergence d'un sens qui permet leur regroupement sous une appellation nouvelle. Chaque nouvel entretien dont le contenu est catégorisé participe alors de la précision des définitions des catégories, de la répartition des différents codes en leur sein. « La catégorie est un outil beaucoup plus central que le code. Il faut la clarifier, la détailler, la préciser, éventuellement la revoir, la corriger, la remplacer, l'élargir, la subdiviser, la fusionner, etc. »³⁰³. Les propriétés et définitions des catégories sont progressivement dégagées, affinées, étoffées, les différentes formes sont identifiées. Elles sont donc au fil de l'analyse et jusqu'au dernier entretien, consolidées grâce à la comparaison constante entre les catégories et les données observées sur le terrain. Arrive un moment de l'analyse où la codification et la catégorisation des propos des personnes n'entraînent plus de modifications significatives de la grille thématique développée : la saturation est atteinte.

La version finale de la grille catégorielle comprend dans cette étude six catégories principales. Ces six catégories principales sont subdivisées en 40 catégories, soit environ 7 sous-catégories par catégorie principale. Les présenter de manière synthétique est nécessaire pour continuer à expliciter le processus d'analyse, vers l'émergence de la problématique de la thèse.

L'expérience du corps et de la maladie (9) : les personnes parlent dans les entretiens de leur corps, des symptômes somatiques dont elles ont fait par le passé ou font actuellement l'expérience, par exemple dans le cadre du vieillissement ou de la pathologie somatique. Elles parlent de leur capacité motrice et de l'usage de leur corps dans leur vie et dans leurs relations aux autres. Ceci notamment dans le cas où les symptômes limitent leurs possibilités. Elles parlent alors des tâches concrètes qui peuvent être ou non réalisées, évoquent les questions de l'autonomie, de la dépendance dont elles font éventuellement l'expérience. Sont donc abordées les relations avec les proches dans le cadre de leurs pathologies. Elles parlent également des affects, des émotions ressentis dans le cadre de ces divers changements somatiques et maladies. Elles décrivent des changements identitaires, par exemple des effets des maladies sur leur personnalité. Elles font parfois des hypothèses quant à l'étiologie de leurs symptômes et maladies, mettent en sens les symptômes en faisant appel à des représentations sur la maladie, par rapport à l'histoire familiale ou encore par le biais d'informations transmises par les médecins. Elles produisent parfois dans ce cadre une estimation de leur risque de cancer. Elles mettent leur

³⁰² *Ibid.*

³⁰³ *Ibid.*

expérience en perspective en comparant leurs symptômes par rapport à la norme ou à l'expérience des autres. Elles imaginent parfois une situation qui pourrait être différente.

La prise en charge médicale (7) : les participants de l'étude Detector font parfois également le récit des traitements médicaux et hospitalisations qu'ils ont vécus. Ils parlent dans ce cadre des différents traitements, de la qualité des résultats obtenus, d'éventuels effets secondaires, etc. Des stratégies de soin apparaissent également. Les traitements sont parfois acceptés, parfois refusés. Les patients expliquent les raisons grâce auxquelles et la manière par laquelle ils effectuent des choix concernant le traitement des pathologies. Certains participants ont par ailleurs, en deçà des traitements, été engagés dans des parcours diagnostiques qui font également l'objet d'un récit. Ces parcours diagnostiques sont parfois motivés par la présence de symptômes somatiques, mais ont parfois lieu en l'absence de symptômes, dans une logique de bilans de santé ou de dépistages. Apparaissent alors également des stratégies diagnostiques, les patients explicitant leurs choix et la manière par laquelle ils effectuent des choix liés à la recherche de maladies somatiques. Une part importante de cette catégorie concerne par ailleurs le rapport des personnes au milieu médical et hospitalier. Elles racontent leur expérience du fonctionnement hospitalier et parfois des différents hôpitaux. Elles évoquent également les interactions avec les médecins, en relatant des moments d'interaction particuliers, ou en parlant de la qualité des relations, des modes de communication et de transmission de l'information, etc. Les participants évoquent également parfois les relations avec les autres professionnels de santé.

Les comportements liés à la santé (7) : Les personnes parlent de certains comportements définis soit par elles soit par les médecins comme des comportements liés à la santé. Ainsi par exemple en est-il du tabagisme. La relation au tabagisme, l'histoire du comportement, le sens donné au tabagisme, l'expérience du tabagisme – par exemple le plaisir, la dépendance, etc. – sont évoqués. La question du sevrage tabagique est également une thématique récurrente dans les entretiens, et prend en compte les succès, échecs et difficultés, les différents moyens adoptés et aides mobilisées, la manière dont les personnes vivent ces tentatives et expériences. Les différents discours portés sur le tabagisme sont également évoqués, discours publics, de la famille, des équipes médicales, et les perceptions et réactions des personnes par rapport à ces discours. Il en sera de même pour d'autres comportements de santé ou médecines utilisées, tels que par exemple l'activité sportive, l'alimentation, l'automédication, les pratiques paramédicales ou les médecines parallèles. Des discours extérieurs portés sur ces comportements sont également repérés dans ce cadre, et l'impact de ces discours pour les patients. Dans cette catégorie ont également été rapportés les finances et le parcours de vie, et notamment leur impact sur les questions de santé. Les déménagements, changements d'emploi, le contexte socioéconomique de la personne sont ainsi parfois associés à des problématiques de santé, et notamment à l'accès au soin entraînant des conséquences sur la santé. L'état d'esprit, l'attitude générale et la philosophie de vie sont également envisagés par les participants relativement à la santé.

L'avenir et la mort (5) : Les personnes parlent dans les entretiens de l'avenir et de la mort. Elles abordent notamment des expériences de la maladie et de la mort de leurs proches. Nombreux sont les personnes ayant fait l'expérience de la mort de l'autre, par exemple de leurs

parents, de leurs frères et sœurs, d'amis, de collègues et autres personnes de l'entourage proche ou plus éloigné. Elles évoquent également leur avenir personnel et la possibilité de leur mort à venir. Elles expliquent ou relatent ce qu'elles ressentent actuellement en pensant à la mort, si elles y pensent ou non, comment elles y pensent le cas échéant, les émotions que cela provoque en elles. Elles parlent également de leurs souhaits et jugements sur ce en quoi consiste la bonne ou mauvaise mort. Elles expliquent ce qu'elles craignent, ce qu'elles préféreraient en revanche dans ce cadre. Elles évoquent ce qui arrive après la mort, qu'il s'agisse de croyance en l'au-delà, ou de la vie telle qu'elle serait après elles et notamment pour leurs descendants ou les générations futures. Dans certains cas des idées pour apaiser les craintes sont mobilisées, c'est-à-dire que des pensées sont produites pour rendre supportable la perspective de la mort, ou des stratégies sont envisagées pour que les souhaits soient respectés ou au cas où ils n'étaient pas respectés, etc.

Recherche médicale et santé publique (7) : les personnes parlent également de la recherche médicale et de la santé publique, d'un point de vue très général ou au contraire relativement à leur expérience personnelle dans Detector. Elles parlent ainsi de la santé et de la santé publique en général. Par exemple, elles présentent leurs connaissances sur certains phénomènes, comme des données épidémiologiques à propos du cancer, à propos de l'évolution des possibilités de traitement, de l'évolution des pratiques médicales, des différentes politiques en matière de santé publique, etc. Elles parlent également de la recherche et du progrès scientifique, en présentant des faits historiques mais également en présentant leur opinion, leur adhésion ou leurs réticences éventuelles, etc. Puis vient l'expérience plus personnelle de Detector. Les personnes évoquent les raisons pour lesquelles elles ont accepté le protocole. Elles décrivent leur expérience, de manière descriptive, factuelle et pratique dans ce cadre. Le cas échéant, elles parlent également de leurs réactions émotionnelles face à la proposition de rejoindre l'étude et à leur expérience des procédures de dépistage, à toutes les étapes de la procédure : inclusion, temps d'attente, réception des résultats, etc. Une catégorie est également issue de leur expérience d'être un sujet de la recherche, et réunit des propos des personnes portant sur la façon dont elles se positionnent vis-à-vis de l'étude médicale. La même catégorie a émergé en ce qui concerne la participation spécifique au versant psychologique de l'étude, et réunit les commentaires, remarques et propos qu'elles peuvent émettre par rapport à cela.

La vie hors maladie : Les personnes abordent un certain nombre de sujets n'ayant pas de lien avec les catégories citées. Ces thématiques ne sont pas exclues et seront prises en compte pour l'analyse des réponses individuelles et dans l'analyse transversale. Elles concernent le parcours de vie (activité professionnelles, déménagement, etc.), l'entourage et les proches, les loisirs, mais également la culture, la religion et la politique, ainsi que la psychopathologie.

Les catégories d'analyse sont synthétisées dans le tableau 8.

Tableau 8 Catégories d'analyse issues de l'analyse par théorisation ancrée	
<p>Participer à un essai clinique</p> <p>L'expérience dans Detector Accepter le protocole Le protocole en pratique Réaction et émotionnel autour du dépistage Être un sujet d'étude L'étude psychologique</p> <p>La dimension collective de la santé La santé publique La recherche scientifique</p>	<p>Etats du corps, maladie</p> <p>Description des états du corps Symptômes et sensations corporelles Capacités motrices et usages du corps</p> <p>Eprouvés psychiques liés à ces états Expression d'affects et d'émotions Changements identitaires induits Etiologie ou sens donné aux symptômes</p> <p>Estimation de sa condition physique Se situer par rapport à d'autres ou la norme Imaginer ce qui pourrait être Estimation du risque cancéreux</p>
<p>Prise en charge médicale</p> <p>La recherche de la maladie Evènements liés à la recherche, au diagnostic Comment, pourquoi chercher</p> <p>Le traitement de la maladie Traitements et hospitalisations Comment, pourquoi traiter</p> <p>Descriptions des relations et interactions InSCRIPTION dans le milieu hospitalier Interactions avec les médecins Les professionnels non-médecins</p>	<p>Gérer sa santé</p> <p>Le tabagisme Description et investissement du tabagisme L'arrêt, le sevrage (récit, motifs, etc.) Discours extérieurs et réactions associées</p> <p>Autres comportements, activités Description des comportements Discours extérieurs et réactions associées</p> <p>Etat d'esprit, attitude, philosophie Parcours de vie, finances et santé</p>
<p>L'avenir et la mort</p> <p>La maladie, la mort et le lien à l'autre Être en relation dans la maladie Expérience de la maladie et de la mort de l'autre</p> <p>L'avenir et la mort personnelle Ressenti actuel en pensant à l'avenir Souhaits, désirs, jugements sur l'avenir Idées utilisées pour apaiser les craintes Après la mort (Au-delà, héritage, etc.)</p>	<p>La vie hors maladie</p> <p>Parcours de vie L'entourage, les proches Les loisirs Culture, religion, politique Psychopathologie</p>

3.4. Sensibilité théorique et validation de la recherche

« La codification traduit-elle *parfaitement* le témoignage livré ? Non. Jamais une analyse, quelle qu'elle soit, ne pourra rendre tout ce que met en scène un témoignage, en admettant que cette totalité existe. Ce ne serait d'ailleurs plus une analyse puisque, par définition, une analyse est censée dégager les propriétés *essentiels* de l'objet analysé, selon un angle spécifique »³⁰⁴.

Nous imaginons que cet angle adopté par le chercheur puisse souvent l'être dans l'ignorance que des choix ont été effectués. Or, la formation de psychologue clinicien et la pratique clinique impliquent un gain en savoir et en savoir-faire qui influe sur la manière d'écouter, sur les représentations de ce qu'il est pertinent de repérer, etc., et qui oriente nécessairement la lecture du matériel clinique. Prenons l'exemple fictif de quelqu'un qui nous dirait : « la mort me fait peur et je ne veux pas mourir d'une longue maladie ». Si l'objet de la phrase est dans les deux cas « mort », l'intentionnalité est différente. Dans la première partie de la phrase, le sujet aborde la question de l'affect, dans le second, il exprime un souhait. Il est passif dans le premier cas, actif dans le second. Produire pour ce verbatim un seul code ou deux codes relève déjà d'un choix effectué par nous en fonction de ce que nous repérons, entendons, trouvons pertinent dans les propos de la personne en question. Dans la structure de la phrase la plus simple, se trouve un sujet, un verbe, un objet. Le codage pourrait potentiellement porter sur chaque élément de la phrase. Certains éléments seront donc nécessairement laissés de côté, d'autres sélectionnés. « En fait, il faut laisser de côté la logique classique du codage-se-voulant-exhaustif-et-objectif, logique qui ne correspond nullement au caractère itératif de l'analyse par théorisation ancrée »³⁰⁵. Les écarts de sélection entre chercheurs peuvent être induits par la formation et la pratique de disciplines différentes. Bien qu'à ce stade les concepts issus des différentes disciplines n'aient pas leur place, la sensibilité théorique développée lors de la formation et au cours de la pratique oriente la lecture même du matériel étudié. Si les choix nous semblent déjà impliqués dans la codification, ils le sont encore plus dans la catégorisation.

« La catégorie doit en fait hisser l'analyse au niveau de la compréhension d'un comportement, d'un phénomène, d'un événement ou d'un élément d'un univers psychologique ou social »³⁰⁶. Selon Paillé, la catégorie est un outil analytique puissant mais également énigmatique. Il peut être complexe pour le chercheur d'expliquer ce qui a permis l'émergence d'une catégorie plutôt que d'une autre, ce qui est voué à rester un simple code ou ce qui est élevé au niveau de catégorie. « Cette activité fait intervenir la sensibilité théorique du chercheur, c'est-à-dire la capacité de tirer un sens des données, de nommer les phénomènes en cause, d'en dégager les implications, les liens, de les ordonner dans un schéma explicatif, bref de les analyser, de les théoriser. On peut penser à un instrument sensible, capable de détecter des variations infimes, subtiles »³⁰⁷.

³⁰⁴ *Ibid.*

³⁰⁵ *Ibid.*

³⁰⁶ *Ibid.*

³⁰⁷ *Ibid.*

Ce qui n'implique pas que se perde par-là l'ancrage dans les données de terrain. Le fait que des lectures et analyses différentes puissent émerger d'un même matériel clinique ne signifie pas que toute interprétation ou analyse soit également valable ou fidèle aux données empiriques. Si l'analyse en elle-même est une valeur ajoutée par le chercheur, elle reste fidèle aux signes repérés dans les données de terrain. « Il va sans dire, toutefois, que l'analyse doit demeurer ancrée empiriquement, exigence qui pourra se révéler problématique du fait que deux attitudes sont susceptibles d'intervenir dans cette première étape de l'analyse »³⁰⁸. La créativité interprétative doit toujours se déployer en articulation avec « la prudence empirique »³⁰⁹.

La validité du résultat ne repose selon nous pas dans l'idée que des chercheurs différents face au même matériel produisent le même découpage catégoriel. Elle repose plutôt dans la prise de conscience que les choix effectués sont déjà des choix, et dans l'affirmation et les possibilités de justification de ces choix. Affirmer et justifier la sélection d'un point de vue, être capable de défendre ce choix grâce à l'appui sur les données empiriques, nous paraît un facteur essentiel dans la validation d'une recherche selon la méthode de théorisation ancrée. En ce sens, des concertations avec des membres de l'équipe de recherche familiarisés avec le matériel clinique sont organisées. Ces rencontres et discussions sont l'occasion de mettre à l'épreuve la catégorisation que nous avons effectuée. Elles sont l'occasion d'une remise en question, l'occasion de prendre conscience de la spécificité de notre lecture. Nous avons alors envisagé différentes catégorisations possibles du matériel. Nous avons été amenée à expliquer, justifier nos choix. Ce procédé participe de la validation dans la mesure où il permet une réflexivité sur la démarche, permet en ce sens une mise à l'épreuve des résultats obtenus, sans pour autant abraser l'originalité de notre apport. Cela constitue une occasion de vérifier que notre créativité interprétative, dans laquelle réside l'originalité de cette recherche, ne remette pas en question l'ancrage dans les données empiriques. Après leur validation collective et dans une logique itérative, les catégories constituent alors un outil d'analyse nous permettant d'avancer dans notre théorisation. Elles sont représentatives du regard que nous portons sur le matériel, en même temps qu'elles sont un outil nous permettant de le lire différemment.

3.5. Articulation du banal et de l'original

La catégorie offre de nouvelles perspectives d'analyse car elle permet d'étudier le matériel clinique sous un angle nouveau, notamment en articulant le banal et l'original.

Le logiciel N'Vivo joue un important rôle en ce sens. Ce logiciel, conçu pour faciliter la catégorisation des verbatims, entre autres fonctions, offre de nombreuses possibilités de présentation de ces mêmes verbatims. Il permet ainsi d'afficher tous les verbatims appartenant à une catégorie, à l'exclusion des autres, tous patients confondus. Il est ainsi possible de visualiser tout ce que les différentes personnes ont dit, par exemple, sur 'le sevrage tabagique' en mettant temporairement de côté tous les autres contenus. Il est également possible de lire les propos

³⁰⁸ *Ibid.*

³⁰⁹ *Ibid.*

d'une même personne, non pas dans l'ordre dans lequel elle les a formulés, mais de manière organisée par catégorie. Ainsi par exemple, nous pouvons lire ce que Mme Taac a dit de l'expérience du corps et de la maladie, puis ses propos concernant les traitements médicaux, puis les comportements de santé, etc. Cela a pour but d'observer le matériel sous toutes ses coutures.

Nous pourrions penser qu'appréhender le matériel clinique sous l'angle de catégories qui sont les mêmes pour tous les participants de l'étude tendrait à abraser la spécificité et l'originalité des réponses individuelles. Cela pourrait donner l'impression d'une tentative d'uniformisation des propos des personnes, et donc de réduction de la singularité. Voire, cela nous ferait courir le risque de dénaturer les propos d'une personne en altérant le flux associatif individuel. Notre expérience a été bien différente. En réalité, étudier le matériel par ce prisme de lecture uniformisé rend d'autant plus saillante la singularité des histoires racontées. L'émergence de catégories n'abruse pas l'originalité des réactions singulières : elle permet au contraire de mettre mieux en évidence, catégorie par catégorie, les importantes variations entre les personnes et l'originalité de l'inscription de leurs propos dans l'histoire singulière.

De l'original émerge ainsi du banal, grâce à une mise en perspective des réponses personnelles par rapport aux réponses du groupe. Voici quelques exemples issus de cette recherche :

Un résultat marquant a été de constater que le dépistage, objet de l'amorce, n'apparaissait pas en filigrane dans toutes les catégories, mais plutôt que les propos concernant directement l'expérience du dépistage ne constituait qu'une fraction de catégorie principale. Seulement 5 sous-catégories sur 40 concernent l'expérience du dépistage, ce qui confirme notre difficulté initiale à percevoir un sens se dégageant des entretiens et cernant l'expérience du dépistage, de manière individuelle ou groupale. Mais il apparaît également que, si les patients se décalent de la question du dépistage, ils s'en décalent non seulement tous, mais surtout tous d'une manière similaire, c'est-à-dire d'une manière pouvant être décrite et saisie grâce au dégagement de catégories d'analyse. Le fait de retrouver, de manière transversale pour les participants de l'étude, la catégorie « Symptômes et sensations corporelles » permet de confirmer l'importance de ce secteur d'expérience dans le cadre du dépistage, même lorsque le lien n'est pas explicitement formulé par tous. Le décalage par rapport à la question de recherche et l'abord de différentes problématiques se retrouvant transversalement, cela nous amène à considérer ces faits comme constituant une réponse 'banale' à la question d'amorce. C'est parce que ces réactions et thématiques sont banales et collectivement retrouvées qu'elles deviennent ici significatives et pertinentes pour expliquer l'expérience du dépistage. La dimension collective de l'attitude permet l'émergence d'un sens, qui ne peut pas émerger d'une analyse au cas par cas.

Mais si tous les participants parlent, par exemple, de « L'avenir et de la mort », tous en parlent différemment, et la particularité des propos d'une personne devient beaucoup plus saillante lorsqu'elle est mise en perspective de celle des propos prononcés par ses pairs. Un verbatim qui était passé inaperçu, voire qui avait été négligé parce qu'il ne paraissait pas signifiant lors des tentatives d'analyse du cas, devient alors pertinent parce que d'autres participants adoptent une attitude différente face à la même situation. L'absence, notamment, peut dans ce cadre devenir

pertinente. Lors des deux premiers entretiens, Mr Soje n'aborde pas la question de « L'avenir et la mort ». A la lecture seule des retranscriptions d'entretiens avec Mr Soje, et en l'absence d'attentes quant au contenu possible de l'entretien, la non-évocation par lui de ces thématiques ne pouvait être significative. L'avenir et la mort ne sont alors que deux thématiques, parmi une infinité d'autres possibles, ne trouvant pas à être évoquées lors de ces deux entretiens. Mais cette omission en devient une, et donc par-là significative, lorsque nous remarquons que Mr Soje est le seul, sur 22 personnes, à ne jamais parler de la mort au cours de nos échanges. C'est donc grâce à la mise en perspective des propos individuels par rapport au groupe, qu'émerge un indice quant au fonctionnement psychique de Mr Soje relatif au phénomène du dépistage. Ne pas parler de l'avenir et de la mort – pour ce qui est du fonctionnement psychique – peut dès lors être envisagé comme signe manifeste d'un choix psychique inconscient. En prenant toujours garde à ne pas surinterpréter et à rester ancrée dans les données empiriques, l'analyse groupale offre des perspectives d'analyse au cas par cas.

Mais une nuance est ici de mise. Il ne s'agit dès lors plus de l'analyse d'un cas. Le passage par l'analyse groupale implique un décalage de la logique du cas, vers celle de la réponse individuelle dans un dispositif proposé à une collectivité. L'analyse individuelle à laquelle nous travaillons n'a pas pour but de cerner et de tirer des conclusions quant au fonctionnement psychique de la personne dans l'absolu, mais d'apprendre de son fonctionnement psychique dans le contexte particulier mis en place par le dispositif de recherche. Nous n'analysons pas le cas de Mr Soje, ou de Mme Taac, mais leur réponse à la question posée dans un cadre précis et défini.

De nouvelles questions s'ouvrent alors : quels sujets ces patients ont-ils abordés ? De quoi n'ont-ils pas parlé ? Quels éléments ont-ils amené en premier ? En dernier ? Y a-t-il des effets de répétition au sein de l'entretien de recherche ? Se décaler de l'analyse du cas vers l'analyse de la réponse à la question ouvre de nouvelles perspectives et permet de nombreuses avancées interprétatives. Les différentes interventions peuvent alors être conçues comme des choix inconscients effectués par les personnes, dans leur tentative de réponse à la question posée par le chercheur dans le cadre d'une procédure médicale particulière.

3.6. Interprétation psychanalytique et mise en lien des catégories au niveau individuel

L'analyse des réponses individuelles à la question devient possible par ce détour par l'altérité, puis grâce au recours à l'interprétation psychanalytique. Il nous a fallu pour cela nous plonger au cœur des signes manifestes nous permettant de percevoir un sens latent derrière les propos des participants. « Les lapsus, les rêves, mais aussi les silences, les réserves, les répétitions, les enchaînements associatifs ou les ruptures, etc. » font apparaître ce discours « qui n'est pas dicible directement », qui est « ordonné par une logique et une détermination qui organisent à son insu le discours du sujet »³¹⁰. Nous voilà revenue au travail de construction cher à l'analyste. La tâche

³¹⁰ *Ibid.*

est ici de dégager des traces, de rassembler des fragments, de reconstituer les points d'articulation. La sommation des choix effectués par les participants permet l'émergence d'un sens, au niveau individuel. La théorisation ancrée prescrit la mise en sens des liens, sans spécifier comment s'effectue cette mise en sens, en laissant le champ libre quant à la sensibilité théorique. C'est par la construction et l'interprétation, guidée en cela par la méthode psychanalytique et dans la mesure où cela a été rendu possible par la mise en place du dispositif de recherche, que nous pouvons repérer et lire l'intentionnalité derrière les réponses des personnes à la question. Si un sens est apparu particulièrement clairement pour certaines personnes, à partir du moment où nous nous sommes décalée de la logique de l'analyse du cas pour aller vers celle de l'analyse d'une réponse à une question dans un cadre défini, il est pour d'autres resté tout au long de la thèse plus obscur. Il était pour tous largement parcellaire à ce stade.

La suite de l'analyse par théorisation ancrée implique que les différentes catégories soient mises en lien. « Ce travail permet de mettre en relation des catégories qui étaient relativement indépendantes les unes des autres jusqu'à ce que leur lien soit explicite [...] Il s'agit là d'une mise en relation préliminaire et assez large qu'il faut tenter d'enrichir de manière à rendre compte le plus fidèlement possible de la complexité du réel. »³¹¹. Cette mise en lien entre les catégories n'a à ce stade été possible qu'au niveau individuel, les liens entre les catégories apparaissant grâce à l'interprétation psychanalytique du matériel. Par exemple, un lien particulièrement fort est perceptible chez Mr Paut entre les catégories « Description de l'activité tabagique » et « Accepter le dépistage », dans la mesure où Mr Paut investit le dépistage comme un moyen d'arrêter sa consommation tabagique. La catégorie « Description de l'activité tabagique » est également associée à « Etiologie ou sens donné aux symptômes », et à « L'avenir et la mort », dans la mesure où les symptômes somatiques actuels de Mr Paut sont ce qui lui rappelle aujourd'hui que sa santé est fragile et qu'il pourrait donc devenir dépendant voire mourir plus tard. Nous en venons à comprendre pourquoi Mr Paut nous parle dans l'entretien de ses comportements de santé, de son expérience du corps et de la maladie, de ses expériences des traitements médicaux, de l'avenir et de la mort. Si Mr Paut ne parle quasiment jamais directement du dépistage, il apparaît qu'il parle en réalité du dépistage dans tout l'entretien, d'une manière implicite, les liens articulant les différentes thématiques abordées étant parfois inconscients. « C'est en faisant, en quelque sorte, « à rebours » le chemin des liaisons associatives [...] par le travail de déconstruction à l'aide des associations verbales, [qu'on] retrace le chemin même des modalités de construction du fantasme, du rêve, du symptôme, des formations de l'inconscient »³¹².

Le sens a donc émergé de l'utilisation croisée de deux méthodes : la méthode psychanalytique qui permet l'étude du singulier, la théorisation ancrée qui permet l'étude du banal. Apparaît alors l'intentionnalité derrière les réponses des participants, et, une fois cette intentionnalité repérée, il devient possible de reconstituer, par la lecture des signes, le discours latent individuel.

³¹¹ *Ibid.*

³¹² C. Desprats-Pequignot, *La Psychanalyse, op. cit.*

3.7. Sollicitations latentes du dispositif de recherche

Il s'agit alors ensuite de dégager un schéma qui permettrait de faire sens, non seulement des réponses individuelles, mais aussi du phénomène dans son ensemble. Le recours à l'interprétation psychanalytique nous entraîne nécessairement du côté de la singularité, et pourrait dès lors nous éloigner des possibilités d'analyse englobante qui expliquerait l'expérience « de tous ». Les liens associatifs et les processus psychiques mobilisés par les personnes sont chaque fois uniques et inscrits dans une histoire singulière, ce qui rend particulièrement complexe le repérage de corrélations qui s'avèreraient vraies pour tous. La quasi-totalité des hypothèses envisagées permettant d'expliquer le fonctionnement psychique des personnes de manière transversale peuvent à ce stade être infirmées par le fonctionnement psychique relevé chez au moins une personne, qui agit comme contre-exemple. Un parallèle avec les méthodes projectives nous permet de faire sens de la démarche méthodologique qui a été la nôtre au long de cette thèse, et qui nous a permis de nous dégager de cet écueil.

Le postulat à la base des méthodes projectives est qu'il est possible de rendre compte de modalités du fonctionnement psychique dans leur singularité à partir de l'étude des opérations mentales mises en œuvre au cours de la passation de l'épreuve projective. Il existe plusieurs interprétations possibles du fonctionnement des tests : « le TAT, pas plus que le Rorschach, ne recèle un modèle théorique exclusif : il peut être interprété en termes psychologiques, psychiatriques, sociologiques ; toutes les voies sont ouvertes selon le système de référence choisi. »³¹³. Henry Murray utilise par exemple le TAT pour identifier des « variables de la personnalité » que sont « les motivations », « les facteurs internes », des « traits généraux »³¹⁴. Selon ce modèle interprétatif, l'histoire racontée est appréhendée comme une évocation masquée de conduites effectivement adoptées par le sujet. Une autre perspective interprétative est inspirée du modèle de pensée psychanalytique. « L'hypothèse fondamentale est que les planches de TAT représentent des situations se rapportant aux conflits universels et spécialement au conflit œdipien : presque toutes les planches, en effet, se réfèrent à la différence des générations et/ou à la différence des sexes »³¹⁵. Une connaissance fine du matériel-stimulus permet d'identifier un contenu latent attaché aux planches. Le matériel présenté au sujet n'est pas neutre mais sollicite et réactive des conflits essentiels de la condition humaine. L'analyse du récit qui émerge à une planche consiste en une confrontation entre le contenu latent de la planche et la manière singulière qu'a le sujet de traiter la problématique. « La référence aux contenus latents du matériel permet de situer le sujet en appréciant les différents registres conflictuels qu'il peut se permettre d'aborder et de traiter »³¹⁶. L'histoire racontée témoigne du compromis original effectué par la personne, prenant en compte les contraintes conscientes et les impératifs inconscients.

³¹³ Catherine Chabert et Françoise Brelet-Foulard, *Nouveau manuel du TAT. Approche psychanalytique*, 2e édition., Paris, Dunod, 2003, p. IX (Avant-propos).

³¹⁴ C. Chabert et F. Brelet-Foulard, *Nouveau manuel du TAT - 2e éd. - Approche psychanalytique, op. cit.*

³¹⁵ Catherine Chabert, *Psychanalyse et méthodes projectives*, Paris, Dunod, 2013, p. 57.

³¹⁶ *Ibid.*, p. 62.

L'analyse des sollicitations latentes du TAT peut en partie s'effectuer directement, à partir du contenu manifeste des planches, dans la mesure où elles sont figuratives. « L'analyse du matériel du TAT, matériel figuratif en l'occurrence, a pu s'établir à partir des images elles-mêmes et de leurs références latentes à des conflits psychiques dégagés par la théorie psychanalytique »³¹⁷. C'est à l'inverse une étude empirique, au Rorschach et dans la mesure où le matériel proposé est abstrait, qui permet de dégager les sollicitations latentes du matériel. Il est apparu que certains thèmes revenaient de manière régulière et privilégiée, à certaines planches précises, de manière transversale entre les différentes personnes se soumettant au test. C'est cette fréquence d'apparition de réponses de certains types qui permet aux chercheurs de faire l'hypothèse de « sollicitations fantasmatiques, affectives ou symboliques du test du Rorschach ». « Actuellement, on ne considère plus que ce matériel est neutre ou vide, il ne s'agit pas d'une matière mobile et malléable qui serait entièrement soumis aux désirs contradictoires d'un individu, mais plutôt d'un objet doté de réalité, caractérisé à la fois par son ambiguïté, son imprécision perceptive et par des qualités particulières inductrices d'associations éventuellement spécifiques »³¹⁸. Ces sollicitations latentes sont cernées grâce aux données cliniques.

Si de nombreuses différences existent naturellement entre la situation projective et la situation de recherche, des analogies sont possibles quant à la démarche méthodologique en ce point de la recherche. L'émergence des catégories par analyse du matériel par théorisation ancrée s'apparente à l'apparition, en ce qui concerne le Rorschach, de thématiques récurrentes dans les réponses des personnes au protocole. L'absence de lien explicite entre les catégories d'analyse et l'expérience spécifique du dépistage, notre nécessité de recours à l'interprétation psychanalytique pour faire sens des associations effectuées par les participants, implique qu'un décalage se soit effectué par rapport au contexte manifeste proposé par le protocole. Ce contexte manifeste – en l'occurrence, plutôt que contenu manifeste – consiste ici en la proposition de dépistage par le médecin, et en la question d'amorce à l'entretien. Il nous est permis, grâce à l'étude du contexte manifeste, grâce à l'étude des réponses récurrentes des personnes, et en prenant en compte le décalage effectué par elles par rapport à ce thème manifeste, de faire l'hypothèse de sollicitations latentes à la situation de recherche. Comme dans le Rorschach et le TAT, il ne s'agit plus seulement d'analyser les réponses des personnes à la question d'amorce, mais plutôt d'analyser leur réponse au prisme de la sollicitation latente supposée universelle grâce à l'émergence de réponses 'banales' et récurrentes. Il s'agit donc de se demander ce que les personnes entendent derrière la question d'amorce. La question se serait posée différemment si les participants s'étaient contentés de raconter leur expérience dans le cadre du dépistage, sans effectuer de décalage. Mais le fait qu'un décalage s'effectue de manière transversale nous invite à penser que par leur réponse, les participants répondent à une question entendue en filigrane, sous-jacente au contexte manifeste et à la question d'amorce.

³¹⁷ *Ibid.*, p. 48.

³¹⁸ *Ibid.*, p. 50.

Nous avons pu isoler, bien plus tard dans l'analyse, la problématique de la précarité inhérente à la condition humaine comme sollicitation latente induite par la situation 'dépistage'. Il aura fallu pour cela réintroduire des concepts psychanalytiques qui ne concernent pas uniquement la méthode d'investigation du psychisme, mais l'explication de son fonctionnement.

Mais avant que ce travail de regroupement et de conceptualisation ait été effectué, des indicateurs qu'un contenu latent était sollicité, sans que cette sollicitation puisse être cernée, définie, ont d'abord émergé. Ainsi par exemple, des sollicitations du rapport à la temporalité (articulation passé-présent-futur) sont apparues dans les propos des personnes, ainsi que des sollicitations de la conflictualité psychique (rapport plaisir et déplaisir, rapport plaisir et réalité, rapport fantasme et défense, etc.) notamment se rapportant au tabagisme. La question de la mort est apparue de manière significative et notamment comme lieu de mobilisation de défenses psychiques de différentes natures. Différentes modalités de relation (aux proches, au médecin) étaient également sollicitées, et différentes modalités identificatoires (identification refusée, identification recherchée, identification par désir de devenir, identification par perception d'une analogie sur le moi, etc.). Des questions de recherche émergent alors, des pistes d'élaboration du matériel clinique, qui ne concernent plus seulement l'individu, mais le groupe dans son ensemble.

Faire une mise en lien des catégories, parvenir à un schéma explicatif ne se limitant pas à l'analyse du fonctionnement psychique d'un individu mais concernant l'analyse du phénomène, a donc nécessité que nous effectuions le même décalage que celui relevé chez les personnes. Le lien entre les différents participants de l'étude n'était possible qu'en étudiant, non le discours manifeste provoqué par la situation vécue, mais le discours répondant à la sollicitation latente.

La définition de la sollicitation latente correspond donc à l'émergence *per se* de la problématique de recherche. Cela nous a menée, après une analyse rigoureuse et minutieuse des données cliniques réintégrées dans le système interprétatif psychanalytique, à isoler la précarité et l'impuissance fondamentale comme la sollicitation inconsciente réactivée par la situation.

3.8. La modélisation : un approfondissement de l'investigation

« Etrangement, en analyse par théorisation ancrée, il arrive parfois que le plus difficile réside dans la détermination précise de l'objet d'étude. Quel fil suivons-nous, où mène-t-il ? [...] Il est essentiel pourtant de délimiter l'étude qui prend forme, de procéder à l'intégration des composantes multidimensionnelles de l'analyse »³¹⁹. L'étude bibliographique a joué ici un rôle central. A la différence des méthodes hypothético-déductives et donc du modèle classique de la thèse, la sélection des références bibliographiques est déterminée par les données empiriques. Le choix du corpus, qui se déploie dans le développement principal de la thèse, reflète le travail d'investigation, de définition de l'objet, d'identification de ses différents opérateurs, etc. Il est représentatif des recherches qu'il a fallu effectuer et des discussions qu'il a fallu mener pour faire sens de l'expérience des participants, cerner à la fois le fil directeur de la recherche et « reproduire

³¹⁹ P. Paillé, « L'analyse par théorisation ancrée », art cit.

le plus fidèlement possible l'organisation des relations structurelles et fonctionnelles caractérisant [le] phénomène, [l'] évènement, [le] système »³²⁰. Ce travail permet de dégager les caractéristiques importantes du phénomène, d'identifier les différentes composantes qui y sont impliquées, d'articuler les opérateurs du fonctionnement psychique mobilisés chez les participants. En poursuivant l'analogie effectuée avec les méthodes projectives, cette étape s'apparenterait au développement de la feuille de dépouillement au TAT, à la définition des types de réponse au Rorschach, à l'établissement de concordances entre les différentes organisations psychiques et les types de réponse au protocole, etc. Le travail se limitant dans cette étude à l'analyse détaillée d'une vingtaine de protocoles, il n'a pas vocation à cerner l'ensemble des possibilités de réponse, mais plutôt à en dégager les propriétés essentielles et des variations possibles entre les différentes personnes. Au fil de l'élaboration théorique, toujours mise à l'épreuve des données empiriques, apparaissent des hypothèses qui sont envisagées, confirmées, infirmées grâce à la comparaison constante entre la théorie et les données empiriques. « Il s'agit de distinguer distinctement la structure de l'ensemble ainsi que les paramètres à l'intérieur desquels cette structure peut évoluer »³²¹. C'est cette partie du travail qui est rapportée dans les parties II et III de cette thèse. Mais il nous faut encore noter que la validation, la comparaison constante entre la théorie et la clinique ne s'effectue pas uniquement sur la base des entretiens retranscrits et figés, dans la mesure où des entretiens sont toujours menés au fur et à mesure de l'élaboration.

Ainsi, la majorité des entretiens avec les personnes, et notamment les 2nd et 3^{ème} entretien, le cas échéant, avec les participants de l'étude, ont eu lieu alors que des hypothèses avaient déjà été élaborées et visaient à être mises à l'épreuve. Ces entretiens ont été menés différemment des premiers entretiens avec les personnes. Ils étaient notamment l'occasion d'aller explorer de manière plus spécifique des secteurs d'expérience. Il était ainsi par exemple possible, tout de même s'il nous proposait une ouverture, d'aller interroger le rapport à l'avenir et à la mort de Mr Soje, pour pouvoir confirmer notre intuition d'un fonctionnement psychique particulier en ce qui le concerne, à ce propos. Les relances deviennent alors plus ciblées. Plutôt que de relancer sous forme interrogative dans une volonté unique de ranimer le flux associatif, nous avons sélectionné des contenus spécifiques à aller interroger chez les personnes, tout en veillant à être le moins possible intrusive ou à provoquer le moins de défenses et de résistances possible, ce qui ne manquerait de se passer si notre demande et nos représentations-but devenaient trop présentes et par-là envahissantes. Les mêmes voies choisies par les personnes pour aborder ces problématiques sont en ce sens utilisées – et en gardant en tête que les hypothèses pourraient toujours être infirmées et la thèse prendre une direction différente. Les relances ne sont donc pas construites directement sur la base des hypothèses, mais plutôt sur la base des catégories d'analyse. Ayant en tête de faire émerger le contenu latent, nous avons interrogé les participants sur le contenu manifeste proposé par eux dans les entretiens.

³²⁰ *Ibid.*

³²¹ *Ibid.*

« Avec l'analyse par théorisation ancrée, la progression n'est non seulement pas linéaire, mais plus encore, c'est précisément ce chevauchement des étapes qui offre la possibilité à tout moment de vérifier la pertinence d'une ou plusieurs catégories et la relation qui peut être établie entre elles avec la population étudiée. On n'observera donc pas, dans ce cadre, de grands sauts qualitatifs d'étapes en étapes, mais plutôt une progression de la compréhension qui s'apparente davantage à un processus commun, bâti à partir de la collaboration chercheur/sujets de la recherche »³²². Nous avançons donc pas à pas, pour atteindre l'objectif de théorisation et de validation concomitante par mise à l'épreuve constante de la modélisation grâce aux données empiriques. Nous nous laissons la possibilité de revenir autant que nécessaire à des étapes antérieures du processus de recherche, à modifier et à remodeler des liens effectués auparavant.

4. Limites de la recherche

Un premier biais potentiel de cette recherche est que la procédure de dépistage est proposée dans un contexte d'essai clinique. La procédure n'est donc *a priori* pas présentée dans une visée de détection des maladies, mais plutôt dans une visée de validation d'une procédure. Cela pourrait impliquer des écarts en ce qui concerne la façon dont le dépistage est proposé aux personnes. Les personnes pourraient accepter ou refuser de participer pour des raisons n'ayant pas trait au dépistage mais au contexte de recherche scientifique. Un certain nombre de participants mettent en effet en avant l'intérêt pour la recherche scientifique, en ce qui concerne leurs raisons d'accepter. Cependant, il nous semble que ce biais ne remet pas en question nos résultats : d'une part, dans la mesure où toute procédure de dépistage, même hors contexte d'évaluation de la méthode, implique un certain nombre d'incertitudes ; d'autre part, car toute procédure de dépistage, même hors contexte d'essai clinique, implique un intérêt collectif au-delà de l'intérêt individuel (objectif de Santé publique). Nous avons par ailleurs pu observer un large panel de motivations, qui ne se réduisaient donc pas à un intérêt pour la recherche médicale.

D'autres biais potentiels concernent le recrutement des participants dans l'étude psychologique, le contexte de réalisation des entretiens et la question d'amorce. Les personnes participent à l'étude psychologique sur la base du volontariat, ce qui peut impliquer un biais de recrutement. Les entretiens ont été réalisés dans des lieux différents : salon des familles, box de consultation, chambre d'hôpital. Les réponses des participants ou le type de fonctionnement psychologique a pu être affecté par le contexte de réalisation de l'entretien. Enfin, nous avons eu des difficultés à tracer les rendez-vous médicaux et donc à prévoir les entretiens psychologiques à égale distance des rendez-vous médicaux. Pour l'entretien psychologique faisant suite à l'inclusion dans l'étude, nous avons à cœur de minimiser le nombre de visites des personnes à l'hôpital, ce qui impliquait que l'entretien psychologique ait parfois lieu directement après la proposition du médecin, ou parfois jusqu'à trois semaines plus tard, pour coupler l'entretien

³²² É. Ricadat, *Destins du sexuel et sexualité à l'épreuve du cancer*, *op. cit.*, p. 76.

psychologique à un autre rendez-vous médical du patient. Par ailleurs, le rendu des résultats des examens médicaux ne faisait parfois pas l'objet d'une consultation dédiée, mais avait lieu lors d'une rencontre fortuite entre le médecin et le patient, ou lors d'une consultation prévue pour un autre motif. Nous n'étions donc parfois pas au courant, ce qui a pu augmenter les délais entre le rendu des résultats et l'entretien psychologique post-résultat, voire dans un cas rendre impossible le 2nd entretien. Les personnes indiquaient par ailleurs parfois n'avoir pas reçu les résultats alors que le médecin indiquait les avoir rendus. Ces biais ont peut-être influencé nos conclusions. Une meilleure organisation en ce qui concerne la temporalité des entretiens aurait pu favoriser l'émergence de résultats concernant le fonctionnement psychologique à un moment précis des procédures ou faisant suite à un type de résultat en particulier, aux examens médicaux. En ce qui concerne, enfin, la question d'amorce : les réponses des personnes ont peut-être été induites par la question d'amorce plutôt que par la proposition de dépistage par le médecin. Nous avons néanmoins volontairement gardé une question d'amorce centrée sur l'intervention du médecin et aussi neutre que possible, de manière à diminuer ce potentiel biais.

D'autres limites de cette recherche concernent le volet des observations médicales. L'objectif d'émergence de résultats d'ordre quantitatif n'a pas pu aboutir. Des résultats quantitatifs n'ont pas pu émerger car : 1/ le questionnaire qui a été construit au début de l'étude l'a d'abord été sans revue de la littérature, hypothèse ou objectif préalable et s'est révélé peu apte à capter les opérateurs de la consultation médicale. Il a dû ensuite être adapté grâce aux observations préliminaires et à une revue de littérature ; 2/ le trop faible nombre de consultation (30) ne permet pas d'obtenir des données quantitatives valides ; 3/ sur les 30 consultations, plusieurs étaient parfois réalisées par le même médecin, ce qui aurait affecté la validité des résultats. Des résultats qualitatifs ont également difficilement émergé car : 1/ nous avons eu recours à une revue de littérature pour préciser le questionnaire, ce qui a empêché le dégagement des *a priori* nécessaire à la neutralité du chercheur ; 2/ nous avons dû effectuer des choix du fait de l'importante quantité de données cliniques recueillies. Nous nous sommes donc concentrée sur le volet des entretiens psychologiques avec les personnes ayant accepté le dépistage. Nous pouvons par ailleurs regretter que les focus-groupes avec les médecins aient eu lieu si tôt dans la recherche. Cela aurait pu permettre que les objectifs du travail médecin-psychologue soient mieux définis et ancrés dans les résultats de la recherche. Néanmoins, comme nous l'avons précisé plus tôt, ces expériences ont participé de notre immersion dans le fonctionnement hospitalier, nous ont permis de mieux capter les enjeux à l'œuvre pour les différents intervenants de la recherche, et de mieux cerner les objectifs de la recherche en psychologie et les possibilités d'exploitation des résultats.

5. Conclusion intermédiaire

Cette recherche se présente donc en deux volets. D'une part, un volet d'observation des consultations médecin-patient et d'autre part, un volet d'entretiens psychologiques avec les personnes ayant accepté le dépistage.

L'observation des consultations médecin-patient ne fera pas l'objet de l'analyse du matériel clinique dans les parties II et III de cette thèse, car nous avons choisi de nous y concentrer exclusivement sur le fonctionnement psychique des personnes tel qu'il nous a été permis de l'observer lors des entretiens psychologiques. Nous reviendrons néanmoins à certains points observés dans les consultations médecin-patient et dans les focus-groupes avec les médecins, dans la conclusion, lorsqu'il s'agira de proposer des pistes d'exploitation des résultats de cette recherche. Observer les consultations médicales aura participé de la définition des visées de l'étude psychologique, du type de résultats à obtenir en vue de favoriser un travail interdisciplinaire, et donc de la construction de l'objet de recherche. Les rencontres avec les médecins nous auront par exemple permis de déconstruire certaines représentations sur le travail médecin-patient acquises par la lecture de la littérature scientifique sur le sujet – telle que présentée dans le 1^{er} chapitre, dans les sections portant d'une part sur les critiques de la prévention, d'autre part sur les modèles de communication médecin-patient. Cela nous aura donc permis de saisir les enjeux impliqués dans la prévention, mais cette fois-ci, du côté du médecin : à savoir les contraintes matérielles et institutionnelles, mais également la manière dont les médecins choisissent et déterminent leurs styles et modalités de communication avec les patients, et quelles y sont leurs considérations principales.

Les parties II et III seront l'occasion de présenter les résultats auxquels nous sommes parvenue grâce à l'analyse des entretiens psychologiques, grâce à l'effort de théorisation dont nous avons pu relever ici la dimension dynamique. C'est donc par l'utilisation conjointe de la théorisation ancrée et de la méthode psychanalytique que nous avons pu atteindre les objectifs à la base de cette recherche. « Cette démarche [de théorisation ancrée], qui semble *a priori* exogène à la méthode analytique, en partage fortement des points de contact théoriques, puisque certains de ses postulats centraux et des modalités qu'elle utilise permettent de rester au plus près des organisateurs théoriques de la méthode analytique au sein même d'un processus de recherche »³²³. Au-delà d'être compatibles, la méthode psychanalytique et la théorisation ancrée nous sont apparues être complémentaires, l'une sans l'autre ne permettant pas d'atteindre les buts recherchés qui nécessitent tout autant la prise en compte du sujet singulier, du sujet de l'inconscient, de sa subjectivité, que la tentative de faire apparaître des réflexions théoriques généralisables grâce à l'abord populationnel. C'est cet alliage méthodologique qui nous a permis à la fois de circonscrire notre sujet de recherche et d'en définir les coordonnées multiples. « Ce qu'on cherche à modéliser, c'est l'ensemble des conditions d'existence du phénomène. Dans quel contexte apparaît-il ou est-il absent ? Qu'est-ce qui facilite ou inhibe sa manifestation ? De quelles conditions, de quels facteurs, de quels événements spécifiques découlerait-il ? »³²⁴. Nous tenterons dans les parties II et III de répondre à ces questions.

³²³ *Ibid.*, p. 84.

³²⁴ P. Paillé, « L'analyse par théorisation ancrée », art cit.

DEUXIEME PARTIE

Vieillir et être malade : fragilisation somato-psychique et (re)confrontation à la précarité

Le but initial de cette recherche était d'étudier l'impact psychologique des procédures de dépistage des cancers liés au tabagisme. En ce sens, la question posée en amorce des entretiens de recherche était la suivante : « Vous avez accepté récemment de participer à l'étude Detector, qui est une étude de dépistage des cancers liés au tabagisme. Comment avez-vous vécu la proposition de rejoindre cette étude, et la possibilité qu'une maladie soit détectée par ce biais ? ».

Un premier constat évident et quasi-systématique a été l'absence de perturbations émotionnelles significatives en réaction à la proposition de se soumettre au test, ou au cours des procédures de dépistage. Les personnes exprimaient parfois clairement ne pas avoir ressenti d'inquiétudes particulières, et même avoir accepté de participer pour des raisons diverses dont l'intérêt personnel n'était pas toujours premier.

Les participants rapportent ainsi une pluralité d'attentes envers le dépistage et nous permettent de repérer l'existence d'un décalage entre le but médical de la participation au test, et les attentes subjectives individuelles. Le but du dépistage, d'un point de vue médical, est en effet de réduire la mortalité de la population par le cancer dépisté par l'examen médical proposé. Ce qui peut être étendu au but individuel pour les personnes se faisant dépister, soit d'exclure la présence d'un cancer, soit de détecter précocement un cancer éventuel, et donc, d'améliorer la qualité de vie ou d'allonger sa durée. Mr Chez et Mme Mooc, comme d'autres, attendent par exemple en effet en premier lieu du dépistage un résultat négatif, et en cas de résultat positif, que celui-ci leur permette un diagnostic précoce du cancer et donc de meilleures chances de guérison.

D'autres au contraire ne souscrivent pas à cette visée première, ou en tout cas, montrent des réactions plus mesurées, souvent plus complexes, qu'une adhésion simple au but préventif du

dépistage tel qu'il est présenté par le médecin. Plusieurs participants ne voient pas l'intérêt personnel de se soumettre à un test de dépistage et mettent plutôt l'accent sur la dimension collective, c'est-à-dire la possibilité de participer à une recherche médicale qui aurait un impact pour les générations futures. Certains investissent le dépistage non comme l'occasion de détecter une maladie, mais comme s'inscrivant dans une dynamique d'arrêt du tabagisme. Deux participants expliquent que même en cas de diagnostic de cancer du poumon, ils ne se soumettraient pas aux traitements médicaux.

Les réactions de deux des participants ont été particulièrement déterminantes dans l'orientation qu'a prise cette recherche : celle du premier participant ayant été interrogé dans le cadre de l'étude, et celle de celui ayant entraîné les mouvements contre-transférentiels les plus forts chez le chercheur. Mr Sial et Mr Leje expriment tout deux simplement et dès les premières minutes du premier entretien leur perception de l'utilité, pour eux, du dépistage :

« En sortant d'ici sachant que je n'ai pas encore un cancer (*rires*) c'est quand même un soulagement. Bon ceci dit...c'est-à-dire la psychologie de quelqu'un de 77 ans n'est pas la même que celle de quelqu'un de 17 ou 27 ans, ou 37 ans. [...] ...je pense que si peur il y a, c'est beaucoup plus chez le jeune que...parce que quand on est jeune avoir un cancer c'est quand même assez triste. Mais quand on est vieux, par exemple à mon âge, on se dit : "Bon. Ce n'est pas..." je ne dirais pas que j'ai assez vécu, parce qu'on ne se lasse jamais de vivre, vous comprenez, mais on dit : "ben ce n'est pas grave" » (Mr Sial)

« Mais je vous dirais encore une fois...bon là c'est pour mon cas personnel donc ça n'intéresse personne d'autre, si j'y vais et qu'ils me dépistent un cancer, bonjour. [...] Si je n'y vais pas ben ce n'est pas grave. S'il y a un cancer, il y a un cancer. Je ne vais pas...non, non je ne vais pas me pourrir davantage la vie avec ce genre de choses. Donc s'il est là, ben il fera son œuvre. Je sais bien que le dépistage à l'avance permet de le faire soigner et tout, je veux dire ce n'est même plus ma problématique. Si je n'avais que ça [ses pathologies actuelles] à soigner je ferais peut-être l'effort d'y aller, mais voilà, ça ne changera pas le fait que je ne peux plus rien faire quoi, quasiment. » (Mr Leje)

Si Mr Sial et Mr Leje préfèrent tous deux avoir un résultat négatif au dépistage, ils nuancent les bénéfices qu'ils pourraient en retirer. Pour Mr Sial, c'est son âge qui est mis en avant ; pour Mr Leje, c'est plutôt la question de ses pathologies somatiques par ailleurs invalidantes.

Un autre constat est que les participants de l'étude utilisent massivement l'entretien de recherche pour décrire, non pas leur expérience des procédures de dépistage, mais leur expérience d'événements passés. Il apparaît que les attentes – ou leur absence – entretenues vis-à-vis du test trouvent leur inscription dans leur histoire. Les personnes que nous avons rencontrées dans le cadre de l'étude Detector reçoivent une proposition de participer à un dépistage de cancers liés au tabac selon les critères de leur âge, de leur tabagisme et de la présence de pathologies artérielles. Ces trois critères ne sont pas choisis au hasard mais bien parce que chacun d'entre eux a été statistiquement établi comme un facteur de risque de développer des cancers liés au tabagisme. De précédentes études sur le dépistage des cancers du poumon, par LDCT, ainsi que d'autres études épidémiologiques, ont ainsi montré que l'incidence de certains

cancers potentiellement détectés par une recherche de CTC est plus importante chez les sujets âgés, fumeurs et atteints d'artériopathie et/ou d'anévrisme de l'aorte abdominale³²⁵. Cette information est, de manière plus ou moins explicite et détaillée, communiquée aux participants de l'étude au moment de leur recrutement. Or, parmi des réactions diverses à la proposition, aucun patient ne dit être surpris qu'on lui propose un dépistage. Tous sont déjà conscients et au courant de la possibilité qu'ils soient un jour atteints d'un cancer du poumon, bien que dans différentes mesures.

Ces éléments nous ont invitée à réorienter la question de recherche : il ne s'agissait plus d'étudier l'« après » proposition – à savoir l'impact psychologique de la proposition et des procédures de dépistage –, mais plutôt de commencer par étudier l'« avant », c'est-à-dire comment l'histoire passée des personnes influence la façon dont les personnes vivront ces événements. Expliquer la manière dont sont vécues les procédures de prévention ne semble pas possible sans avoir au préalable analysé l'expérience passée des personnes.

Deux secteurs d'expérience, le vieillissement et la pathologie somatique, ont émergé comme des catégories d'analyse influant de manière transversale sur les attentes envers la procédure de dépistage et la réception de la proposition de rejoindre l'étude Detector. Ces catégories ont émergé des tentatives du chercheur de cerner l'expérience des participants, en se basant sur leurs propos mais également sur des écrits théoriques ayant été mobilisés en ce sens, à savoir des études portant tantôt sur l'expérience de la pathologie somatique, tantôt sur celle du vieillissement.

Comment l'histoire passée des participants, et plus spécifiquement leur expérience de la pathologie somatique et du vieillissement, influe-t-elle sur les modalités de réception de la proposition du médecin de se soumettre à une procédure préventive, et sur leurs attentes vis-à-vis de ces procédures ? L'idée que nous développerons dans cette partie est la suivante : du fait d'un réseau associatif s'établissant entre la procédure de dépistage et des expériences passées d'exposition de la précarité, la proposition de se soumettre à un test de dépistage est source du développement d'« appréhension par l'angoisse »³²⁶. Ce, dans la mesure où est attribué à cette situation un caractère de danger par analogie avec des expériences passées traumatiques.

Nous commencerons par étudier, dans **le chapitre 3**, la manière dont la pathologie somatique bouscule le sujet. Les altérations somatiques peuvent constituer un moment désorganisateur de l'économie somato-psychique. Elles peuvent barrer la voie aux possibilités de

³²⁵ F. Bintein et al., « Patients with atherosclerotic peripheral arterial disease have a high risk of lung cancer: Systematic review and meta-analysis of literature », *Journal De Medecine Vasculaire*, 2021, vol. 46, n° 2, p. 53-65 ; R.J. Valentine et al., « Abdominal aortic aneurysms and malignant neoplasia: Double jeopardy », *Surgery*, 1998, vol. 123, n° 2, p. 228-233 ; D.R. Aberle et al., « The National Lung Screening Trial: overview and study design », *Radiology*, 2011, vol. 258, n° 1, p. 243-253 ; E.L. Chan et al., « Incidence of Cancer and Abdominal Aortic Aneurysms: A Logistic Regression Analysis », *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1996, vol. 800, n° 1, p. 68-73 ; S. Gandini et al., « Tobacco smoking and cancer: a meta-analysis », *International Journal of Cancer*, 2008, vol. 122, n° 1, p. 155-164.

³²⁶ Sigmund Freud, « Leçons d'introduction à la psychanalyse » dans *OCF XIV (1915-1917)*, Paris, PUF, 2000, p. 410.

satisfaction pulsionnelle et exposer le sujet à un registre économique traumatique par leur cortège de douleurs et de sensations étranges. Elles peuvent provoquer en cela un mouvement de déssexualisation du corps – au sens du sexuel freudien – en remettant en question la manière singulière qu'a le sujet d'habiter son corps. Le sujet peut alors être exposé à un débordement par le registre économique, que la pathologie somatique l'atteigne négativement – en le privant –, ou positivement – en le marquant.

L'étude des enjeux somato-psychiques du vieillissement permettra, dans **le chapitre 4**, d'interroger différentes modalités d'exposition de la précarité. Les altérations du soma sont-elles les seules impliquées dans la confrontation à la précarité ? Nous postulons que la précarité peut intervenir du dedans, ou du dehors, impliquer le soma dans ses dimensions intimes et réelles, mais également le corps en tant qu'interface entre soi et l'autre. La permutation des places dans l'ordre générationnel est une épreuve identitaire qui sollicite les représentations internalisées des catégories d'âge, et enjoint le sujet à devenir un autre. Devenir « vieux » peut impliquer des réajustements des mouvements identificatoires et projectifs qui habitent les relations intersubjectives, et entraîner des modifications du sens que le sujet donne à son existence.

Nous reviendrons dans **le chapitre 5** au dépistage. Nous y verrons qu'à l'expérience du dépistage peut être attribué un caractère de danger, par analogie avec des situations passées traumatiques, dont celles ayant eu lieu dans le cadre de la pathologie somatique et du vieillissement. La proposition de dépistage par le médecin peut alors être l'occasion d'un apprêtement par l'angoisse, et en cela, être une expérience perturbatrice pour le sujet.

Au long de ce développement, nous constaterons que chaque confrontation à la précarité consiste plutôt en une reconfrontation, le petit d'homme arrivant au monde dans un état d'extrême précarité. La manière dont sont reçues et vécues les expériences d'exposition de la précarité, telles que le vieillissement et la pathologie somatique, ou encore la proposition par un médecin de participer à un test de dépistage, fait écho à des expériences précoces de déréliction et d'augmentation du registre économique, sans possibilité d'éconduction des excitations. Comprendre la façon dont les personnes vivent les procédures de dépistage implique dès lors de prendre en compte l'histoire singulière du rapport du sujet à la précarité, ayant lieu tout au long de l'existence individuelle et pas seulement dans l'histoire récente.

Chapitre 3.

La pathologie somatique : coordonnées d'évènements perturbateurs

1. Introduction

Nous commencerons notre développement en présentant un cas qui s'est montré particulièrement révélateur et typique des mouvements psychiques sur lesquels nous voulons mettre ici l'accent, à savoir le potentiel désorganisateur des pathologies somatiques. Il ne s'agit donc pas d'exposer l'intégralité des propos du participant en question, mais plutôt de nous concentrer sur les éléments pertinents pour ouvrir la présente discussion.

Mr Leje : la perte de soi

Nous rencontrons Mr Leje trois fois dans le cadre de cette étude psychologique. Mr Leje dit n'avoir jamais été très « orienté médical ». A l'exception d'une opération de l'appendicite et d'une opération du genou lorsqu'il était jeune, voire enfant, il ne se sentait pas concerné par la médecine. Vers 19 ans, est repérée par son médecin une hypercholestérolémie ; il lui prescrit un régime alimentaire plus strict, des contrôles réguliers du taux de cholestérol ainsi qu'une prise médicamenteuse quotidienne. Mr Leje ne respecte pas ces prescriptions, ne voulant pas s'imposer la contrainte de prises de sang régulières et se passer de produits alimentaires qu'il affectionne : charcuterie, fromage, viandes en sauce... Bien des années plus tard, à 40 ans, Mr Leje fait un infarctus, qu'il décrit comme « pas brutal ». Il est un jour mal à l'aise, se sent barbouillé ; il va le lendemain chez le médecin, qui lui prescrit un ECG et repère l'infarctus. A partir de ce moment, Mr Leje « plonge dans la médecine lourde ». Un chirurgien lui fait plusieurs pontages coronariens. Les séquelles de l'infarctus et des opérations sont importantes. Il participe après les opérations cardiaques à une recherche médicale sur l'alimentation, qu'il juge contraignante. Des médicaments lui sont par ailleurs prescrits pour réguler son rythme et sa tension cardiaques. Un des médicaments – il ne sait alors pas lequel – a de forts effets secondaires : il « traîne la patte à longueur de journée », il « se retrouve vide de tout », il est transformé « en légume ». Il tente de faire changer ce médicament mais les médecins se « renvoient la balle » : le cardiologue veut l'avis du chirurgien, le médecin généraliste veut celui du cardiologue... Après plusieurs tentatives infructueuses de faire adapter son traitement, en 2010, il arrête de prendre tous les médicaments. Entre-temps, il fait plusieurs crises de calculs et plusieurs crises dentaires. En 2012, il fait un AVC et est envoyé d'urgence à l'hôpital. Il a intensément peur mais n'a cette fois pas de séquelles. Puis

se déclenchent des artérites dans les jambes. Aujourd'hui, il dit être à l'hôpital tous les trois mois pour divers examens ou cures médicamenteuses.

Mr Leje exprime le poids de l'accumulation des troubles somatiques dont il fait l'expérience depuis plusieurs années :

« ...j'ai gardé un optimisme forcené pendant des années, en me disant : "bon ok, on va s'y remettre, on va remonter en selle" et tout ça, et puis boum ! J'ai un autre truc qui me tombait sur la tête, à intervalles réguliers parce qu'on parle de l'AVC, on parle de l'infarctus et tout. Mais trois crises de calculs avec deux opérations, des crises dentaires enfin bon, j'en passe et des meilleures. Tous les ans, tous les ans j'ai fait plusieurs séjours en hôpital. Donc si vous voulez, depuis 2004, enfin on va dire depuis très exactement 2006, infarctus en 2004, mais depuis 2006 chaque année qui vient je me dis : "bon, on relève la tête cette année..." et puis boum ! on se recouche donc...et là, 10 ans de ce régime-là si vous voulez, ça fait lourd. »

Il se plaint des sensations corporelles ressenties : des crampes, des tétanies des muscles lorsqu'il marche, des brûlures au pied, des sensations d'étourdissement. Il doit être prudent et limiter son rythme cardiaque ; il ne peut dépasser 120 pulsations par minutes : « Ben aujourd'hui à 120, hop, c'est limité à 120 (*rires*) il y a le panneau : "Limité 120" quoi. ». En conséquence, Mr Leje ne peut plus s'engager dans des activités sportives, ne peut plus aller à la montagne, nager, etc. Il est en difficulté pour s'engager dans des rapports sexuels. Il lui reste la marche, mais du fait des artérites, il ressent rapidement de grandes douleurs et doit s'arrêter :

« ...je peux marcher deux heures ou trois heures, mais il faut que je gère ma marche. Donc on ralentit, l'escargot avec le frein à main (*rires*). »

Lorsqu'il force, Mr Leje en ressent les conséquences les jours suivants. Il souffre par ailleurs des cicatrices laissées par les opérations au cœur et aux jambes qui avaient pour but le rétablissement de sa circulation sanguine :

« J'avais déjà très mal vécu mon opération du cœur et pourtant ça ne me laisse que quelques cicatrices, mais, j'ai mis au moins 5 ans avant de me remettre des manches courtes ou même en bermuda c'est pour dire que... [...] Psychologiquement ça m'a cassé quelque chose. Je ne sais pas quoi exactement, je n'ai pas cherché vraiment dans le fond, mais ça a cassé quelque chose dans ma façon d'envisager la vie quoi. Mais bon, ça reste que des cicatrices, puis aujourd'hui, bon on les voit, mais à peine. Par contre psychologiquement les cicatrices elles sont toujours là. »

Il trouve cette situation très pénalisante. Il rencontre des difficultés pour trouver un emploi, doit dès lors naviguer entre les différentes caisses d'allocation : pour le chômage, pour la reconnaissance de son handicap. Il attribue largement ses affections somatiques au tabagisme : « Le tabac est un tueur. Et il faut le dire clairement ». Depuis l'infarctus, en 2004, il a multiplié les tentatives pour arrêter de fumer. Entre le 1^{er} et le 2nd entretien, il parvient à arrêter de fumer du tabac et utilise maintenant une cigarette électronique. Il a dû réadapter sa gestuelle, trouver

une cigarette qui lui apportait une satisfaction suffisante en matière de goût, de sensation dans la gorge. Il se considère aujourd'hui comme « non-fumeur », au terme d'un long et dur combat.

« ...petit à petit l'addictologie s'est faite et je n'arrêtais plus comme je voulais et à la fin j'avais... non, non c'était un combat incroyable pour arrêter. C'est-à-dire qu'en fait même quand j'arrêtais, sur une semaine par exemple, je ne pensais qu'à ça toute la semaine, c'était horrible. Ah oui, drogué au dernier degré quoi. »

Il s'agit aujourd'hui pour lui, de « digérer », d'« accepter », d'« apprendre à gérer », il faut que « la pilule passe ». Mais il n'y parvient pas dans la mesure où il se considère comme « très, très, très diminué ». Il est pour lui très douloureux de renvoyer à ses enfants une image « du père diminué et qui se diminue de plus en plus ».

« De toute façon même les choses les plus simples dont on pense qu'elles sont acquises quasiment depuis la plus petite enfance comme marcher, comme être indépendant, voilà tout ça c'est presque du passé aussi pour moi donc, j'en suis plutôt dans la phase à essayer de digérer tout ça. », « c'est surtout que le problème d'artérite qui me ramène au stade pré...pré-enfant qui marche, ce n'est pas facile à gérer hein, psychologiquement »

Nous pouvons entrevoir la profondeur de l'impact des atteintes de Mr Leje sur sa vie lorsqu'il définit la personne qu'il était et les activités qu'il investissait par le passé. Avant que Mr Leje ait un infarctus, il était très actif : ayant repris ses études dans l'optique d'une réorientation professionnelle et habitant seul avec ses enfants après une séparation, il cumulait emploi, responsabilité principale du foyer et études par correspondance, et tirait une grande fierté d'être capable de mener simultanément à bien ces différents projets. Il aimait aider les autres, être actif, c'était « un des fondements de [sa] personnalité ». Dans ses relations personnelles et professionnelles, il était le moteur, il aimait faire avancer les choses, monter des projets. Dans son groupe d'amis, il aimait être celui qui reçoit, qui organise des repas, il aimait « mettre les petits plats dans les grands, sortir les bonnes bouteilles ». Au niveau de ses loisirs, il appréciait marcher en montagne, se baigner, il était sportif et dynamique. Dépasser ses limites, se pousser au maximum de ce qu'il pouvait faire lui apportait une intense satisfaction. Aujourd'hui, presque tout cela est empêché, ou très limité. Il ne peut plus faire de sport. Depuis qu'il ne peut plus recevoir ses amis, ils ne se réunissent presque plus, ce qui lui manque. Il ne peut plus travailler ou s'engager dans des activités, même bénévoles. Mr Leje, avec une mobilité devenue quasi-inexistante, passe ses journées devant son ordinateur et a l'impression de ne plus faire partie de la société. Il est par ailleurs devenu financièrement dépendant de son fils :

« Maintenant dans un second temps c'est aussi au moindre souci, je suis dans le rouge. Et alors ça, c'est hyper compliqué à gérer aussi, parce que les soucis arrivent hein. Ça, je ne vous le cache pas. Bon, j'ai mon fils aîné qui habite avec moi donc qui...qui m'aide beaucoup. C'est lui qui a pris en charge le loyer, ben de toute façon je ne pourrais pas le faire, et qui prend en charge pas mal de frais annexes quoi. Mais, ouais, pour moi ce n'est pas sympa quoi. Parce que j'ai toujours fait en sorte d'être le décisionnaire, plutôt que l'assisté quoi. Ça aussi ça fait partie des blocs de soufre que je trimballe dans ma hotte et je n'arrive pas à m'en sortir non plus, parce que voilà. »

Il est donc dépendant du fait de sa « dégradation » physique et financière. Sa « fierté » en est atteinte. Il essaie malgré tout, en fonction de ses possibilités, de donner le maximum de lui-même. Il marche une heure et demie par jour lorsque le médecin lui en prescrit une demi-heure. Il arrête de fumer, participe à plusieurs essais cliniques, médicamenteux et comportementaux, dans l'espoir d'améliorer sa situation. Son incompréhension est totale lorsque les résultats ne sont pas à la mesure de ses efforts, il découvre alors un nouveau rapport à son corps :

« Et donc, bon, un peu... enfin pas un peu, complètement déçu par l'arrêt brutal de tout ça, je n'ai pas compris sur le moment, parce que je me dis, c'est ce que je disais tout à l'heure, j'ai fait tout et même plus que ce qu'on me demandait pour que les choses se mettent dans le bon ordre et non seulement elles ne se stabilisent même pas, mais elles s'aggravent. Alors comment réagir par rapport à ça, je n'ai pas encore trouvé la réponse complète. Je vais me battre de toute façon »

Il perd confiance en son corps, et au-delà, confiance en la capacité de pouvoir décider pour lui-même, de pouvoir déterminer ses possibilités par ses efforts. Il a connu « un arrêt brutal dans [son] insouciance » par l'entrée dans la maladie chronique. Son corps qui était jusque-là un moyen d'expression, doit devenir l'objet de ses efforts et attentions :

« ...l'idée de ça c'était d'arriver à développer les collatérales, au niveau des pieds, surtout du pied gauche, de manière à contourner l'artère bouchée quoi. Alors sur le droit il y a eu un petit résultat, ben elle est moins bouchée que la gauche, mais sur le droit il y a un petit résultat c'est-à-dire que le flux il passe un peu mieux maintenant. Donc il y a quelques collatérales qui se sont mises en place, sur le gauche rien du tout. Donc... »

Mr Leje ressent un fort sentiment de rupture : entre l'avant et l'après l'infarctus ; entre le corps d'avant et le corps d'après ; entre son psychisme et son corps aujourd'hui. Il a l'impression que la communication entre son corps et son esprit est rompue dans la mesure où son esprit n'a pas encore enregistré, emmagasiné les nouvelles informations lui provenant de son corps :

« Parce que ça, c'est quand même...l'esprit continue à...vous savez ? Vous avez 30 ans, vous avez 40 ans, vous avez 50 ans, vous avez 60 ans, je pense que l'esprit il est toujours bloqué dans les 20 premières années donc, oui bien sûr qu'il est en retard sur la mécanique hein. Et on dit l'esprit commande, oui, pour beaucoup de choses, mais quand la mécanique est vraiment enrayée, ben l'esprit ne comprend pas. L'esprit il continue à dire, "ben vas-y avance, marche !". Oui, mais c'est le corps qui dit, "ben non, là attends, tu ne peux plus marcher quoi". Alors ben, il y a un moment ou un autre où, je pense que l'esprit se...se...s'ajustera, mais pas complètement. »

Mr Leje a, depuis 2004, l'impression que « sa vie s'est arrêtée », du fait de l'interdiction, du jour au lendemain, de ce qu'il aimait faire, de ce qu'il pouvait faire, de ce qui lui permettait d'exprimer qui il était, ce qu'il vit aujourd'hui étant à l'« antithèse » de ce qu'il vivait avant. « Mais enfin bon, c'est...ce n'est pas une vie quoi, c'est une survie ».

Son vécu des troubles somatiques a un impact direct sur ses perspectives d'avenir, et sur ses attentes vis-à-vis du test Detector. Sa « motivation n'existe plus ». Il veut continuer à s'accrocher

à l'espoir, il voudrait voir le bon côté des choses mais il se dit conscient que sa situation ne redeviendra jamais ce qu'elle était et que les raisons d'espérer s'amenuisent. Face à cela, il a eu « des idées noires », même s'il ne se considère pas suicidaire aujourd'hui. Il regrette que l'euthanasie ne soit pas légalisée en France et envisagerait des actions concrètes pour mettre fin à ses jours si la dépendance devenait plus importante. S'il n'agit pas aujourd'hui, c'est selon ses propos surtout pour ses enfants : il veut rester là pour eux le plus longtemps possible. Mais il souffre également à l'idée de laisser une image de lui « diminué », de la perspective que ses enfants se rappellent après son décès de lui non pas comme il était lorsqu'ils étaient jeunes et lorsqu'il était dynamique, mais plutôt dans l'état dans lequel il est actuellement, voire pire. Dans ce cadre, il dit que le cancer ne le concerne pas, il ne s'en soucie pas. D'une part parce qu'il ne considère pas le cancer comme aussi invalidant que les artérites :

« Et encore une fois c'est même par exemple, demain vous me dites j'ai une tumeur ou que sais-je. Oui, mais enfin, pour le...directement ce n'est pas incapacitant, parce que si j'ai une tumeur elle est déjà là et elle ne m'empêche pas de faire les choses, donc si vous voulez, voilà, ça ne m'angoisse même pas. Mais, si vous me dites "on vous échange une tumeur au poumon contre vos problèmes d'artérite" je signe tout de suite, c'est une...voyez ? C'est à ce point-là. »

Il dit d'autre part qu'il ne ferait pas forcément les traitements si un cancer était dépisté :

« S'il y a un cancer, il y a un cancer. Je ne vais pas...non, non je ne vais pas me pourrir davantage la vie avec ce genre de choses. Donc s'il est là, ben il fera son œuvre », « non, vous me dites j'ai une tumeur, j'ai un machin, bon ben d'accord, on rajoutera ça sur la liste et puis on verra ce qu'il faut faire, et comment et pourquoi et puis est-ce que ça vaut le coup. Parce que la question de toute façon *in fine*... La question *in fine* est toujours la même : "est-ce que ça vaut le coup ?" »

Ayant reçu un résultat négatif au test, Mr Leje dit ne pas vraiment ressentir de soulagement, dans la mesure où ça ne change pas son état d'esprit. Il se dira malgré tout, lors du 3^{ème} entretien, satisfait des résultats négatifs, mais ses propos reflètent sa prudence et surtout un effort pour ne pas « s'enflammer », ne pas trop « s'enthousiasmer », du fait de son expérience, les mauvaises nouvelles faisant souvent suite aux bonnes. Il aimerait pouvoir sans crainte retrouver espoir :

« Qu'on me donne, qu'on me donne ou qu'il se passe quelque chose pour me redonner un peu d'espoir, pour me raccrocher à ça, pour me remotiver, pour refaire les choses dans le sens, ça serait déjà super »

Nous nous arrêtons ici, pour l'instant, en ce qui concerne l'histoire de Mr Leje. Ce qu'il vit – et exprime de façon particulièrement explicite – est vécu par tous les patients de cette cohorte. Nous reviendrons au fil de ce développement sur l'expérience de Mr Leje, que nous éclairerons, au même titre que l'expérience d'autres participants, au prisme d'apports conceptuels.

* * *

Le récit des affections somatiques et des traitements médicaux vécus par les patients, ainsi que le récit de leur résonance somato-psychique et sur leur vie, occupent une place prépondérante dans les entretiens. Tous les participants, bien qu'à des degrés variables, ont fait l'expérience dans les années qui précèdent l'entretien de modifications corporelles ayant affecté leur vie quotidienne et le rapport à leur corps. Toutes les personnes rencontrées ont été recrutées par un médecin cardiovasculaire, et sont atteintes d'artériopathies des membres inférieurs et/ou d'un anévrisme de l'aorte abdominale (selon les critères d'inclusion de l'étude Detector). Ces troubles vasculaires ont occasionné pour certains patients des nécroses, des ischémies, des abcès ou ulcères de la peau, des amputations (des doigts, des orteils, des pieds ou des jambes), des anévrismes (au cerveau, des carotides), ou diverses affections cardiaques (infarctus, fibrillation auriculaire, tamponnade). Au-delà des troubles vasculaires, une grande hétérogénéité d'affections somatiques est rapportée par les patients. Tous à l'exception d'une mentionnent en entretien des comorbidités en plus des troubles cardiovasculaires. Certains patients ont été diagnostiqués d'une pathologie, traitée ou en cours de traitement : diabète (8 personnes), cancer (4 personnes), hépatite (2 personnes). D'autres conditions dont ont souffert ou souffrent les patients sont : des accidents vasculaires cérébraux (AVC) (2), de l'hypercholestérolémie (7), de l'hypertension (6), des atteintes diverses des membres ou de la colonne vertébrale (8), des poumons (11), du rein ou de la vésicule biliaire (5), du foie (1), des intestins (2), de la thyroïde (3), de la prostate ou de la vessie (5), des ovaires (2), des yeux (4). Dans la mesure où nous nous concentrons sur l'expérience subjective, cette liste repose sur les affections organiques mentionnées en entretien psychologique par les patients, les dossiers médicaux et hospitaliers n'ayant pas été consultés.

2. Pathologies somatiques et restrictions libidinales

Tous les participants de la cohorte sont sujets à des restrictions de la mobilité causées par les troubles vasculaires, allant d'une diminution du périmètre de marche à des amputations, dans les cas les plus extrêmes. De ce fait, la plupart des personnes, au même titre que Mr Leje, doivent abandonner des activités investies par le passé : l'activité professionnelle, l'activité sportive, les loisirs. De nombreux patients font état de la souffrance ressentie face à l'impossibilité de s'engager dans des activités qui avaient, pendant des décennies, rythmé leur quotidien. Ces restrictions sur la mobilité et leurs effets sur la vie des personnes sont principalement retrouvés dans la catégorie d'analyse : « Capacités motrices et usages du corps ».

Voici ce qu'en disent, parmi d'autres, Mr Paut et Mme Syet :

« J'ai eu...j'ai refait un peu d'activité, mais en ayant mal aux jambes au bout d'une demi-heure. Et donc, ce qui m'a poussé à le faire c'est de me dire : "tiens, ben si je peux recommencer à jouer au tennis une fois ou deux par semaine, je serais content." Même si ce n'est plus...pas aller faire Roland Garros, mais voilà. Et puis, me dire, bon ben je vais prendre des vacances cet été, il serait bien de nager un bon coup, de ne pas avoir mal aux jambes » (Mr Paut) ;

« ...déjà je ne peux plus me déplacer physiquement pour beaucoup de choses, je ne peux plus faire de sport, je ne peux plus ça, je ne peux pas manger beaucoup de choses que j'aime bien, donc... », « Je bougeais beaucoup. Parce qu'en fait je bougeais énormément, je faisais du roller, je faisais du vélo, je faisais de la marche, de la piscine, du surf, des choses...enfin beaucoup de sports de glisse et beaucoup de...enfin des choses que je ne peux plus faire quoi ». (Mme Syet)

Les participants sont par ailleurs tous invités à arrêter de fumer par leur médecin, comme en témoigne la catégorie d'analyse « Arrêt et sevrage tabagique » : certains ont déjà arrêté, d'autres ont diminué leur consommation. Les médecins prescrivent également à certains de leurs patients des modifications de leur alimentation : notamment une suppression ou diminution des produits participant des artérités, mais également d'autres, en fonction des pathologies (Catégorie « Autres comportements liés à la santé »). Ces impossibilités ou interdictions sont parfois source d'insatisfaction, de frustration (« Expression d'affects et d'émotions »). Elles le sont d'autant plus que les activités et produits étaient fortement investis par les personnes.

Nous utilisons le terme « investis » dans le sens psychanalytique d'investissement libidinal. Nous avons constaté que la perte de l'intégrité corporelle entraîne pour les participants de l'étude un bouleversement de leur économie psychique. Les limitations fonctionnelles affectent les investissements libidinaux dans la mesure où elles instaurent des limites aux potentialités de satisfaction de la pulsion sexuelle. Pour expliquer cela, et prendre par-là la pleine mesure des effets psychiques de ces privations, nous avons eu recours à la théorie freudienne de la sexualité.

2.1. Introduction aux théories de l'étayage et de la subversion libidinale

Freud, dans les « Trois essais sur la théorie sexuelle »³²⁷, étend la sexualité à un domaine beaucoup plus large que l'acception commune à l'époque selon laquelle la pulsion sexuelle normale ne concerne que l'union sexuelle génitale entre deux personnes de sexe opposé dans un but reproductif, et émergeant lors de la puberté. Il étend donc la notion de sexualité à toute une gamme d'excitations et d'activités procurant du plaisir et ne pouvant se réduire à la satisfaction d'un besoin biologique (tel que la faim, la miction, etc.). Son développement prend en compte notamment des manifestations psychopathologiques de la sexualité dont la perversion et la névrose, et des manifestations normales comme la sexualité infantile. Si ces notions peuvent sembler loin de notre sujet, elles nous paraissent néanmoins essentielles dans la mesure où ces phénomènes, plus discrets chez les adultes exempts de psychopathologie, y sont tout autant agissant et déterminant pour l'organisation psychique.

Grâce à l'étude des perversions, Freud identifie une multitude de buts, d'objets et de sources de la pulsion sexuelle, les trois étant intimement liés. Quelques exemples en sont le fétichisme dans lequel l'objet sexuel a été remplacé par une partie du corps ou un objet ; le voyeurisme ou l'exhibitionnisme dans lequel le but sexuel a été remplacé par celui de voir ou de montrer. Il

³²⁷ Sigmund Freud, « Trois essais sur la théorie sexuelle » dans *OCF VI (1901-1905)*, Paris, PUF, 2006, p. 59-181.

retrouve chez l'enfant, cette tendance à trouver du plaisir dans des activités variées et à partir de sources diverses. Il en vient à caractériser la sexualité infantile de perverse et polymorphe, la multiplicité de buts, de sources et d'objets étant normale et constitutive du développement psychique chez l'enfant. Le prototype de cette activité est le suçotement : le bébé, lors du suçotement, fait l'expérience, au-delà de la satisfaction de la faim, d'une sensation de volupté qui permet son assimilation à un plaisir sexuel. Il développe, à l'occasion du nourrissage, un plaisir auto-érotique qui prend naissance dans des sensations de satisfaction d'un besoin vital mais auxquelles s'ajoute bientôt une dimension de plaisir hautement singulière : « La première activité de l'enfant, et la plus importante pour la vie, la succion du sein maternel (ou de ses succédanés), ne peut que l'avoir déjà familiarisé avec ce plaisir. Nous dirions que les lèvres de l'enfant se sont comportées comme une zone érogène et que la stimulation par le flux de lait chaud fut bien sûr la cause de la sensation de plaisir. Au début, la satisfaction de la zone érogène était bien sûr associée à la satisfaction du besoin de nourriture. L'activité sexuelle s'étaye d'abord sur une des fonctions servant à la conservation de la vie et s'en rend indépendante seulement plus tard. »³²⁸. Ce mécanisme peut être étendu à l'ensemble des zones du corps, dont certaines – les muqueuses – sont particulièrement propices à l'ancrage des pulsions sexuelles dans le corps de l'enfant.

Christophe Dejours reprend et développe le concept freudien de l'étayage dans sa théorie de la « subversion libidinale »³²⁹. Cette notion permet de mieux comprendre comment, de manière générale, la fonction organique, à la source de toute activité psychique, perd son exclusivité sur le corps au profit d'une fonction érotique. « Tour à tour, différentes parties du corps vont servir de zones érogènes (à vrai dire, essentiellement les parties du corps qui limitent l'intérieur de l'extérieur : organes des sens, sphincters, peau et, à un bien moindre degré, viscères internes). Ces zones vont être arrachées progressivement à leurs maîtres naturels et primitifs que sont les fonctions physiologiques, pour être peu à peu subverties au profit de la construction de ce que l'on appelle le *corps érotique*. Grâce à cette édification de la sexualité psychique et du corps érotique, le sujet parvient à s'affranchir partiellement de ses fonctions physiologiques, de ses instincts, de ses comportements automatiques et réflexes, voire de ses rythmes biologiques »³³⁰. Avant que la subversion libidinale n'ait lieu, le corps est dans sa totalité érogène, c'est-à-dire entièrement excitable, de la surface du corps aux organes internes. Lors de la subversion libidinale, alors que certaines zones s'inscrivent comme zones érogènes dans la géographie du corps pulsionnel, d'autres perdent de leur potentiel d'inscription psychique, à l'occasion d'un refoulement qualifié par Freud de « refoulement organique ». Comme le précise Villa, Freud « nous fait entrevoir un état originaire [...] où c'est l'ensemble du corps qui est également érogène. Il s'agirait là d'un état du moi-corps antérieur à l'œuvre du refoulement organique qui, par atténuation de l'érogénéité de certaines parties du soma, circonscrit principalement cette propriété aux zones dites érogènes – celles-ci formeront les coordonnées depuis lesquelles se construit psychiquement le corps. L'érogénéité est donc une propriété générale de l'ensemble du corps et de chacune de ses parties

³²⁸ *Ibid.*, p. 117.

³²⁹ Christophe Dejours, *Le Corps d'abord*, Paris, Payot, 2003.

³³⁰ *Ibid.*, p. 16.

mais le droit de disposer de cette propriété peut connaître un accroissement ou un abaissement pour des raisons d'ordre physique et psychique »³³¹. Nous aurons l'occasion d'y revenir.

Les pulsions partielles apparaissent ainsi par étayage sur des fonctions corporelles vitales de l'enfant ; elles sont d'abord auto-érotiques – c'est-à-dire qu'elles portent sur le corps de l'enfant – ; et visent à assouvir un plaisir par la stimulation appropriée des zones érogènes, la satisfaction vécue auparavant ayant déclenché un besoin de les répéter. « Ce qui différencie les pulsions les unes des autres et qui les dote de propriétés spécifiques, c'est leur relation avec leurs sources somatiques et leurs buts. La source de la pulsion est un processus excitateur dans un organe, et le but immédiat de la pulsion réside dans la suppression de ce stimulus d'organe »³³². Freud montre par-là que les buts des pulsions sont multiples, changeants, liés à l'histoire du sujet et à ses expériences de satisfaction précoces.

Les théories de l'étayage et de la subversion libidinale nous permettent de comprendre les implications somato-psychiques des privations relatées dans les catégories « Arrêt et sevrage tabagique », « Autres comportements liés à la santé », « Capacités motrices et images du corps ».

2.2. Plaisirs pulsionnels dans la vie quotidienne de l'adulte

Freud fait déjà, dans les *Trois Essais sur la théorie sexuelle*, le lien entre le plaisir du suçotement et l'activité de fumer : « Tous les enfants ne suçotent pas. Il est à supposer que les enfants qui en viennent à cela sont ceux chez qui la signification érogène de la zone labiale est constitutionnellement renforcée. Si celle-ci subsiste, ces enfants deviendront, adultes, des gourmets de baisers, auront un penchant pour les baisers pervers ou [...] auront une forte motivation innée à boire et à fumer »³³³. Il identifie donc, dans la vie d'adulte, la persistance de plaisirs d'organe dans l'organisation libidinale du sujet, à rattacher aux pulsions partielles.

Lesourne, dans une étude sur le tabagisme, développe plus avant les enjeux pulsionnels forts derrière l'acte de fumer : « La cigarette est un moyen d'éponger symboliquement toutes les frustrations (ou de tenter de le faire) grâce aux très nombreuses facettes qu'elle offre : moyen de se donner du « bon » à l'intérieur en « tétant » un objet chaud et vivant, moyen de se sentir maître de soi-même en agissant sur un objet au lieu de rester passif dans la frustration (sortir la cigarette, l'allumer), moyen de se sentir puissant en manipulant le feu, alors qu'on se sent faible et impuissant, moyen d'exprimer de l'agressivité en dégageant des mauvaises odeurs et en laissant derrière soi des mégots, moyen de se sentir féminin en mimant la pénétration, ou masculin en se dotant d'un appendice phallique, moyen de montrer son mal-être et sa révolte intérieure »³³⁴.

L'acte de fumer, pour les participants de notre étude, dépasse bien l'assouvissement d'une addiction somatique à un substrat chimique. De nombreux patients mentionnent en entretien le

³³¹ François Villa, « La participation du refoulement organique à la formation du caractère », *Revue française de psychanalyse*, 2014, vol. 78, n° 4, p. 983.

³³² S. Freud, « Trois essais sur la théorie sexuelle », art cit, p. 102.

³³³ *Ibid.*, p. 118.

³³⁴ O. Lesourne, *Le grand fumeur et sa passion*, *op. cit.*, p. Préface.

plaisir qu'ils prennent à fumer, et notamment celui de la sensation dans la gorge et de la gestuelle. Lorsque Mr Leje cherche une cigarette électronique pour compenser l'arrêt du tabac, il doit trouver celle qui lui procure la meilleure sensation en matière de goût et de stimulation de la gorge. Mme Syet a quant à elle recours à la cigarette électronique, non pour le goût ou la nicotine – elle n'en met pas dans sa cigarette – mais pour le geste, dont elle ne peut se passer. Plusieurs autres patients, comme Mr Chez et Mr Deht, doivent suçoter des bonbons afin de maîtriser le besoin de fumer : ils n'abandonnent pas le but pulsionnel mais trouvent un substitut au moyen duquel l'assouvir. Mr Sial sort en entretien ses cigares de sa poche pour me les montrer avec fierté, nous montrant par-là l'équivalence fantasmatique entre l'objet cigare et le phallus – nous reviendrons plus tard à cette notion. La difficulté des patients à se sevrer n'est donc pas uniquement à mettre au compte de l'addiction à la substance chimique, mais dépend également de la profondeur de l'investissement pulsionnel, c'est-à-dire de l'importance de l'assouvissement pulsionnel obtenu par le tabagisme. Le sujet qui essaie de réduire sa consommation s'expose à ressentir l'angoisse, la frustration canalisées par le fait de fumer, ou doit se résoudre à abandonner un plaisir fortement investi. Cela semble être le cas pour Mr Paut qui ne parvient d'ailleurs pas, malgré ses nombreux efforts, à arrêter de fumer :

« Je suis un peu nerveux depuis toujours, et la cigarette elle, elle...elle convient bien, d'abord il y a une notion de plaisir, et elle convient bien dans les moments euphoriques et aussi dans des moments de surcharge de travail ou de...ou de, de baisse de moral »,
 « Je ne sais pas si ça m'aide, mais enfin ça vient naturellement. *Silence*. Non, je ne suis pas bien capable d'analyser ça. Enfin j'ai une attirance sur la cigarette dans ces moments-là oui. *Silence* » (Mr Paut)

La difficulté à arrêter une activité nocive pour la santé découle bien du fait que le but recherché se soit détaché et décalé, ait été perverti par rapport au but originel associé à la zone érogène, c'est-à-dire la satisfaction d'une fonction vitale. Dans ce décalage vient s'intercaler une dimension fantasmatique propre au sujet.

Ce qui est valable ici pour la cigarette, l'est aussi pour la nourriture. A tel point que Mme Syet et Mr Node, tous deux, préfèrent continuer à manger respectivement des tomates et des baba-rhum, leurs aliments préférés, malgré le danger que cela pose à leur santé :

« [Le médecin lui dit :] “Si tu perds 20 kilos comme quand tu avais 20 ans, c'est fini. Le diabète t'en entends plus parler.” [...] Alors, quand je suis allé à la boulangerie acheter deux babas au rhum, au lieu de 3, je regarde toujours derrière qui c'est derrière moi. *(Rires)*. Eh oui, il ne faut pas qu'il y ait ma sœur, il ne faut pas qu'il y ait mon copain. Il ne faut pas qu'il y ait mon médecin généraliste. Il ne faut pas qu'il y ait le diabétologue, qui travaille ici, je ne sais plus le 8^{ème} ou le 7^{ème} je ne sais plus où...il y a...c'est vraiment très très précis. Et la boulangère elle le sait hein ? Elle se cache pour me faire le paquet. *(Rires)*. » (Mr Node)

S'adonner à ce plaisir coupable – qui, comme la masturbation, doit être dissimulé – fait directement écho, dans l'économie psychique de Mr Node, au plaisir qu'il éprouvait enfant :

« [Sa mère lui disait :] “Alors, mon fils tant que tu es là, va me chercher un baba au rhum à la boulangerie d’en face.” Et ne va pas le dire à mon père hein ? Et puis c’était tout le temps comme ça. C’était comme ça. C’était le sucre et le miel, le machin. Vous savez, moi quand j’étais petit je rentrais de l’école et mon grand-père il m’attendait, à l’époque on faisait bouillir le lait et donc il ramassait la crème du lait au-dessus, il mettait dans un verre, il mettait une tonne de sucre et il me le donnait à manger. » (Mr Node)

2.3. Destins des pulsions dans la vie quotidienne

Freud, étudiant les similitudes entre les manifestations de la sexualité perverse adulte – pathologiques du fait de fixations – et les manifestations de la sexualité infantile – normales, mais qu’il définit à l’époque comme polymorphe et perverse – en vint donc à découvrir le mécanisme qui sera appelé par Dejours « subversion libidinale » par lequel le corps érotique s’étaye sur le corps biologique. La sexualité non perverse de l’adulte n’émerge donc pas lors de la puberté mais consiste plutôt en une modification, une évolution de la sexualité infantile par suite du développement organique et d’une série d’inhibitions psychiques.

Bien que l’activité auto-érotique demeure chez les patients non pervers, l’issue du développement de la sexualité humaine est la réunion, sous le primat d’une unique zone érogène – la zone génitale – des pulsions partielles. Pendant la période dite de latence, sont mises en place, sous l’influence de l’éducation et d’un mouvement inné du développement, des puissances animiques qui font obstacle aux pulsions sexuelles et en restreignent le champ d’action. Ces puissances s’expriment par le dégoût, la pudeur, les exigences morales : elles aboutissent à la requalification des satisfactions des pulsions partielles en déplaisir et participe de ce que la pulsion reste à l’intérieur des limites admises comme normales.

Mr Chez, lorsqu’il arrête de fumer, développe une aversion pour l’acte de fumer :

« ... je peux rester à côté de quelqu’un qui fume, ça ne va pas me gêner. [...] L’odeur, si je me la prends en pleine poire si [...] ... et puis il ne faut pas que ce soit confiné quoi. Voilà, si quelqu’un fumait là, oui, je partirais, mais si c’est plus ou moins aéré ou dehors, je peux être à côté de la personne, si je ne me prends pas... voilà. Sinon je n’ai pas envie de me taper un truc qui pue. Et puis il y a un truc qui me gêne énormément c’est l’haleine des gens. Dégueulasse, hein franchement c’est ignoble. Et moi je me suis dit, mais moi j’ai fait le berger allemand quoi. C’est dégueulasse, il y a des moments... voilà. Ce n’est pas facile (*rires*), d’être dans une relation [où sa compagne fume] » (Mr Chez)

Le développement du dégoût de la cigarette, que nous pouvons repérer dans ce verbatim de Mr Chez, pourrait bien être, plutôt qu’une conséquence de l’arrêt du tabac, ce qui lui permet d’arrêter de fumer par inhibition de la pulsion partielle qui alimentait l’acte de fumer. En effet, restent très liés, chez Mr Chez, dégoût, rejet, et envie insatiable de fumer, la tentation se présentant de tous les côtés :

« Donc, et du coup, je savais aussi, une chose c’est : n’essaye même pas d’en fumer une. Et je n’en ai pas... je n’ai pas touché. Et pourtant ça traîne dans tous les coins, alors

régulièrement, je suis limite à me dire : “là...là je vais me fâcher”, parce que j’ouvre un tiroir, un paquet de clopes, je tourne ma tête, un paquet de clopes, oh une clope qui fume toute seule, ah une clope qui est écrasée, mais pas finie dans un coin. Et parfois, ça ne me fait rien du tout, ça me fait rire, et puis d’autres fois ben...parce que, ah il y a un truc génial c’est que...par contre qui m’a aidé aussi, c’est que j’ai arrêté juste avant, donc en octobre, et après je n’ai plus touché, et maintenant les paquets de clopes sont tous pareils, donc je rigole en disant : “mais vous savez ce que vous fumez ?” Parce que...mort de rire quoi, ah oui tu fumes un cancer du poumon quoi, ou un cancer de la gorge, parce qu’il y a des trucs horribles. » (Mr Chez)

Le refoulement défensif d’une part de la sexualité, l’accroissement des résistances contre la pulsion, s’expriment donc par le dégoût, la pudeur, la morale. Si ces procédés sont insuffisamment existants chez le pervers, ils dépassent chez le névrosé la mesure normale. Il a en effet été rendu particulièrement évident par Freud que les symptômes hystériques fonctionnaient comme le substitut de tendances sexuelles animiques dont la liquidation était rendue impossible sans subir des modifications et déplacements empêchant leur reconnaissance comme phénomènes sexuels. Ces considérations nous éloigneraient de notre sujet s’il ne s’agissait, en les exposant, de rendre saillant en quoi les manifestations de la sexualité infantile participent profondément de la vie affective du sujet également chez les sujets ‘normaux’. A côté des perversions dans lesquelles les prédispositions perverses se maintiennent et se renforcent, à côté des névroses dans lesquelles elles sont empêchées sous leur forme originelle mais font retour sous la forme de symptômes, Freud identifie une troisième issue qui correspond à la transformation des pulsions partielles par leur déssexualisation.

Lors de la période de latence, la répression des pulsions partielles peut aboutir à des formations réactionnelles par lesquelles l’énergie libidinale est détournée de son but initial et trouve un moyen de participer au développement de l’individu. « Ce que nous appelons le « caractère » d’un être humain est pour une bonne part édifié avec le matériel des excitations sexuelles et se compose de pulsions fixées depuis l’enfance, de constructions acquises par sublimation et de celles qui sont destinées à réfréner efficacement les motions perverses reconnues inutilisables. On peut donc estimer que la prédisposition sexuelle perverse générale de l’enfance est la source de toute une série de nos vertus, pour autant que, par formation réactionnelle, elle donne le branle à leur création »³³⁵. Dans ses études sur la notion de caractère chez Freud, Villa rend saillante cette capacité de détournement de l’érogénicité de zones du corps au profit de certaines productions psychiques. Le refoulement organique consiste bien en cette opération par laquelle des sensations corporelles perdent leur aptitude à participer à la sexualité ; la libido rendue libre par le refoulement peut, par formation réactionnelle, alimenter des processus intellectuels comme la propreté, la morale, l’ambition, etc. « L’aptitude érogène d’un organe est « absorbée » dans un processus de transposition de l’érotisme d’organe en diverses

³³⁵ S. Freud, « Trois essais sur la théorie sexuelle », art cit, p. 177.

productions psychiques et, entre autres, en traits de caractère. Le trait de caractère (piété, pudeur, propreté, avarice, générosité, scrupulosité, ambition, etc.) s'exonde de la sexualité disparue »³³⁶.

Ces éléments nous permettent d'avancer dans l'analyse des déstabilisations de l'économie psychique entraînées par la pathologie somatique. Les déstabilisations dont nous parlons ici ont été relevées lors de l'analyse de la catégorie « Changements identitaires induits ».

Nous l'avons vu en introduction, Mr Leje souffre intensément de ne plus pouvoir se dépasser, pousser ses limites, avoir un rôle moteur dans ses relations sociales, ce qu'il considère de tout temps comme étant constitutif de sa personnalité. Pour Mme Glaa, c'est l'impossibilité de s'occuper elle-même de son logement, et donc d'être par elle-même propre, du fait de son invalidité, qui est source d'intense souffrance, au point qu'elle s'en occupe malgré son incapacité :

« Je me suis retrouvée à être obligée d'avoir des aides soig...des aide-ménagères, l'horreur pour moi. C'est une horreur, je ne supporte pas. Bon. Et je suis bien obligée, parce que je ne peux pas faire ça.[...] Je suis tellement maniaque en plus que si je ne peux pas faire un truc et que je vois que... Je serais capable de... D'ailleurs c'est ce que je faisais hein ? Je me forçais...quand elle partait, comme je suis droitière...elle repassait le linge, je repassais derrière elle hein ? Avec la main gauche. Parce que pour moi, ce n'était pas repassé comme il fallait, alors que cette fille, pendant une heure, elle s'était défoncee à repasser quoi. Et voilà. Laver le sol, si je vois un truc...ça y est ça va devenir de l'obsession » (Mme Glaa)

Des caractéristiques de la personnalité, comme l'ambition, la propreté, peuvent donc trouver leur source dans des excitations d'organe. Le but d'une pulsion peut se transformer, et, par des processus de formations réactionnelles, de sublimation, être désexualisé. Les activités que les participants de notre étude doivent arrêter, leur emploi, leurs loisirs, sont également autant d'occasions de satisfaire la pulsion sexuelle auxquelles les personnes n'ont plus accès. Il nous est difficile, hors cadre analytique, d'identifier dans le détail l'origine pulsionnelle singulière des activités investies par les patients, dans la mesure où les pulsions partielles sont « les éléments derniers auxquels la psychanalyse parvient dans l'analyse de la sexualité »³³⁷. Il nous est cependant possible de suivre les traces de Freud afin d'en identifier quelques ressorts psychosexuels.

Pour certains participants de cette étude, la pathologie somatique est l'occasion de l'arrêt de l'activité professionnelle (catégorie « Parcours de vie »). Cela implique la réduction du travail intellectuel. « Sachant une bonne fois qu'une concentration de l'attention est à même de provoquer de l'excitation sexuelle, nous sommes portés à supposer qu'en agissant sur cette même voie, mais en direction inverse, l'état d'excitation sexuelle influence la possibilité de disposer de la part orientable de l'attention »³³⁸. Mr Sial, notamment, nous permet de voir l'investissement pulsionnel derrière l'activité de pensée. Il se rappelle son emploi, les objets qu'il fabriquait « dans

³³⁶ F. Villa, « La participation du refoulement organique à la formation du caractère », art cit, p. 986.

³³⁷ Jean Laplanche et Jean-Bertrand Pontalis, *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF, 2007, p. 367.

³³⁸ S. Freud, « Trois essais sur la théorie sexuelle », art cit, p. 143.

le bureau de recherche. Donc le chloromètre, le photomètre de flamme et compagnie. Les spectromètres. » (Mr Sial). Sa curiosité pour la recherche – Freud voit dans l'attrait pour la recherche à l'âge adulte une sublimation du plaisir-désir de regarder et des déplacements par rapport à la curiosité portant sur les organes sexuels – s'étend au protocole de recherche, qu'il commente, décortique, auquel il s'intéresse vivement. La frustration intense exprimée par certains patients face à l'arrêt de leur activité professionnelle pourrait en partie relever de ce que les affections somatiques, et par-là le refus de la satisfaction pulsionnelle, met en stase la libido et enjoint le sujet à trouver d'autres voies afin d'abaisser l'afflux en tension psychique, à se débarrasser de l'excitation ne trouvant plus de voies d'éconduktion.

Le cas est peut-être encore plus marquant pour l'arrêt d'activités sportives (catégorie « Loisirs »). Les ébranlements corporels mécaniques sont, pour l'enfant, notamment par le biais des luttes enfantines, mais également par le plaisir à être porté, jeté en l'air, des sources d'excitations sexuelles. L'activité sportive, par le biais d'une déssexualisation, peut être un moyen privilégié d'expression des pulsions partielles. La satisfaction issue de l'activité – et son lien à la pulsion d'emprise établi par Freud –, sont perceptibles dans les propos de Mme Glaa :

« Et puis c'est la rage de ne pas pouvoir marcher, vous voyez ? Ma mère, quand je me promenais avec ma mère, elle me dit toujours : “mais arrête de marcher aussi vite”. Et je parle de ça il y a 15 ans hein, donc elle était encore... attention. Je lui dis : “mais je ne peux pas marcher autrement maman. Je ne sais pas marcher autrement, j'ai toujours marché vite”. Là, je peux vous dire, même ma mère pourrait me rattraper. » (Mme Glaa)

Les « je ne peux plus », récurrents en entretien, témoignent d'une inadéquation du corps aux désirs et intentions des personnes. Du fait d'une contrainte externe – c'est-à-dire dans la mesure où c'est un élément de la réalité qui prive le sujet des possibilités de satisfaction libidinale – l'équilibre pulsionnel du sujet est remis en question, ce dont Mme Syet a la belle intuition :

« J'ai trop d'interdits entre les antivitaminés K les choses comme ça, ça [l'arrêt de la cigarette électronique] viendra peut-être mais pour le moment pas encore. Ça viendra hein... ça, je sais que... je pense que ça viendra à un moment-donné ou à un autre. Mais là, pour le moment, ça me ferait un interdit de plus, alors déjà je ne peux plus me déplacer physiquement pour beaucoup de choses, je ne peux plus faire de sport, je ne peux plus ci, je ne peux pas manger beaucoup de choses que j'aime bien, donc... j'ai dit non, ça me ferait un interdit de plus, qui risquerait de me faire basculer dans le rejet des médicaments ou des choses comme ça. Donc non, je garde ma stabilité, on va dire entre guillemets, de malade et de bonne volonté de se soigner, voilà » (Mme Syet)

Nous reviendrons plus loin sur les possibilités de traitement psychique des quantums de libido laissés libres du fait du refus. Il apparaîtra que l'arrêt de la cigarette, la privation d'aliments, l'arrêt forcé d'une activité sportive ou professionnelle, l'impossibilité d'exprimer son caractère, ne résonnent pas de la même manière d'une personne à l'autre – une même activité ou caractéristique pouvant être clé dans l'organisation libidinale d'un sujet, mais périphérique pour un autre –, et que certaines privations bouleversent l'économie psychique d'un sujet lorsque d'autres sont facilement par lui abandonnées, remplacées, substituées.

Point d'étape

Il nous est donc possible de repérer l'œuvre de la pulsionnalité derrière les traits de caractères et les activités qui ne peuvent plus être réalisés, les plaisirs qui ne peuvent plus être assouvis, par les participants de l'étude, du fait des pathologies somatiques. Si le rapport au corps et au plaisir d'organe est plus facilement identifiable en ce qui concerne le tabagisme, l'absorption d'aliments ou la mise en mouvement du corps dans le sport, il est tout aussi présent, bien qu'ayant été détourné, dans des activités déssexualisées telles que la profession, l'expression de traits de caractères ou la performance sportive. Lorsque ces différents moyens d'éconduction de l'excitation sont empêchés par la pathologie somatique, le sujet s'expose au refus ; la manière dont l'économie pulsionnelle individuelle sera bouleversée par la pathologie somatique dépend de l'inscription de ce qui est empêché dans l'économie psychique du sujet.

Nous reviendrons sur le lien entre ces données et l'expérience du dépistage dans le chapitre 5. Nous y expliquerons pourquoi ces événements sont mobilisés et relatés par les personnes alors que la question posée les invite à partager leur expérience du dépistage.

Nous pouvons en revanche dès à présent repérer des liens entre ces observations et les études auxquelles nous avons fait référence dans la revue de littérature, qui étudient la prévention des cancers. Peretti-Watel et Moatti, dans leur ouvrage *Le Principe de prévention*, relèvent l'absence de prise en compte de la notion de plaisir dans les études sur la prévention des comportements définis « à risque ». La plupart des travaux qui s'intéressent à la prévention du tabagisme se focalisent ainsi quasiment exclusivement sur les résultats concernant le sevrage (réussite ou échec), en négligeant majoritairement la fonction du tabagisme dans l'organisation psychique des sujets – à l'exception de l'addiction chimique. L'usage de la notion de subversion libidinale permet d'élargir la notion de plaisir à celle de satisfaction pulsionnelle. L'assouvissement pulsionnel peut être à l'œuvre dans des activités impliquant du plaisir – tabagisme, alimentation – mais également d'autres activités et conduites n'étant pas sources directes de sensations de plaisir mais ne permettant pas moins le soulagement d'une pulsion. Dans la prévention des conduites « à risque », se focaliser uniquement sur le sevrage, et donc omettre les diverses fonctions des comportements dans l'économie psychique subjective, revient à réduire le rapport au corps à sa dimension fonctionnelle. Nous pensons essentiel de prendre en compte la subversion du corps par les expériences de plaisir et de déception qui rythment l'existence.

3. Effets des pathologies somatiques sur l'issue identificatoire

Une série de verbatims, que nous avons principalement identifiés lors de l'analyse de la catégorie « Changements identitaires induits », nous incite à aller plus loin dans notre analyse des répercussions psychiques de la pathologie somatique pour les participants de cette étude :

- « J'étais une grosse bougeuse » (Mme Syet),
- « J'étais une grande sportive » (Mme Daso),
- « J'étais très actif, très dynamique, plutôt sportif » (Mr Leje),
- « J'étais très très en forme physiquement » (Mr Chez),
- « J'étais assez costaud hein ? J'étais mince, mais costaud » (Mme Glaa),

Deux points communs à ces verbatims sont d'une part qu'ils commencent par « j'étais » et nous introduisent donc à la problématique identitaire, et d'autre part qu'ils se rapportent à l'activité – nous y reviendrons prochainement. Plus que de la frustration, c'est-à-dire d'un empêchement d'éconduction de la libido par la réalisation des pulsions sexuelles, il semble qu'il s'agisse là de la possibilité pour le sujet de rester lui-même.

Le rapport à soi-même est mieux traduit dans la théorie freudienne par la notion de narcissisme, ce qui nous invite à nous intéresser maintenant à ce qui est souvent décrit comme un second temps du développement théorique freudien. A partir de 1910, après s'être plus largement consacré à l'étude de la libido, de son développement et de ses destins, Freud s'intéresse au développement du moi, grâce à l'introduction du concept de narcissisme. Plusieurs notions vont alors s'articuler, telles que le narcissisme, les identifications, la séparation du moi en instances, l'organisation libidinale, le complexe d'Œdipe... Est rendu « évident [...] que la qualité des transpositions pulsionnelles, c'est-à-dire les divers destins psychiques que peut connaître la pulsion, dépend[ent] tout autant de la phase érotique où elles s'effectu[ent] que du rapport à la réalité dont témoign[e] l'organisation du moi »³³⁹.

Nous avons vu précédemment que, lors du refoulement organique et par formations réactionnelles, peuvent se former des caractéristiques du sujet sous forme de traits de caractère. Le développement du moi et la traversée des phases pré-génitales permettent l'association d'un « je » à ces traits de caractère : je suis maniaque, je suis actif(ve), je suis dynamique, je suis féminin(e), etc. Etudier la genèse de la formation du « je suis » nous permettra de mesurer ce qui est perdu pour nos participants lorsque le « je suis » se transforme, sous l'effet de la maladie, en « j'étais ». Nous nous appuierons principalement, pour ce segment d'analyse, sur les

³³⁹ François Villa, *La notion de caractère chez Freud*, Format Kindle., Paris, PUF, 2015 Empl. 1000.

développements de trois relecteurs de Freud : Jean Florence, Villa et Janine Chasseguet-Smirgel et leurs ouvrages respectifs sur les notions d'identification, de caractère et d'Idéal du Moi³⁴⁰.

3.1. Des pulsions partielles aux organisations de la libido

Du point de vue du développement psychosexuel, le point de départ justifiant la pertinence de ces concepts peut être situé à la nécessité pour le sujet de prendre en compte la réalité. « Il s'imposa alors qu'il fallait, entre les objets de l'auto-érotisme qui étaient des zones érogènes du corps et l'objet d'amour de la phase génitale, introduire un autre objet propre à la phase du narcissisme primaire. Le moi est cet objet, pas seulement comme moi-zones érogènes du corps, mais comme moi-instance psychique »³⁴¹. Les refusements successifs de l'éconduite des excitations issues des zones érogènes du corps constituent une épreuve de réalité ; elles contraignent l'enfant, impuissant à se satisfaire entièrement lui-même, à prendre en compte la réalité extérieure dans le but d'assurer sa survie. Sous l'effet des développements de la libido et du moi, seront inventés de nouveaux modes de satisfaction ; « si le sens de la réalité vient à connaître un développement, ce n'est pas tant en raison de tendances naturelles au progrès que comme résultat de refusements successifs auxquels l'être humain est contraint par la nécessité que lui imposent des refusements de satisfaction dont il ne peut méconnaître la réalité et auxquels il doit, pour vivre, supporter de survivre en tentant, peu ou prou, de les élaborer »³⁴².

Pour atteindre la satisfaction malgré l'impuissance et l'inadaptation du monde aux exigences pulsionnelles, le petit d'homme est contraint à se modifier ou à modifier le monde extérieur. Cela participe d'une mutation d'un moi-plaisir à un moi-réel, qui par phases successives mènera éventuellement à l'amour d'objet. Est dégagée par Freud l'hypothèse d'une organisation prégénitale de la libido, définie par Jean Laplanche et Jean-Bertrand Pontalis comme « une coordination relative des pulsions partielles, caractérisées par le primat d'une zone érogène et un mode spécifique de relation d'objet »³⁴³. La prédominance particulière d'une zone du corps et l'évolution du rapport à l'objet sous l'influence du développement du rapport à la réalité induisent un régime sexuel particulier dominé par une pulsion organisée en source, poussée, objet et but. Sont identifiées par Freud les organisations prégénitales orale, anale et plus tard, phallique.

C'est à partir de difficultés rencontrées dans des cures analytiques du fait de caractéristiques de certains analysants, et notamment une rigidité s'exprimant par une propension à l'économie, la scrupulosité et l'entêtement, que Freud établira un lien entre les traits de caractère et l'érotisme. Lors de la phase anale, le rapport à l'objet est caractérisé par l'ambivalence : l'objet anal (fécal) « est un prototype « organique » de l'ambivalence qui trouverait ainsi sa condition physiologique dans le fonctionnement sphinctérien (évacuation-rétention) et dans le contrôle dont il peut faire

³⁴⁰ Jean Florence, *L'identification dans la théorie freudienne*, Format Kindle., Bruxelles, Presses de l'Université Saint-Louis, 2019 ; F. Villa, *La notion de caractère chez Freud*, op. cit. ; Janine Chasseguet-Smirgel, *La maladie d'idéalité : Essai psychanalytique sur l'idéal du moi*, Paris; Montréal, L'Harmattan, 1999.

³⁴¹ F. Villa, *La notion de caractère chez Freud*, op. cit. Empl. 1080.

³⁴² *Ibid.* Empl. 1041.

³⁴³ J. Laplanche et J.-B. Pontalis, *Vocabulaire de la psychanalyse*, op. cit., p. 297.

l'objet »³⁴⁴. La manière d'habiter le corps a des conséquences sur la constitution du caractère du moi, il donne à l'enfant l'occasion de décider entre l'amour d'objet (donner) et l'attitude auto-érotique (retenir). Si dans le cas pathologique de la névrose obsessionnelle, une insuffisante élaboration de l'érotisme anal mène à la formation des traits de caractères que sont l'avarice, la passion de l'ordre, la scrupulosité et l'entêtement comme compensation face au renoncement forcé à certains modes de satisfaction, il semble que la phase anale participe, pour tous les sujets, de la formation même du caractère. « A l'occasion de cette défécation, l'enfant fait l'expérience, pour la première fois, que face aux exigences du monde qui se présente comme relevant d'un certain ordre, il peut opposer sa propre volonté, son propre ordre. Il peut se soumettre et/ou se rebeller. Il découvre qu'il a un espace de décision, de choix. Tous les traits de caractère ne sont-ils pas jusqu'à un certain point « une persistance narcissique dans l'érotisme anal » ? »³⁴⁵.

Bien que l'érotisme anal joue un rôle particulier dans l'établissement du caractère, ne doit pas être négligée l'influence des autres stades du développement de la libido dans la constitution du sujet en tant qu'individu. Leur analyse permet l'introduction de la notion centrale de ce segment de notre développement, à savoir le concept d'identification.

3.2. Des organisations libidinales à la constitution du moi : l'identification

Avant que l'ambivalence ne soit vécue, que l'autre ne soit appréhendé dans sa totalité comme objet réunissant amour et haine, le rapport à l'objet est caractérisé par l'absence de distinction entre soi et l'autre. Le rapport à la réalité étant quasi-inexistant et le psychisme encore soumis au principe de plaisir, le moi est confondu avec ce qui satisfait, le non-moi confondu avec le mauvais.

Lors de la phase orale, le bon – qu'il vienne de soi ou de l'objet – est pris en soi comme source de satisfaction, le mauvais expulsé au dehors comme cible de la destructivité. « L'activité alimentaire et l'activité sexuelle, distinctes en droit, ne le sont pas en fait. Une seule voie leur est ouverte, la bouche – qui est encore ce canal par où « ça » respire, « ça » crie. Phase « cannibale » car ce qui est consommé, ce dont se nourrit la sexualité apparaissante et ce par quoi se sexualise la nutrition vitale, c'est originellement de la chair : le sein prodiguant le lait [...]. Le but alimentaire est certes l'absorption qui supprime pour un temps la tension de la faim ; le but sexuel [...] est l'incorporation (*Einverleibung*) de l'objet »³⁴⁶. L'enfant, qui est exposé à une ouverture sur le monde du fait des refusements, se défend de cette ouverture aux moyens qui sont alors les siens, extraire ou prendre en lui, projeter ou introjecter ; le moi en formation tente de s'appropriier les attributs de l'objet intéressants pour lui afin de se rendre indépendant du monde.

Le premier mode de relation à l'objet fonctionne donc dans une indifférenciation entre l'investissement d'objet et l'identification ; « le processus alimentaire de l'incorporation [est

³⁴⁴ F. Villa, *La notion de caractère chez Freud*, op. cit. Empl. 810.

³⁴⁵ *Ibid.* Empl. 822.

³⁴⁶ J. Florence, *L'identification dans la théorie freudienne*, op. cit. Empl. 1797.

pensé] comme la métaphore-clé de tout rapport sexuel avec l'objet. Dès ce moment, le sort du concept d'identification s'associe à celui de choix d'objet »³⁴⁷.

L'identification, dont le prototype est l'incorporation, jouera un rôle fondamental dans la formation de l'individu ; aimer l'objet est dès le départ lié à sa dévoration, à son assimilation. Ce rapport oral infiltrera dans une certaine mesure tout investissement d'objet. Reste à nous demander comment s'articulent dans la psyché identifications et investissements d'objet et comment cette articulation influe sur la constitution du sujet. Cette prochaine étape, qui permet de compléter l'étude du fonctionnement de l'identification par celle de sa nature, est nécessaire pour nous permettre un retour à l'analyse des conséquences de la pathologie somatique sur l'organisation psychique des malades.

C'est lorsque les pulsions partielles sont réunies sous le primat du génital que la distinction entre investissement d'objet et identification devient la plus saillante. Freud décrit dans « L'organisation génitale infantile »³⁴⁸ une organisation libidinale se caractérisant par le regroupement des pulsions partielles sous le primat d'une seule pulsion. L'intérêt pour les organes génitaux acquiert à ce moment du développement psychosexuel de l'enfant une place prépondérante : le clitoris et le pénis sont facilement excitables et procurent d'intenses sensations. A l'opposition actif / passif dominant lors de la phase anale – et correspondant respectivement à l'actionnement de la musculature du corps et à la manipulation passive du corps par l'autre, ou encore à la rétention à l'expulsion des fèces – se substitue le couple phallique / châtré du fait de la crainte ressentie par l'enfant de perdre l'organe si fortement investi. Jacques Lacan déplace l'accent de cette partie de la théorie freudienne sur le primat du phallus : être le phallus revient à être ce que la mère désire, être exposé à la castration est une conséquence du constat que l'enfant ne suffit pas à combler le désir de la mère, qu'elle trouve sa satisfaction ailleurs, en dehors de l'enfant. Selon les propos de Jacques André, « excédant tout fantasme, tout objet et plus encore tout organe (pénis, clitoris) qu'il symbolise, le phallus est pour Lacan le symbole du manque, de cette marge qui sépare tout être humain de son désir »³⁴⁹.

Le renforcement des pulsions entraîne la convergence du rapport à l'objet vers la problématique œdipienne ; dans le cas du garçon, cela s'exprime par l'accroissement de l'investissement de la mère et la perception du père comme un obstacle à ses désirs. Le petit Œdipe ne peut que recevoir la désillusion : la fille comme le garçon, que ce soit par l'expression d'un châtiment, de reproches, ou par le constat que le désir du parent se trouve ailleurs, fait l'expérience de la déception. L'interdiction des penchants amoureux entre parents et enfants est déterminée phylogénétiquement et sera vécue, bien que selon des modalités toutes personnelles, par tous les enfants. Alors que la menace de castration et la conscience du manque en l'enfant s'accompagnent d'une blessure narcissique par perte corporelle, l'enfant cherche à remplacer sa

³⁴⁷ *Ibid.* Empl. 6589.

³⁴⁸ Sigmund Freud, « L'organisation génitale infantile » dans *OCF XVI (1921-1923)*, 3e édition., Paris, PUF, 2010, p. 303-309.

³⁴⁹ Jacques André, *La sexualité féminine*, 3e édition., Paris, PUF, 2004, p. 41-57.

perte en adoptant les traits de l'objet d'amour. « La transposition de libido d'objet en libido narcissique qui se produit ici entraîne manifestement un abandon des buts sexuels, une déssexualisation, donc une sorte de sublimation »³⁵⁰. Comme l'explique Freud dans *Le Moi et le Ça*, dans l'acception la plus simplifiée du complexe d'Œdipe, le petit garçon tournerait sa libido vers la mère, et entrerait en rivalité avec le père. Mais l'expérience s'avère beaucoup plus complexe et relève d'un jeu de répartition de la libido, l'agressivité et le désir pouvant être tournés simultanément vers le parent de même sexe ou le parent de sexe opposé. Un jeu d'identification est dès lors engagé : l'investissement libidinal comme la rivalité s'accompagnent de mouvements identificatoires. Identification à l'objet d'investissement libidinal par idéalisation, identification à l'objet de rivalité dans une volonté d'imitation, dans le but de prendre sa place. Le sujet constitue et enrichit sa personnalité en assimilant des aspects, des caractéristiques de l'autre, en se transformant sur le modèle de l'autre. A défaut de pouvoir avoir dans la réalité celui qu'on aime et qu'on admire, ou de pouvoir être celui dont on est jaloux et dont on voudrait prendre la place, l'enfant peut, sur la scène mentale d'abord, jouer son rôle. « C'est par des identifications que l'enfant peut trouver à sortir du conflit œdipien : il y est contraint par l'imminence d'une angoisse inéluctable, l'angoisse de castration. Le double rapport à la mère (actif et passif), le double rapport au père (objet d'admiration et d'investissement érotique passif) s'entrecroisent en investissements sexuels concurrents et en courants hostiles bilatéraux. C'est un sursaut narcissique devant ces flux contradictoires de pulsions, sursaut précipité par la menace de castration, pour le garçon, la déception, pour la fille, qui métamorphose ces flux pulsionnels en identifications »³⁵¹.

3.3. Identifications et identité : l'exemple du cas Léonard

L'analyse par Freud du cas Léonard (de Vinci)³⁵², sur la base de ses œuvres, de ses notes, et du travail de ses biographes, illustre particulièrement bien ce qui intéresse ici notre propos, à savoir l'articulation entre choix d'objet, identifications, destin pulsionnel et caractéristiques identitaires chez l'adulte. C'est en effet dans le cas Léonard que Freud met le plus l'accent sur le destin des identifications dans la vie quotidienne de l'adulte, en dehors donc du cadre de la psychopathologie. La présentation de cet exemple nous permet d'étudier les subtilités de la constitution identitaire et nous semble féconde pour mieux saisir la portée des déstabilisations identificatoires entraînées pour les participants de l'étude, par leurs pathologies somatiques.

Freud met en lien l'histoire infantile de Léonard et ses caractéristiques d'adulte. Léonard est un artiste et chercheur brillant ; on lui sait une homosexualité qualifiée d'idéelle – elle s'exprime notamment par son attrait pour la beauté de jeunes hommes, mais relève de la « frigidité », de la « chasteté » et de l'« abstinence ». « Ses affects étaient domptés, soumis à la pulsion de recherche »³⁵³. Il travaille lentement, avec une extrême application, mais souvent ne termine pas

³⁵⁰ Sigmund Freud, « Le Moi et le Ça » dans *OCF XVI (1921-1923)*, 3e édition., Paris, PUF, 2010, p. 274.

³⁵¹ J. Florence, *L'identification dans la théorie freudienne*, op. cit. Empl. 6691.

³⁵² Sigmund Freud, « Un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci » dans *OCF X (1909-1910)*, Paris, PUF, 2009, p. 79-164.

³⁵³ *Ibid.*, p. 98.

ses œuvres et se désintéresse ensuite de leur destin. « Il aimait aussi la beauté dans les choses qui l'entouraient, portait volontiers des vêtements fastueux et appréciait tout raffinement dans la conduite de la vie »³⁵⁴. Léonard a une « délicatesse féminine de la sensibilité » qui s'exprime par « son tranquille esprit de paix, son évitement de tous antagonismes et de toutes querelles » mais qui ne l'empêche pas par ailleurs d'occuper tantôt « une position d'autorité »³⁵⁵ dans le cadre de campagnes militaires, tantôt de faire face à la dureté des supplices de criminels condamnés.

C'est à partir d'une fantaisie infantile que Freud retrace l'histoire de Léonard. Issu d'une union hors mariage, il est d'abord élevé par sa mère puis rejoint entre ses 3 et ses 5 ans le domicile grand-parental où il y vivra avec son père, sa belle-mère et sa grand-mère paternelle. Nous pourrions résumer ainsi les conclusions de Freud : Léonard fut dans sa première enfance et du fait de l'absence du père et/ou d'une tendresse excessive de la mère, sujet à des mouvements de désir intenses vis-à-vis de sa mère. « L'amour pour la mère ne peut pas accompagner le développement ultérieur conscient, il succombe au refoulement. Le garçon refoule l'amour pour la mère, en se mettant à la place de celle-ci, en s'identifiant avec la mère et en prenant sa propre personne pour le modèle à la ressemblance duquel il élira ses nouveaux objets d'amour. Il est ainsi devenu homosexuel ; à vrai dire il a glissé en arrière dans l'auto-érotisme, étant donné que les garçons que l'adolescent aime maintenant ne sont que des personnes substitutives et des renouvellements de sa propre personne enfantine qu'il aime comme sa mère l'a aimé enfant. Nous dirons qu'il trouve ses objets d'amour sur la voie du narcissisme »³⁵⁶.

Florence met l'accent sur la fonction de l'identification qui consiste ici en un moyen d'éviter l'abandon d'une relation d'objet infantile. « C'est comme si perdre cette mère adorée représentait une telle catastrophe libidinale, que le sujet, forcé de lâcher prise, ne se résolvait à cet abandon qu'en apparence et conservait la relation perdue en la rejouant sur l'autre scène, dérobée à la censure consciente. L'identification se met ici au service du refoulement, elle apparaît comme une manière de sortir du conflit œdipien quand l'identification au rival sexuel n'a pas de quoi se créer, par défaut du père »³⁵⁷. Léonard se débarrasse de la libido incestueuse en la reportant sur son moi, au prix d'une métamorphose du moi sur le modèle de l'objet abandonné. La force de l'identification à la mère, renforcée par l'absence précoce du père, a invalidé l'identification au père en ce qui concerne le choix d'objet sexuel ; les impressions fixées dans la prime enfance n'ont pu être surpassées par des expériences vécues ultérieures, et se sont pleinement exprimées dans la fixation³⁵⁸ du choix d'objet lors de la puberté. L'identification au père n'est cependant

³⁵⁴ *Ibid.*, p. 85.

³⁵⁵ *Ibid.*, p. 90-91.

³⁵⁶ *Ibid.*, p. 125.

³⁵⁷ J. Florence, *L'identification dans la théorie freudienne*, op. cit. Empl. 1943.

³⁵⁸ Nous utiliserons plusieurs fois dans cette thèse le terme de « fixation ». Nous l'entendons dans un sens général où « le névrosé, ou plus généralement tout sujet humain, est marqué par des expériences infantiles, reste attaché de façon plus ou moins déguisée à des modes de satisfaction, à des types d'objet ou de relation archaïque » (J. Laplanche et J.-B. Pontalis, *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF, 2007, p.161). Il peut également s'agir de fixation à certains « contenus représentatifs (expériences, imagos, fantasmes) ». Nous ne l'entendons pas dans son lien particulier à la psychopathologie, mais plutôt au sens où chacun porte en soi

pas entièrement absente ; elle se retrouve dans l'amour de Léonard pour le goût du luxe, les habits somptueux, l'emploi de serviteurs, ainsi que dans son rapport à ses œuvres – comme son père l'a négligé lors de ses premières années de vie, Léonard se désintéresse de ses œuvres sitôt après les avoir engendrées. Cette identification au père trouverait sa source dans la rivalité, qui, d'abord inexistante, devient active face à l'aspiration à l'amour de la figure maternelle que représente sa belle-mère : dès lors Léonard joue aussi au « seigneur distingué » qui a séduit sa mère et sa belle-mère. « Celui qui, enfant, désire la mère, ne peut éviter de vouloir se mettre à la place du père, de s'identifier avec lui dans sa fantaisie et plus tard de se donner pour tâche dans la vie de le surmonter. Lorsque Léonard, qui n'avait pas encore cinq ans, fut accueilli dans la maison grand-paternelle, la jeune belle-mère Albiera prit à coup sûr, dans ses sentiments, la place de sa mère et il entra dans ce rapport de rivalité avec le père »³⁵⁹.

Le rapport de Léonard à son œuvre est aussi par Freud associé à cette constellation infantile œdipienne. L'indépendance et l'originalité de la recherche de Léonard trouvent leur source dans l'absence de soumission et la révolte contre le père. L'intensité de sa soif de savoir peut être corrélée à la sublimation d'une activité sexuelle précocement éveillée par la mère dont il devient l'objet sexuel unique et complet, après son abandon par le père ; « un tel homme ferait donc par exemple des recherches avec le dévouement passionné qu'un autre dédie à son amour, et il pourrait faire des recherches en lieu et en place d'aimer »³⁶⁰. Cela explique selon Freud que Léonard se détourne des activités sensuelles, vive abstinent et donne l'impression d'être un être asexuel. La plus grande part de la libido de Léonard est donc détournée des buts sexuels, une part infime restant allouée à une homosexualité qui en sortira atrophiée. Freud en vint donc à « défendre le point de vue que, chez Léonard, le hasard de sa naissance illégitime et la tendresse excessive de sa mère exercèrent l'influence la plus décisive sur la formation de son caractère et sur son destin ultérieur – du fait que le refoulement sexuel, qui intervient après cette phase de l'enfance, l'amena à la sublimation de la libido en poussée de savoir et établit son inactivité sexuelle pour toute sa vie durant »³⁶¹.

L'analyse du cas Léonard, bien que sûrement encore incomplète, exemplifie une constellation œdipienne dont autant de variantes existent qu'il y a d'histoires individuelles. Freud en vint donc à une théorisation de la différenciation sexuelle. « La formation d'une « identité » [...], nous dit Florence, consiste pour [lui] de façon quasi exclusive dans la formation d'une identité sexuelle, d'un « caractère » sexuel ; le complexe d'Œdipe – ou mieux : son refoulement – renforce la position sexuelle de l'enfant »³⁶². Or la vie sexuelle de l'enfant, sa quête d'identité s'épanouissent dans l'attitude œdipienne envers les parents.

l'histoire de son développement pulsionnel, et des expériences qui laissent des traces dans la psyché, certaines personnes ayant plus de difficultés à maintenir une souplesse du fonctionnement psychique que d'autres.

³⁵⁹ S. Freud, « Un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci », art cit, p. 146.

³⁶⁰ *Ibid.*, p. 102.

³⁶¹ *Ibid.*, p. 162.

³⁶² J. Florence, *L'identification dans la théorie freudienne*, op. cit. Empl. 5888.

Les caractéristiques de féminité, de masculinité, de passivité et d'activité découlent des choix de l'individu, des réponses singulières qu'il trouve lorsqu'il est aux prises avec l'impossibilité de la satisfaction œdipienne. La pleine portée des déstabilisations somato-psychiques vécues par les participants de l'étude ne nous semble perceptible qu'au prisme de cet éclairage.

3.4. Caractéristiques issues de la situation œdipienne et pathologie somatique

Masculinité et féminité, activité et passivité, sont mises à l'épreuve par la pathologie, par exemple chez Mme Kcoa qui ne peut plus porter les vêtements qui marquent sa féminité :

« Donc, vous avez des bottines, vous êtes en jupe. Moi je fais comment pour me mettre en jupe [...] Mettre des collants, avec des chaussures orthopédiques, vous imaginez ? Imaginez-vous. D'accord ? En tant que femme... je pense que les hommes, ils doivent peut-être plus l'accepter. Je ne sais pas », « Bon, il va falloir peut-être que j'aie des chaussures orthopédiques, mais là... c'est vrai que j'ai sorti mes bottes, mes bottes parce que je suis une femme de botte hein ? Si on peut dire. Et, ben j'ai toutes sorties mes bottes, mes bottines... passons à autre chose » (Mme Kcoa)

L'identité sexuée, que nous pouvons supposer de longue date acquise, est ainsi, dans certains cas, affectée par les troubles somatiques. Les femmes particulièrement notent une diminution de leur potentiel à exprimer leur féminité : Mme Glaa souffre de ne plus pouvoir se coiffer le matin, Mme Pair de ne plus pouvoir commander des vêtements en ligne par impossibilité de réceptionner les paquets à la poste, comme le font « les femmes ».

Mr Leje, quant à lui, ne peut plus s'engager dans des rapports sexuels :

« Bon, disons-le clairement hein, pour faire l'amour et ben c'est un problème aujourd'hui. Voilà, parce que, ben les bétabloquants m'empêchent d'avoir une montée d'excitation suffisante pour garder une érection longtemps. Euh la [médicament] fait que le sang va et vient très vite. [...] Donc ça c'est dû... bien sûr au niveau du cœur je suis obligé de faire attention parce que... Avant quand je montais dans l'effort... même sportif, bon ben je montais à 160, 170 pulsations, rapidement. Et j'avais besoin de ça pour... voilà. Ben aujourd'hui à 120, hop, c'est limité à 120 (rires) il y a le panneau : "Limité 120", quoi ». (Mr Leje)

L'accès à l'organisation génitale de la pulsion n'implique pas uniquement l'accès à l'union sexuée entre les deux sexes – et donc pour l'homme, l'impuissance à l'impossibilité d'éconduire l'excitation – mais bien plutôt l'accès à la relation d'objet et à l'identification au père, objet de rivalité, capable de combler le désir maternel. Au-delà de l'impuissance sexuelle, Mr Leje doit renoncer à son statut social, se trouve isolé du monde, ne peut plus s'engager dans des activités associatives, ne peut plus inviter ses amis à dîner, ne peut plus s'engager en politique comme il le voudrait, ou dans une relation sentimentale, activités qui incarnaient les choix effectués lors de la constitution de son identité :

« Ben oui, je pense que je suis quelqu'un de... à ce niveau-là, peut-être un peu trop même directif, dans la façon dont je prends les choses à bras le corps, je souffre de ne plus

pouvoir être, un moteur c'est un peu prétentieux, de ne plus pouvoir être un élément de...du rouage ou de la mécanique pour faire avancer certaines choses, que ce soient des idées, des projets des trucs, bon ça aussi ça me coûte hein. Mais ça, ça me coûte depuis longtemps (*rires*) donc, j'adorerais me retrouver à nouveau dans une situation où j'ai vraiment la possibilité de faire ça quoi. » ; « ...c'est exactement la même raison pour laquelle je ne m'engage pas, enfin je ne sais pas si je dois en parler, mais, que je ne m'engage pas sentimentalement quoi. » (Mr Leje)

L'autonomie et l'indépendance relèvent, au même titre que l'identité sexuée, de composantes identificatoires acquises lors du complexe d'Œdipe. Selon Chasseguet Smirgel, « le roc de la réalité n'est pas seulement la différence des sexes, mais ce qui lui est absolument corrélatif, comme le sont deux faces d'une même médaille : la différence des générations »³⁶³. Nous l'avons vu, l'enfant est aux prises avec la menace de castration par la perception des différences entre les individus. Si, dans les premières années de la vie, ces différences ne sont pas particulièrement problématiques pour l'enfant dans la mesure où il imagine que les caractéristiques sont interchangeable, arrive un moment où il doit faire face à l'irréversibilité de ces différences. Lorsque la pulsion se stabilise, au stade phallique, par rapport à des stades pulsionnels permettant des identifications plus labiles comme l'oralité où l'analité, les solutions trouvées jusqu'alors pour gérer le mystère de la différence des sexes et des générations perdent de leur efficacité. L'enfant réalise que, dans une certaine mesure au moins, il ne peut plus tout avoir et tout être, il ne peut plus être à la fois garçon et fille, mais surtout il réalise que les parents ont des prérogatives, sont capables de faire des choses auxquelles lui-même n'a pas accès. « Si la vision des organes génitaux féminins est si « traumatisante » c'est parce qu'elle confronte le petit mâle à son insuffisance, qu'elle l'oblige à reconnaître son échec œdipien »³⁶⁴. L'indépendance, l'autonomie, l'auto-détermination, sont au cœur de l'identification à l'adulte.

L'arrêt de son activité professionnelle est douloureusement vécu par Mr Emal :

« Mr Emal : J'étais restaurateur. Je faisais des kilomètres par jour. [...] J'ai...j'ai travaillé jusqu'à l'année dernière. *Chercheuse* : Ce sont vos problèmes de jambes qui ont...? Mr Emal : Qui m'ont obligé, je n'arrive pas, je ne tiens pas sur mes jambes [...] c'est dur, c'est difficile, mais qu'est-ce que vous voulez que je fasse ? (*Silence*) » (Mr Emal).

De manière similaire, lorsque Mr Soje arrête le soutien scolaire, une part de la libido narcissique est déliée, elle se retire du moi :

« En particulier, ce qui tenait une place assez importante dans notre vie c'était le soutien scolaire. Bon, on a arrêté, on a perdu le contact avec les enfants. Ils [les enfants] nous demandaient de revenir [leur assurer le soutien scolaire], on ne pouvait pas, nous aussi...bon, on était contents de rendre service, mais à côté de ça, ça nous apportait quelque chose aussi » (Mr Soje)

³⁶³ J. Chasseguet-Smirgel, *La maladie d'idéalité, op. cit.*, p. 21.

³⁶⁴ *Ibid.*

Ce que ça leur apporte, c'est bien la gratification narcissique issue d'une pulsion sublimée dans une activité valorisée par la société. L'enjeu relève bien ici d'une dimension narcissique, le rôle de l'identification étant de préserver dans le moi une position libidinale qui avait dû être abandonnée. Ce dont la pathologie somatique les prive, est donc leur « prétention d'être-comme ou d'être-un, un désir de comme-union »³⁶⁵, qui ne se limite pas à un désir d'imiter l'objet, mais bien de prendre sa place, par le biais de l'expression de leur dynamisme, de leur puissance, de leur masculinité, de leur féminité. Ils sont des sportifs qui ne peuvent plus faire de sport, des travailleurs qui ne peuvent plus travailler, des conducteurs qui ne peuvent plus conduire, des personnes coquettes qui ne peuvent plus soigner leur apparence. Il nous est impossible de ne pas voir derrière ces caractéristiques la « voie choisie par des motifs inconscients, des désirs intolérables au moi, pour se frayer une issue vers l'expression et la décharge »³⁶⁶.

3.5. Division de la psyché en instances et pathologie somatique

Nous irons plus loin en postulant que toute privation et incapacité entraînée par la pathologie somatique peut être vécue comme un outrage narcissique, engendrer des sentiments de honte, de culpabilité ou un vacillement identitaire, même lorsqu'elles ne touchent pas directement à des caractéristiques de l'identité sexuée et générationnelle. La genèse de l'identité est liée au sentiment d'impuissance ; toute mise en question de l'identité peut résonner avec un sentiment de diminution. Il nous faut, pour expliquer cela, distinguer différents types d'identification.

Le lecteur a peut-être déjà repéré, lors de la présentation du cas Léonard comme des verbatims de nos participants, des identifications de natures différentes : ainsi par exemple, l'identification de Léonard à sa mère diffère de l'identification à son père ; l'identification de Mme Kcoa liée à sa féminité, passant par le biais d'un vêtement, diffère de celle de Mr Emal à son statut de travailleur. Parmi de nombreuses distinctions établies par Freud, celle qui domine sépare le modèle mélancolique (qu'ici nous ne distinguerons pas de l'identification narcissique) et le modèle hystérique. « La première, l'identification narcissique, est une identification à l'objet comme un tout insécable, indécomposable, l'objet est incorporé « en entier » directement et de manière immédiate [...]. La seconde, l'identification hystérique, elle, est partielle, extrêmement limitée puisqu'elle peut se réduire à n'emprunter qu'un trait unique à la personne-objet »³⁶⁷. Alors que Léonard s'identifie à l'objet d'amour – sa mère –, il incorpore l'objet total afin de le préserver sur la scène psychique à défaut de l'avoir dans la réalité. Il ne s'identifie en revanche qu'à des traits du père sur la base de la rivalité, de l'envie, de la volonté d'être-comme.

Notre restitution de l'analyse du cas Léonard n'est que schématisée, et « les courants pulsionnels contradictoires de l'Œdipe se résolvent (ou le devraient, théoriquement, lors de sa destruction) par un jeu compliqué d'identifications de deux types : précisément hystérique (au

³⁶⁵ J. Florence, *L'identification dans la théorie freudienne*, op. cit. Empl. 6531.

³⁶⁶ *Ibid.* Empl. 6518.

³⁶⁷ F. Villa, *La notion de caractère chez Freud*, op. cit. Empl. 1386.

rival, à l'idéal) et « mélancolique » (remplacement d'une différenciation du moi par une incorporation des objets d'amour abandonnés) »³⁶⁸.

L'important étant ici que face à la perte inévitable de l'objet, le moi ne se contente pas d'adopter des traits de l'objet, mais il se modifie à son image. L'identification narcissique apparaît comme le processus de la séparation du moi en différentes instances sur le modèle des relations avec les objets œdipiens. Le rapport à l'objet étant ambivalent, son incorporation entraîne la scission du moi, scission qui sera d'autant plus importante que les sentiments hostiles sont puissants. « L'idéal du moi ou surmoi hérite ainsi des investissements ambivalents, érotiques, et des liens d'admiration qui attachaient l'enfant à ses parents. L'identification fait mieux que refouler l'Œdipe, puisque, en théorie, elle effectue son remplacement par la mise en place d'institutions internes, plus ou moins conflictuelles, dans le moi »³⁶⁹.

A l'intérieur du moi se différencie donc une instance, celle de l'Idéal du Moi, issue de l'internalisation par identification des idéaux et interdits parentaux et culturels. Nous pourrions schématiser l'issue de l'Œdipe en la séparant entre deux extrêmes : d'un côté – dans les cas pathologiques – l'intensité du conflit d'ambivalence est telle que l'Œdipe ne peut se solder que par un clivage extrême entre le moi et l'idéal ; de l'autre – dans les cas idéaux – le deuil total de l'objet d'amour lors de l'Œdipe se solderait par une disparition du complexe d'Œdipe et permettrait l'abolition de l'écart entre le moi et l'idéal. Chasseguet-Smirgel précise que l'issue la plus courante se situe entre ces deux extrêmes, l'hypothèse d'une dissolution totale du complexe étant très rare, si ce n'est impossible. L'impossible abolition de l'écart entre le moi et l'idéal s'explique selon elle par le lien entre cette instance et la perfection narcissique primaire. « L'éclatement de la fusion primaire qui naît de [l'] impuissance et qui amène le sujet à reconnaître le non-moi semble être le moment primordial où la toute-puissance narcissique qui lui est arrachée est projetée sur l'objet, premier Idéal du Moi de l'enfant, toute-puissance narcissique dont il est désormais séparé »³⁷⁰. L'identification narcissique qui instaure l'idéal du moi est rendue nécessaire par l'immaturation physiologique de l'enfant, lorsqu'il est en butte aux désillusions quant à sa capacité à parvenir seul à la pleine satisfaction ; « l'idéal du moi y apparaît comme le substitut de la perfection narcissique primaire, mais un substitut séparé du moi par un écart, une déchirure que l'homme cherchera toujours à abolir »³⁷¹.

L'idéal du Moi devient le dépositaire du narcissisme. Le moi sera mesuré à l'Idéal. Alors que la réduction, dans l'expérience, de l'écart entre l'Idéal du moi et le moi est source de satisfaction libidinale, l'inverse s'accompagne de sentiments d'infériorité. Face à cette scission qui s'instaure en lui, le Moi s'enrichit par les satisfactions venant de l'Idéal, mais s'appauvrit lorsque s'éloigne la possibilité de son accomplissement. Les satisfactions obtenues, les décharges de tension, s'accompagnent d'une diminution de l'écart entre le moi et l'idéal par réinvestissement sur le moi

³⁶⁸ J. Florence, *L'identification dans la théorie freudienne*, op. cit. Empl. 6809.

³⁶⁹ *Ibid.* Empl. 6809.

³⁷⁰ J. Chasseguet-Smirgel, *La maladie d'idéalité*, op. cit., p. 13.

³⁷¹ *Ibid.*, p. 12.

de la libido ainsi libérée. A l'inverse, les déconvenues et échecs sont vécus par le sujet comme des blessures narcissiques dans la mesure où se creuse l'écart avec l'idéal.

La « structuration « feuilletée », stratifiée, plurielle du moi »³⁷² nous permet de mieux comprendre en quoi les limites réelles rencontrées dans la réalité peuvent constituer, pour les sujets, des outrages narcissiques. Les privations entraînées par la pathologie somatique peuvent réactiver l'outrage narcissique primaire en creusant l'écart entre le moi et l'idéal. Nous avons principalement remarqué cela par l'analyse de la catégorie « Expression d'affects et d'émotions ».

L'accumulation des pertes touchant le corps dont font l'expérience certains patients a en effet un goût fort peu amène :

« ...le fait que je suis très, très, très diminué quoi. Donc ce n'est pas...conceptuellement je le sens, je le réalise, quant à l'accepter ce n'est pas encore complètement passé, la pilule n'est pas encore complètement passée » (Mr Leje)

Mr Leje l'exprime clairement, il souffre profondément à l'idée de laisser une image de lui « diminué » à ses enfants. Il doit par ailleurs cacher ses cicatrices, ne peut les montrer ni au regard de l'autre ni au sien sans s'exposer à un risque de vacillement identitaire :

« J'avais déjà très mal vécu mon opération du cœur et pourtant ça ne me laisse que quelques cicatrices, mais, j'ai mis au moins 5 ans avant de me remettre des manches courtes ou même en bermuda [...] Psychologiquement, ça m'a cassé quelque chose. », « Vous voyez par exemple, on m'a prélevé du matériel pour faire des pontages, à la jambe, j'ai mis des années, 2-3 ans minimum avant de pouvoir me remettre en bras de chemise et en short. Parce que, parce que... je ne sais pas pourquoi, c'est ridicule comme attitude peut-être mais je me sentais diminué ». (Mr Leje)

Mme Glaa, de manière similaire, partage sa répugnance à l'idée d'aller en vacances avec des amis en ne pouvant pas participer à toutes les activités :

« Il y a...j'ai une amie encore cet été, ça fait 4 ans qu'elle me dit : “[prénom], viens en vacances à la maison”. Elle a une villa en Bretagne. Je lui dis : “Mais non, je ne vais pas aller en Bretagne si c'est pour t'arrêter toutes les 5 minutes parce que je ne peux pas marcher. Je ne peux pas monter les escaliers, je ne vais pas pouvoir aller me baigner comme je veux. Non, c'est gâcher les vacances des gens. ” [...] Donc être là, et être obligée de manger dans le jardin et se dire qu'ils vont jouer à la pétanque, je ne vais pas rester...je ne vais pas pouvoir rester debout à jouer avec eux, parce qu'à un moment il faudra que je m'assoie tellement j'ai mal...non. Non, je n'ai pas envie » (Mme Glaa)

Mr Leje préfère cacher ses cicatrices, comme Mme Glaa préfère ne pas partir en vacances plutôt que de s'exposer devant ses amis à l'impossibilité de se joindre aux activités communes. Cacher les cicatrices, ne pas s'exposer à une situation qui mettrait sur le devant de la scène les limitations du corps, nous montre l'importance de l'exposition au regard des autres dans

³⁷² J. Florence, *L'identification dans la théorie freudienne*, op. cit., p. 6612.

l'évaluation de leur moi. Freud indique qu'être aimé réduit l'écart avec l'idéal du moi, renforce le narcissisme et augmente par-là l'estime de soi. A l'inverse, le retrait d'amour creuserait l'écart entre le moi et l'idéal et entraînerait un retrait de la libido du moi. Pour Mr Leje et Mme Glaa, l'exposition de leur fragilité somatique est ainsi source de honte : « le retrait d'amour, dans la mesure où il équivaut à un retrait d'estime, c'est-à-dire lorsque l'amour est avant tout un aliment narcissique, peut aboutir à des affects très particuliers [...] que l'on a reliés à la honte »³⁷³.

Une autre trace de la valence narcissique des répercussions des pathologies nous est apportée par Mme Mooc qui multiplie les références à la culpabilité et au châtement par rapport à sa pathologie somatique et à son incapacité à arrêter de fumer :

« ...bon, ce n'est qu'une...qu'un sacrifice donc...quand j'ai commencé à fumer je savais très bien que ce n'était pas bien, mais bon, je l'ai fait quand même. Maintenant je...ça répercute, je...j'accepte les conséquences. C'est tout. » (Mme Mooc)

Mme Mooc s'est « enterrée dedans », elle « n'a qu'à payer maintenant, ça suffit », elle « demande l'addition », elle « attend que le couperet tombe ». Elle mentionne l'épée de Damoclès, Damoclès ayant pris par flatterie et orgueil la place de son souverain sous la fameuse épée ; elle mentionne le ciel qui pourrait lui tomber sur la tête, ciel qui constitue la seule menace à la fierté et à l'orgueil du peuple Celte. Lorsqu'elle parle du cancer, il ne se réduit pas pour elle à une maladie, mais constitue le « purgatoire avant d'aller en enfer ». Par ces références, Mme Mooc nous montre le registre sur lequel la pathologie somatique la déstabilise : elle l'expose à la culpabilité et à la punition face à l'orgueil. Si la culpabilité diffère de la honte, toutes deux sont liées à l'instance de l'idéal. Le surmoi est l'héritier du complexe d'Edipe et équivaut à une modification de l'instance de l'idéal. « ...le surmoi n'est pas simplement un résidu des premiers choix d'objets du ça, mais il a aussi la signification d'une formation réactionnelle contre ceux-ci. Sa relation au moi ne s'épuise pas dans la sommation : Ainsi (comme le père) tu dois être, elle englobe aussi l'interdit : Ainsi (comme le père) tu n'as pas le droit de faire tout ce qu'il fait ; bien des choses lui sont réservées »³⁷⁴. Ainsi, « la honte proviendrait d'une tension entre l'idéal du moi et le moi, et non entre le surmoi et le moi comme dans la culpabilité. Tandis que la culpabilité survient quand une frontière (établie par le Surmoi) est touchée ou transgressée, la honte apparaît quand un but (présenté par l'idéal du moi) n'est pas atteint »³⁷⁵. La pathologie somatique apparaît donc bien ici dans son potentiel de réactivation des conflits d'idéalité : elle expose le sujet à ce que se creuse l'écart entre l'Idéal du Moi et le Moi, ou au jugement du Moi par le Surmoi.

La profondeur des déstabilisations variera d'un sujet à l'autre, en fonction de l'histoire de sa constitution identitaire. Culpabilité, dévalorisation, sentiment d'être diminué, honte, désir de se cacher sont par exemple présents chez Mr Paut, Mme Mooc, Mr Leje, ou Mme Glaa. Les traces de ces sentiments sont beaucoup moins présentes, si ce n'est inexistantes, pour Mr Sial, Mme Heau et Mr Soje. Si le lien entre pathologies somatiques et ces sentiments sont souvent présentés

³⁷³ J. Chasseguet-Smirgel, *La maladie d'idéalité, op. cit.*, p. 127.

³⁷⁴ S. Freud, « Le Moi et le Ça », art cit, p. 277.

³⁷⁵ J. Chasseguet-Smirgel, *La maladie d'idéalité, op. cit.*, p. 127.

par les auteurs qui étudient l'impact psychique des pathologies somatiques, ils semblent plus rarement éclairés par les arrangements topiques singuliers des personnes qui y font face. Or la pathologie somatique atteindra différemment les sujets en fonction de la qualité des processus psychiques impliqués : nous y reviendrons dans le chapitre suivant.

Point d'étape

Nous avons tenté dans cette section de définir les coordonnées des perturbations identificatoires vécues par les sujets de notre cohorte, du fait des affections corporelles et des pathologies somatiques.

Les participants ne peuvent plus faire de sport, mais peuvent-ils encore être des sportifs ? Ils ne peuvent plus travailler, mais ne sont-ils plus pour autant des travailleurs ? Perdre la capacité, du fait de la pathologie somatique, remet-il en question la fonction de la caractéristique dans la psyché du sujet ? Les caractéristiques personnelles adoptées expriment des choix identificatoires, elles incarnent l'histoire du sujet, ses drames relationnels, elles sont des prises de position et des moyens de conserver ce qui n'a pas pu être abandonné. La pathologie somatique, en modifiant le sujet contre son gré, met à l'épreuve les solutions trouvées par lui face à l'impuissance et à la perte. Parce qu'elle entraîne des privations, elle met le sujet face à ce qui « manque » en lui, elle a le potentiel d'exposer ou de creuser l'écart entre le moi et l'idéal. Elle peut alors l'exposer à la honte, à la culpabilité, au sentiment de jugement par les pairs. Retenons donc ici que les participants de l'étude ont, avant de recevoir la proposition de participer à un dépistage, été déjà exposés à ces expériences d'altération des destins des identifications du fait de la pathologie.

Avant de revenir à l'expérience de la pathologie somatique, pointons que les études quantitatives et qualitatives portant sur l'impact psychologique du dépistage et sur l'adhésion et l'observance au suivi, en relèvent des liens avec les caractéristiques personnelles des personnes. Sont par exemple isolées des corrélations entre certaines réactions psychologiques – comme l'anxiété, la qualité de vie liée à la santé –, ou des comportements – adhésion ou arrêt des procédures –, et le fait d'être homme ou femme, de différents milieux socio-professionnels, etc. Est aussi pointée l'importance de comprendre la population éligible pour expliquer les attitudes face à une proposition de dépistage – les fumeurs pouvant par exemple être particulièrement sensibles à la honte, à l'auto-stigmatisation et à l'auto-culpabilisation, ce qui peut influencer sur les comportements de prévention. Ces différents items sont ainsi ajoutés aux questionnaires visant à évaluer spécifiquement l'impact psychologique du dépistage bronchopulmonaire.

Aborder ces questions grâce au concept d'identification pourrait permettre un abord compréhensif plutôt que descriptif des mécanismes à l'œuvre et expliquer ainsi certaines des différentes corrélations observées. Être masculin, être féminin, être calme ou sportif, travailler encore ou être à la retraite ou au chômage, être sensible ou non à la culpabilité, à la honte, au jugement, dépassent la simple caractéristique démographique et peuvent relever de choix et de prises de positions inconscientes. Lisons ce long verbatim de Mme Heau :

« J'ai été ce qu'on appelle une personne cancérophobe pendant toutes les premières années de ma pratique d'infirmière. [...] Mais autrement maintenant je ne suis plus... je n'imagine plus que j'ai un cancer... [...] Je pense que c'est... ça devait être antérieur, mais c'est vrai que les études, au contraire, ça m'a peut-être un peu permis de faire le tri. Mais c'est vrai que comme beaucoup, je n'étais pas la seule, des fois pour des trucs bénins, mais quand on l'apprenait, on se disait "mais je l'ai !" [...] Je... ben d'ailleurs, la première fois où j'avais consulté en pensant à un cancer, je n'étais pas encore infirmière. À ce moment-là, je me suis posé des questions, du genre "est-ce que..."... bon c'est peut-être un peu lourd, mais bon, je n'avais pas l'affection de ma mère, tellement. Elle s'est toujours occupée de moi hein, il n'y a pas de problème, mais elle me disait des choses... alors il faut dire que mon papa est tunisien, ma mère bretonne, et que j'étais très brune. Je... au soleil, dès le premier soleil, j'étais noire, mes cheveux étaient très noirs, mes deux sœurs, ma sœur aînée, était beaucoup plus claire, et ma petite sœur aussi. Et ma mère me disait des choses dans le genre "mais qu'est-ce qu'elle a dans le sang" ou bien "tu n'es pas ma fille", enfin des choses... alors par la suite, quand j'ai essayé de comprendre pour quelles raisons j'avais peur d'avoir quelque chose de mauvais en moi, j'ai pensé que ça venait de là. Mais je ne suis pas sûre. [...] Parce que, voilà, j'ai eu deux expériences dans ma famille, par mes parents. Ma mère a fumé toute sa vie, elle s'est arrêté, ça faisait plusieurs années qu'elle avait pris sa retraite, déjà, et ben elle n'a jamais eu de soucis de santé, à vrai dire, à part sa vésicule, il n'y a rien qui... Quant à mon papa, il a lu des articles épouvantables sur les cancers du poumon et comme il était très... il avait très peur, il s'est arrêté de fumer, brutalement. Et il s'est mis à grossir et puis il a développé un diabète de type 2. [...] Moi j'ai fait une spécialité sur le diabète, à l'époque à peu près... [...] Il n'avait plus envie de... donc en fait, lui il est décédé tôt et maman tard (*rites*). Pour moi, alors, ce n'est pas bien de dire ça à des gens qui s'occupent de... mais c'est vrai que pour moi, ben non, il ne valait mieux ne pas s'arrêter, quoi. Enfin, je me suis arrêté quand même parce que la dépendance me gênait. Mais... bon. Pas pour le cancer du poumon. » (Mme Heau)

Est particulièrement perceptible ici l'influence des différentes figures identificatoires que représentent sa mère, son père, mais également les collègues infirmiers, dans la définition par Mme Heau de son rapport au cancer et au tabagisme. De manière sûrement moins consciente pour la majorité de la population que cela ne l'est pour Mme Heau, des liens identificatoires, aux parents mais également à toutes les autres figures identificatoires qui se multiplient au long de l'existence, pourraient être impliqués dans l'attitude adoptée vis-à-vis de la santé, de la maladie, et de la prévention. Des enjeux identificatoires sont ainsi sûrement à l'œuvre dans les études qui prédisent des comportements de santé grâce à l'étude du milieu dans lequel vivent les personnes. Mieux comprendre les implications identificatoires pour les personnes pourrait éclairer leurs attitudes envers le risque de maladie et la prévention.

Les destins des pulsions et des identifications participent de la définition des désirs, des sources de plaisir, des caractéristiques de la personne – en utilisant la terminologie des études portant sur la décision partagée, nous dirions « valeurs » et « préférences » –, qui peuvent influencer sur la valeur accordée par la personne au dépistage. Mais ce qui nous intéresse surtout pour

l'instant, et dans la mesure où nous souhaitons rester ancrée dans la clinique et donc suivre le fil associatif des personnes, est que ces buts pulsionnels et choix identificatoires sont affectés par la pathologie somatique, et exposent les personnes à la précarité, non seulement comme fragilisation du soma, mais comme remise en question de la possibilité d'habiter leur corps.

.....

4. Situations extrêmes et retour en force de l'organicité

Nous nous sommes jusqu'ici principalement intéressée à ce que la pathologie somatique retire au sujet : elle le prive de moyens de satisfaction de la pulsion sexuelle, sous ses différentes formes, sexualisées ou désexualisées, en rendant impossible la participation à des activités investies, l'expression de traits de caractères, l'expression des choix pulsionnels et identificatoires des participants. Privations et frustrations constituent la part « en moins » de la pathologie, « en moins » qui, nous l'avons vu, se retourne en un « en plus » d'excitation face au refusé d'éconduite de la libido et au risque de retour du refoulé. La charge d'excitation n'est pas abrasée mais bien redoublée par ce contexte privatif.

Il nous faut maintenant rajouter à ce tableau le pur « en plus » de la pathologie somatique, à savoir les expériences corporelles inédites qui la rythment. Nous quittons donc la sphère des restrictions pour étudier les conséquences somato-psychiques d'expériences physiologiques extrêmes vécues par les personnes de cette étude. Ces réflexions nous amènent principalement et en premier lieu à nous intéresser à la catégorie « Symptômes et sensations corporelles », dans laquelle sont réunis les propos des personnes concernant les excitations corporelles vécues dans le cadre de la maladie. Nous verrons que les excitations peuvent aussi survenir d'autres sources.

4.1. Une augmentation du registre économique

En plus des artérites qui sont connues pour l'intensité des douleurs qu'elles causent dans les membres, quatre personnes ont fait l'expérience d'un ou plusieurs infarctus et/ou d'AVC³⁷⁶, trois personnes de chocs hémorragiques ou septiques ayant entraîné des pertes de connaissances³⁷⁷, une personne une période de coma³⁷⁸. Ces derniers événements ont en commun d'avoir exposé le sujet à un risque léthal aigu, la mort n'ayant été évitée que grâce à l'intervention salutaire des médecins ou ambulanciers ayant pris en charge les patients à ces moments critiques. Ils ont, sans surprise, profondément affecté les personnes, comme en témoigne ce verbatim de Mr Chez :

³⁷⁶ Mr. Liam (7 infarctus), Mr. Leje (1 infarctus, 1 AVC), Mr Chez (1 infarctus), Mr Emal (1 infarctus, 1 AVC)

³⁷⁷ Mr Soje (choc septique), Mme Kcoa (choc hémorragique), Mr Node (choc hémorragique)

³⁷⁸ Mme Pair

« Enfin, un vilain jour, un après-midi, Ah. Donc qu'est-ce qu'il se passe ? Ben là on se dit... et là, là ce n'est pas seulement un petit accident où quelque part je suis encore plus fort que tout. Là, je veux dire, là j'étais plus bas que terre, plus aucune dignité, complètement rétamé en disant, là je vais passer à la casserole, là je vais mourir. Et là, sauvez-moi quoi. Faites quelque chose, et là j'ai vraiment eu peur. Enfin, j'étais presque déjà un peu résigné. Mais, en disant bon ben, je crois qu'ils vont me sauver, parce que ça va vite quoi, parce qu'ils sont super rapides, parce qu'ils sont sur le coup, parce que je les entends, mais moi je fermais les yeux hein. Mais je sentais autour, que là ça ne rigolait plus, qu'il fallait y aller, et puis, j'étais encore... voilà je pouvais encore discuter et tout, et puis on m'a passé le truc et puis j'ai su, quand j'ai senti le soulagement immédiat, même si la douleur était toujours là, j'ai senti, voilà j'ai su que je m'en sortais. Mais j'ai senti aussi que ce n'était pas passé trop loin » (Mr Chez)

Les termes forts utilisés par Mr Chez : « plus bas que terre », « plus aucune dignité », « complètement rétamé » mettent en évidence la violence des sensations éprouvées. L'emploi régulier du présent et l'accumulation des « là » lorsque Mr Chez raconte son infarctus, longtemps après l'évènement, nous projettent directement dans la scène passée et témoignent de l'arrêt sur image provoqué par le vide affectif, l'impossibilité de traitement de l'excitation : « là on se dit », « là je vais passer à la casserole, là je vais mourir. Et là, sauvez-moi quoi », « ça va vite », « ils sont super rapides », « ils sont sur le coup », « je les entends ». L'évènement objectif bouscule Mr Chez, le surprend, constitue une effraction de sa subjectivité.

Cela nous rapproche indéniablement de la définition freudienne du traumatisme : le sujet, aux prises à un excès d'excitation, se trouve dans l'incapacité de la lier sur le plan psychique grâce aux moyens dont il dispose. La fonction de l'appareil psychique de protection contre les agressions extérieures est mise en échec. « Celles des excitations venant de l'extérieur, assez fortes pour faire effraction dans le pare-stimuli, nous les appelons traumatiques. [...] La submersion de l'appareil animique par de grandes quantités de stimuli ne peut plus être empêchée ; c'est bien plutôt une autre tâche qui se présente, celle de maîtriser le stimulus, de lier psychiquement les quantités de stimuli qui ont fait irruption pour les amener ensuite à la liquidation »³⁷⁹.

Pour les personnes de cette étude, la sidération n'est parfois pas venue des éprouvés corporels, mais plutôt des paroles des soignants. Mme Kcoa et Mr Node n'avaient pas conscience d'être proches de la mort avant que l'ambulancier ne parle d'« urgence vitale », l'infirmière de « revenir de loin », l'anesthésiste de « ne pas s'en sortir », ou le médecin d'« opération pour vous sauver la vie ». L'afflux d'excitation à la source du traumatisme peut donc survenir lors d'un évènement d'une intensité extrême, ou encore être le résultat d'une accumulation d'excitations. La douleur, les sensations inconnues et étranges dont font l'expérience les personnes de cette étude – par exemple en cas de nécroses, d'abcès, d'amputations, mais aussi du fait des crampes liées aux artérites – soumettent les personnes à une augmentation considérable du registre

³⁷⁹ Sigmund Freud, « Au-delà du principe de plaisir » dans *OCF XV (1916-1920)*, Paris, PUF, 2002, p. 300.

économique. Le fonctionnement chaotique du corps, au même titre que la menace létale, accroît l'excitabilité jusqu'à la limite du supportable :

« Donc la douleur je sais ce que c'est, mais la souffrance je ne savais pas. Et là j'ai appris ce que c'était que la souffrance. Et vraiment, les rages de dents les... tous les maux de tête ou n'importe quoi qu'on peut avoir, c'est de la douleur, ce n'est pas de la souffrance. Là j'ai su ce que c'était que la souffrance. [...] La douleur, elle est supportable, quelle qu'elle soit la douleur, mais la souffrance non. C'est à se mettre une balle tout simplement, ou se jeter par la fenêtre ». (Mr Liam)

Freud nous dit : « De la douleur, nous savons très peu de choses. L'unique contenu certain est donné par le fait que la douleur – tout d'abord et en règle générale – apparaît quand un stimulus attaquant à la périphérie fait brèche dans les dispositifs du pare-stimulus et agit dès lors comme un stimulus pulsionnel continu, contre lequel les actions musculaires d'habitude efficaces, qui soustraient au stimulus l'endroit stimulé, restent impuissantes. Si la douleur n'émane pas d'un endroit de la peau mais d'un organe interne, cela ne change rien à la situation ; un morceau de la périphérie interne a seulement pris la place de la périphérie externe »³⁸⁰. La douleur a bien la potentialité de déborder les capacités d'élaboration psychique du sujet, ce dont témoignent les termes utilisés par les participants pour la qualifier : « insupportable » (Mr Liam, Mme Kcao), « insurmontable » (Mme Syet), « terrible » (Mme Daso, Mme Glaa), « abominable » (Mme Kcoa), « l'enfer » (Mr Liam). A propos de la maladie organique, Freud dit également : « Il est universellement connu et il nous semble aller de soi que celui qui est affligé de douleur organique et de sensations de malaise abandonne son intérêt pour les choses du monde extérieur, pour autant qu'elles ne concernent pas sa souffrance. Une observation plus précise nous apprend qu'il retire aussi son intérêt libidinal de ses objets d'amour, qu'il cesse d'aimer aussi longtemps qu'il souffre. La banalité de ce fait ne doit pas nous empêcher de lui donner une traduction dans le mode d'expression de la théorie de la libido. Nous dirions alors : le malade retire ses investissements libidinaux sur son moi, pour les émettre de nouveau après la guérison »³⁸¹

Nous avons bien pu trouver, à de nombreuses reprises dans les entretiens, et notamment lorsque nous rencontrons les patients en hospitalisation, les traces de ce délaissement du monde extérieur au profit de la concentration de libido sur l'organe douloureux. Mais la particularité des participants de notre cohorte est qu'ils sont engagés dans une expérience de la maladie chronique. Les douleurs dont ils nous parlent sont tantôt ponctuelles et n'intervenant qu'une fois, tantôt cycliques et ne se manifestant que dans certaines circonstances – par exemple la marche –, d'autres encore sont constantes et durent pendant plusieurs mois, voire des années. Selon Freud, les investissements d'objet s'étant repliés sur le moi seront, après la guérison, de nouveau émis. Mais qu'en est-il des cas où une guérison – entendons cela ici au moins comme une disparition pérenne des douleurs et sensations étranges – n'est pas envisageable ? Quelles modifications de l'économie psychique sont alors entraînées par la pathologie somatique ? Quel impact sur le

³⁸⁰ Sigmund Freud, « Inhibition, symptôme et angoisse » dans *OCF XVII (1923-1925)*, Paris, PUF, 1992, p. 285.

³⁸¹ Sigmund Freud, « Pour introduire le narcissisme » dans *OCF XII (1913-1914)*, Paris, PUF, 2006, p. 226.

rapport au corps, ou bien plutôt aux corps, organique et érotique ? Ces questions ont été largement explorées par Karl-Leo Schwering³⁸², grâce à une exportation féconde de théories psychanalytiques dans le domaine de la pathologie somatique, et plus particulièrement les notions de séduction généralisée (Laplanche)³⁸³, de subversion libidinale (Dejours)³⁸⁴, d'hystérisation primaire (Michel Fain et Denise Braunschweig)³⁸⁵, de pictogramme (Piera Aulagnier)³⁸⁶ et de signifiant formel (Didier Anzieu)³⁸⁷. Ces notions, et leur articulation, se sont avérées particulièrement utiles pour éclairer l'expérience des personnes que nous avons rencontrées.

4.2. L'appropriation du corps : transposition de la quantité en qualité

Schwering fait l'hypothèse qu'il y aurait, du fait de la pathologie somatique, une « capture de l'intentionnalité » par le « surfonctionnement tant du biologique que du médical ». « La maladie grave et son cortège de manifestations somatiques réactualisent la problématique de l'étagage d'une manière aiguë. Comment en effet encore parler de « mon corps » lorsque ce dernier s'impose à moi par le truchement de manifestations jamais connues ou éprouvées ? Comment pouvoir encore dire « mon sternum, ma clavicule, ma hanche, mon aine » avec l'autorité et l'évidence que confère la pulsion sexuelle alors que ces zones lui sont constamment ravies par l'autorité médicale soucieuse de leur conférer une stricte finalité vitale ? »³⁸⁸. Confirmer cette hypothèse en ce qui concerne l'expérience des participants de l'étude nécessite que nous développons ce que signifie « avoir son corps ».

Nous avons vu précédemment que la subversion libidinale est le processus par lequel les pulsions sexuelles s'ancrent dans le corps de l'enfant. A partir d'un corps entièrement érogène, le sujet sélectionne ou crée des zones qu'il investit libidinalement et auxquelles se restreint alors l'érogénéité du corps. Le corps se construit donc comme une réalité psychique qui doit son existence aux investissements libidinaux qui se portent sur elle, il se construit libidinalement, pulsionnellement, fantasmatiquement. « L'enfant est poussé par la pulsion sexuelle à investir une nouvelle zone du corps, et à véritablement créer une deuxième zone érogène. Celle-ci lui est propre et pourrait dès lors devenir sa propriété sur le mode de l'avoir. [...] Les zones érogènes « officielles » sont en effet éminemment partagées avec l'adulte tuteur, qui au début les possède au moins autant que l'enfant, puisqu'il ne cesse de les investir à la fois sur le plan du vital (mettre le sein à la bouche pour le nourrir) et du sexuel (« mettre l'eau à la bouche du bébé », pour se servir ici d'une locution populaire pointant un désir partagé). [...] Ces zones érogènes secondaires instituent une relation privilégiée entre le bébé et son corps. Cela dans la mesure où c'est bien lui-même et personne d'autre qui décide de leur création, autant que de la manière dont elles

³⁸² Karl-Leo Schwering, *Corps d'outrance. Souffrance de la maladie grave à l'hôpital*, Paris, PUF, 2015.

³⁸³ Jean Laplanche, *Sexual. La sexualité élargie au sens freudien.*, Paris, PUF, 2014.

³⁸⁴ C. Dejours, *Le Corps d'abord*, *op. cit.*

³⁸⁵ Denise Braunschweig et Michel Fain, *La nuit, le jour : Essai psychanalytique sur le fonctionnement mental*, 1^e édition., Paris, PUF, 1975.

³⁸⁶ Piera Aulagnier, *La violence de l'interprétation : Du pictogramme à l'énoncé*, Paris, PUF, 2003.

³⁸⁷ Didier Anzieu, « Les signifiants formels et le Moi-Peau », *Annuel de l'APF*, 2014, vol. 1, p. 175-197.

³⁸⁸ K.-L. Schwering, *Corps d'outrance*, *op. cit.*, p. 42.

fonctionneront sur le plan des buts sexuels qui les animeront »³⁸⁹. L'enfant revendique donc la jouissance de son corps, et ce passage d'une relation d'être à une relation d'avoir suppose une transformation qualitative de la libido. La motivation première de cette transposition libidinale est l'absence progressive de l'objet satisfaisant les besoins corporels du bébé. Investir subjectivement son corps est un moyen de se rendre indépendant de l'autre, de pallier les refusements de satisfaction liés à l'absence de l'autre.

Au stade oral de la pulsion, identification et investissement d'objet peuvent ne faire qu'un dans la mesure où l'investissement continu est fourni au bébé par l'être proche, qui s'identifie à lui, répond à ses besoins primaires ; il s'agit, selon les termes de Donald Winnicott, d'un être en état de « préoccupation maternelle primaire »³⁹⁰. Cet état maternel premier est à considérer au prisme de l'identification narcissique, nous aurons l'occasion d'y revenir. Ce qui nous intéresse particulièrement ici, dans le cadre de l'évolution de l'investissement du corps, est le moment d'« hystérisation primaire »³⁹¹ décrit par Fain et Braunschweig lors duquel la mère perd sa fonction pare-excitante dominant lors de la préoccupation maternelle primaire. Lorsque la mère s'absente progressivement, qu'elle réinvestit sa vie de femme, d'amante, et s'éloigne alors du bébé, celui-ci se trouve exposé et apparemment sans défense face aux excitations en provenance de son corps. A cela s'ajoute le « message énigmatique »³⁹² en provenance de la mère – le bébé est excité par ce désir de la mère qui la pousse vers le père, désir qui demeure fondamentalement énigmatique pour lui. La mère, de pare-excitante, devient doublement excitante, d'une part parce qu'elle ne répond plus aussi parfaitement aux exigences du corps du bébé, d'autre part car sa propre sexualité inconsciente infiltre les soins qu'elle lui porte.

Selon Scherwing, pour se dégager de la mère et parer à l'abandon et au déplaisir, l'enfant y substitue l'investissement de son corps. « Puisque sa mère va littéralement « voir ailleurs », toute « pénétrée » d'une excitation énigmatique qui anticipe déjà l'objet paternel vers lequel elle se porte, le bébé va s'identifier à cette posture maternelle. Il va faire comme elle, c'est-à-dire porter son excitation sur cet ailleurs que sont les parties de son corps, et il va se laisser « pénétrer » par les sensations que va lui procurer leur maniement auto-érotique. Il va ainsi être séduit par son propre corps, tout comme la mère le sera par celui de son séducteur »³⁹³. Mais le bébé, cible des excitations corporelles et maternelles, ne peut s'en sortir sans le concours de la mère. Entièrement privé de sa fonction pare-excitante, il serait exposé à une excitation intolérable, débordante, relevant de la pure quantité. En revanche dans le meilleur des cas, la mère contrebalance l'irruption de la pulsion sexuelle par l'établissement d'une censure que Fain et Braunschweig nomment la « censure de l'amante », et dont le prototype est le bercement. La mère, souhaitant l'endormissement du bébé pour pouvoir s'éloigner temporairement de lui, le berce et l'accompagne dans le sommeil à l'aide de sa propre rêverie, c'est-à-dire en abandonnant le

³⁸⁹ *Ibid.*, p. 41.

³⁹⁰ Donald Winnicott, *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 2015.

³⁹¹ D. Braunschweig et M. Fain, *La nuit, le jour*, *op. cit.*

³⁹² J. Laplanche, *Sexual. La sexualité élargie au sens freudien*, *op. cit.*

³⁹³ K.-L. Scherwing, *Corps d'outrance*, *op. cit.*, p. 35.

contrôle vigile. Elle lui transmet à cette occasion des protoreprésentations, construites dans l'échange adulte-bébé ayant lieu lors des soins au corps, qui permettent la figurabilité du désir et sont essentielles pour que l'enfant puisse investir ses zones érogènes sur un mode auto-érotique. « Car c'est bien cela qui est en jeu au bout du compte : s'approprier son corps en s'identifiant aux perceptions et affects qui en émanent, pour lesquels des mots et des pensées seront bientôt disponibles »³⁹⁴. Cette protection prolonge le système de pare-excitation assuré par la mère au début de la vie ; elle permet, grâce à l'activité de représentation, l'écoulement de l'excitation.

La subversion libidinale est rendue possible par ces protoreprésentations, construites dans l'échange intersubjectif ; elles sont ce qui permet la transposition de la pure quantité en qualité de l'excitation, et permet que les zones érogènes fassent l'objet d'un investissement psychique. Dans les cas les moins favorables en revanche, « ces protoreprésentations font défaut, l'identification hystérique qui s'appuie sur elles ne pourra avoir lieu. Dans ce cas, le bébé sera livré aux éprouvés sensoriels et n'aura d'autre choix que de s'identifier aux zones ou organes qui en sont la source »³⁹⁵, sur un mode hypocondriaque. Une mère par trop excitante, ou au contraire par trop calmante et libidinalement absente, ne permet pas la figurabilité, l'hallucination du désir. L'auto-érotisme ne peut alors pas se constituer ; à défaut d'investir libidinalement ses zones érogènes, l'enfant s'y identifie sur un mode hypocondriaque. C'est-à-dire que la subversion libidinale est enrayée, que le corps reste aliéné au désir de l'adulte plutôt que de faire l'objet d'une appropriation par l'enfant, et perd sa capacité à être utilisé par le sujet dans l'échange intersubjectif et dans la négociation des désirs.

4.3. Remise en question de la souveraineté du sujet sur son corps

La distinction entre identification hystérique et identification hypocondriaque à l'organe permet à Schwering d'avancer dans le développement des conséquences somatopsychiques de la pathologie somatique. Selon Dejours, « la colonisation subversive du corps physiologique par le corps érotique a toujours un caractère inachevé, et [...] en plus des inévitables failles survenant au cours de ce développement le corps érotique est toujours à reconquérir. Sauf cas exceptionnels, la sexualité psychique et l'économie érotique sont souvent menacées de se « désétayer » et d'engendrer un mouvement contre-évolutif »³⁹⁶. La pathologie somatique nous semble bien exposer les participants à un tel risque de désétayage.

D'une part, nous avons longuement développé lors des deux premières parties de ce chapitre comment la pathologie somatique prive le sujet de zones érogènes par lui investies, tout autant les zones servant au plaisir que celles à partir desquelles les pulsions ont été désérotisées. « Quand la douleur se porte sur des zones érogènes *auparavant* constituées et *déjà* investies par la pulsion sexuelle, nous dit Ricadat, leur fonctionnalité érogène, c'est-à-dire leur propension à être source de l'excitation mais aussi le lieu de son apaisement une fois qu'objet adéquat a été trouvé,

³⁹⁴ *Ibid.*, p. 36.

³⁹⁵ *Ibid.*, p. 160.

³⁹⁶ C. Dejours, *Le Corps d'abord, op. cit.*, p. 17.

risque de ne plus être opérante »³⁹⁷. Ces privations engageraient donc un mouvement contre-évolutif où des zones participant à la géographie pulsionnelle en sont progressivement exclues ; le rapport du sujet à son corps, sa manière de l'investir et d'en jouir, sont mis à mal. La remise en question de l'appartenance du corps est déjà perceptible dans les entretiens lorsque les participants se trouvent dans l'incapacité d'utiliser des pronoms possessifs pour désigner des parties de leur corps propre :

« Ah oui, avec ces nécroses, ces veines, ces artères bouchées, non » (Mme Mooc),

« les jambes qui étaient grosses, le blanc des yeux qui était un peu jaune » (Mme Pair),

« ce n'était plus la même silhouette » (Mme Glaa),

« le pied, la jambe » (Mr Liam).

Au point que certains patients se sentent emprisonnés dans un corps qui ne leur permet plus aucune satisfaction des désirs :

« Tout ce qui me permettait de m'exprimer physiquement, au niveau corporel, ça a été terminé du jour au lendemain. Ça a justement été très difficile », « ...je ne peux pas vivre. Je ne peux pas vivre, voilà » (Mr Leje)

Le processus de subversion libidinale, lors duquel l'enfant s'autonomise par rapport au parent en affirmant un désir qui n'appartient qu'à lui, au-delà des besoins organiques du corps, est mis à mal. Pour Mme Syet, c'est précisément le fait d'être réduite à une activité contrainte, dans laquelle sa subjectivité ne peut s'exprimer, qui est source de souffrance.

« Alors, oui c'était trop, je ne pouvais plus voir la télévision, je ne pouvais plus rien voir d'ailleurs. Je ne voyais plus... [...] Parce que c'était obligé en fait, vous voyez ? Vu que je n'avais pas le choix, ou alors des amis qui venaient et puis bon ben, mais c'est tout. C'étaient des choses que j'étais obligée de faire. Bon, pas obligée, mais bon, ce n'était pas moi qui avais choisi d'allumer la télévision parce que j'avais décidé de rester chez moi. C'est parce que j'étais chez moi et que je n'avais que ça à faire » (Mme Syet)

Dans le psychisme, un parallèle peut s'établir entre la fragilité ressentie et l'état d'impuissance vécu par l'enfant dépendant de son entourage. Mr Leje l'exprime très clairement :

« De toute façon même les choses les plus simples dont on peut penser qu'elles sont acquises quasiment depuis la plus petite enfance comme marcher, comme être indépendant, voilà tout ça c'est presque du passé aussi pour moi donc... », « C'est surtout que le problème d'artérite qui me ramène au stade pré...pré-enfant qui marche, ce n'est pas facile à gérer hein, psychologiquement » (Mr Leje)

D'autres patients, du fait de leurs troubles somatiques, se trouvent également en difficulté dans la réalisation de tâches acquises dans l'enfance. Pour Mme Glaa, il s'agit de se coiffer, de s'habiller, de se nourrir :

³⁹⁷ É. Ricadat, *Destins du sexuel et sexualité à l'épreuve du cancer*, *op. cit.*, p. 148.

« Ma kiné, qui m'a...qui pendant 8 mois m'a dit : "bon, Mme (nom) vous ne faites pas beaucoup d'efforts, vraiment". Je n'arrivais pas à monter le bras. Voilà. Je ne peux pas le monter plus, je ne peux pas me coiffer. Je ne peux pas mettre mon soutien-gorge, c'est super...c'est super. Ça fait quand même depuis le mois de mars 2017 », « Quand je mangeais, ma mère me disait "Mais...non, mais ça ne va pas (prénom), mais regarde où tu mets ta fourchette. " Je...je croyais la mettre dans ma bouche et je la mettais à côté. Je n'avais plus du tout...ça devenait vraiment très inquiétant » (Mme Glaa)

Ces événements questionnent la fiabilité du support interne progressivement internalisé grâce à la présence de l'autre. La réactualisation du rapport à l'être humain proche nous paraît particulièrement vive pour Mme Glaa dans la mesure où l'impossibilité à laquelle elle fait face concerne un besoin primaire – le nourrissage – et a lieu devant sa mère. L'être humain proche est la personne qui constate, entend et répond de façon adéquate à la détresse de l'enfant. Le bénéfique pour l'enfant est alors autant de voir ses besoins satisfaits que d'entrer en contact avec un autre. Si l'aide apportée est autant recherchée que nécessaire, Freud précise qu'elle peut aussi être vécue comme menaçante, dans la mesure où elle enraye le projet de souveraineté de soi-même. La qualité de l'étayage – qui peut être délétère qu'il soit en « trop » ou en « trop peu » – détermine la fiabilité du support interne et la coloration psychique du besoin de l'autre.

La manière dont la dépendance est investie sur le plan psychique, c'est-à-dire la manière dont la personne a pu gérer l'expérience primordiale de dépendance, dont elle aura éventuellement transféré cette dépendance infantile sur les personnes de son entourage, sera mise en tension avec la dépendance nouvelle due aux affections somatiques. Nous avons constaté la réactualisation de telles problématique en analysant la catégorie d'analyse : « Être en relation dans la maladie ». L'aide extérieure nécessitée peut tout aussi bien être vécue comme une aide étayante, rassurante, bienveillante, qu'avoir un caractère insupportable, aliénant :

« Je me suis retrouvée à être obligée d'avoir des aides soig...des aides ménagères, l'horreur pour moi. C'est une horreur, je ne supporte pas. Bon. Et je suis bien obligée, parce que je ne peux pas faire ça. *Chercheuse* : *Qu'est-ce que vous ne supportez pas dans le fait d'avoir... ?* Mme Glaa : Que je ne puisse pas le faire seule » (Mme Glaa)

« On appréhende quand même, même si on est en forme aujourd'hui, j'aurais du mal à être dépendant de quelqu'un, de ma femme, dépendant de quelqu'un sur le plan médical ou autre. Je préférerais partir » (Mr Deht)

Un réaménagement des relations à l'autre est rendu nécessaire par l'apparition de besoins d'étayage réels dus aux restrictions de mobilité. L'apparition de la dépendance à l'autre chez ces personnes fait écho à l'état de détresse et d'impuissance infantile, au moment du développement où l'enfant est encore soumis à l'omnipotence de l'autre. Alors que l'autonomie nouvellement acquise par l'enfant s'accompagne de jubilation, de triomphe face à l'ouverture des possibles, être obligé de faire appel à l'autre semble insupportable tant pour Mme Glaa que pour Mr Deht : leur parole exprime la blessure narcissique à la perspective de la remise en cause du « faire seul ».

4.4. Une captation du corps par la maladie et le médical

Par ailleurs, la subversion libidinale a toujours un caractère inachevé et, du fait du refoulement organique, « toutes les parties et zones du corps n'ont pas pu être investies, et donc érogénisées par le petit d'homme depuis sa naissance. Cela concerne en particulier les organes internes, dont la plupart fonctionnent une vie durant dans la méconnaissance du sujet »³⁹⁸. La pathologie somatique, et notamment son cortège de douleur, révèlent au sujet des zones de son corps n'ayant pas fait l'objet d'une subversion. Et ce pas de n'importe quelle manière, mais bien « sur un mode persécutif »³⁹⁹. Les expériences extrêmes de perte de connaissance, de risque légal, les douleurs abominables rencontrées par les participants, en étaient de premiers exemples. Elles ne sont pas les seuls, le sentiment d'étrangeté, les manifestations du corps de manière inédite étant repérables de bien des manières dans les propos des patients :

« Ben j'ai...en rentrant chez moi j'ai...enfin en sortant de mon travail, parce que je travaille de nuit, j'ai ressenti...mais une douleur dans toute la jambe, tout le corps en fait, mais abominable et après j'avais mal quoi. J'avais énormément mal dans ma jambe et la moitié de mon...de ma jambe jusqu'au genou était toute blanche. J'appuyais dessus, je ne sentais rien, il n'y avait plus de pouls, il n'y avait plus rien. », « Ça, si j'en garde une mauvaise impression... d'avoir un membre comme ça, cadavérique c'est... j'en garde une mauvaise impression... » (Mme Kcoa)

Impression de « ne plus avoir de pouls », « d'un membre cadavérique » (Mme Kcoa) ; d'avoir « le pied froid », « endormi », « comme du coton » (Mr Node) ; d'être « glacée », ne plus « sentir son sang » (Mme Heau), d'avoir « du plomb, du béton dans la jambe » (Mme Glaa) : les exemples sont légion. Plusieurs auteurs utilisent pour définir ces situations somatiques extrêmes le concept freudien d'« inquiétante étrangeté » : le sentiment d'évidence corporel est remis en question, le sujet est exproprié du corps qui lui est familier. Le sentiment d'inquiétante étrangeté pourrait bien relever dans ce cadre de l'écart qui se creuse entre corps organique et corps érotique.

Cette conjonction déstabilisante entre familiarité et étrangeté est clairement exprimée par Mme Kcoa qui appuie sur sa jambe mais ne la sent pas, comme si elle ne faisait plus partie de son corps, ou encore par Mme Heau :

« Et puis, c'était curieux, parce que cette lésion, j'avais l'impression qu'elle ne m'appartenait pas. Que ce n'était pas à moi, et ça m'énervait et que je voulais m'en débarrasser. Et donc, ben, ça tombe bien, elle me l'avait enlevée » (Mme Heau)

« Les atteintes organiques font surgir des parties du corps *jusque-là* restées absentes de tout investissement érogène, soit sans qualification psychique. Ce qui les voue à rester définitivement hors d'atteinte du processus de subversion libidinale, donc hors sexualité psychique, en plus d'accentuer leur fixation dans un fonctionnement purement organique. Cet écueil peut concerner

³⁹⁸ K.-L. Schwering, *Corps d'outrance, op. cit.*, p. 45.

³⁹⁹ François Villa, *La puissance du vieillir*, Paris, PUF, 2010.

par exemple toutes les zones qui *ajoutent, marquent, tracent, impriment* au corps des éléments caractéristiques de la maladie ou des traitements [...]. Ainsi, certaines surfaces de peau, certaines muqueuses, les organes internes, habituellement absents de la cartographie du corps érotique, sont susceptibles de se manifester comme de *nouvelles zones* qualitativement et quantitativement *inédites* dans l'appareil psychique, et parfois amenées à être définitivement marquées du sceau de la maladie »⁴⁰⁰.

La captation du corps par les enjeux uniquement vitaux et organiques au détriment du pulsionnel semble bien être accentuée par l'abord fonctionnel du corps entrepris à l'hôpital. Les réflexions que nous allons mener ici sont particulièrement justifiées par les propos relevés dans les catégories « Evènements liés à la recherche de maladie, au diagnostic », « Traitements et hospitalisations », « L'hôpital », « Interactions avec les médecin », et « Interaction avec les soignants ». Il s'agit donc des diverses expériences que les personnes nous racontent lors desquelles elles font l'expérience de la médecine, de l'hôpital, de rencontres avec les soignants.

Mme Heau fait l'expérience d'une infirmière qui néglige sa douleur face à la nécessité de respecter la « prescription » :

« J'ai été mise dans ma chambre par une aide-soignante et puis...on m'avait dit, au bloc que je devais être perfusée...ensuite, il y a eu une élève infirmière qui est venue prendre ma tension. [...] Et puis...j'avais demandé à l'aide-soignante quand est-ce qu'on m'enlevait ma perfusion, j'avais très mal. J'avais une thrombose, qui avait déjà été constatée. Et l'anesthésiste voulait qu'on me pique à droite, mais comme c'était à droite qu'on allait m'opérer, celui du bloc a préféré m'opérer...euh, me perfuser là. J'avais très très mal, à chaque fois qu'on m'injectait quelque chose j'avais très mal. Donc j'ai dit à l'aide-soignante "bah...on va l'enlever après parce que ça fait mal". Elle me dit "oh, elle est presque finie." Et puis quand...à un moment, l'infirmière, que je n'avais pas encore vue est entrée, et...donc quand je l'ai vue avec une nouvelle poche, je lui ai dit "on ne me l'enlève pas ?" Elle a dit "non, non. Vous devez être hydratée, on ne l'enlève pas." Je lui ai dit, "mais vous savez ? Ça me fait très mal. J'ai une thrombose là." "Ah...", elle me dit (*exclamation ironique*) "...Elle a fait un doppler sans doute." Elle ne m'a pas parlé à moi, déjà parce qu'elle m'a dit "elle". Alors je lui ai dit...[...] Donc elle a quand même placé sa perfusion, elle m'a dit "de toute façon c'est prescrit". (Mme Heau)

Ces moments où les professionnels de santé « ignorent » les participants ou les « vexent », frappent par leur fréquence et par l'émotion palpable qu'ils provoquent chez les participants lorsque ceux-ci les racontent, même bien des années après qu'ils en ont fait l'expérience. Mr Soje et Mr Leje par exemple, raconteront tous deux un épisode similaire avec l'équipe soignante. Ils les répèteront au chercheur au cours de tous les entretiens lors desquels nous nous sommes rencontrés, presque mot pour mot à l'identique.

⁴⁰⁰ É. Ricadat, *Destins du sexuel et sexualité à l'épreuve du cancer*, *op. cit.*, p. 149.

Les propos des médecins, les soins au corps, peuvent être autant à la source d'excitations traumatiques intraitables par les personnes que la pathologie en elle-même. Schwering en vint à postuler l'existence d'un « impensé médical », un reste intraduisible par les personnes qui n'est pas sans rappeler l'excitation issue du message énigmatique transmis par la mère à l'enfant lorsque celle-ci s'éloigne pour le père. Il ne s'agit pas ici de mettre en cause les professionnels de santé, dont il ne fait aucun doute qu'ils ont des intentions bienveillantes à l'égard des personnes, mais plutôt de pointer une caractéristique de la médecine technoscientifique moderne dominant à l'hôpital. Nous invitons le lecteur à consulter le raisonnement de Schwering à partir des ouvrages de Georges Canguilhem et Foucault, que nous ne pouvons ici que résumer.

La spécificité de la médecine moderne, qui prend naissance dans la rupture épistémologique intervenant dans le courant du XIX^{ème} siècle, est celle de l'observation (le regard « anatomo-clinique »), d'une approche objective, scientifique, expérimentale, matérialiste, technologique. Si le gain en efficacité des techniques modernes médicales est incontestable, leur utilisation semble s'effectuer au détriment d'une médecine hippocratique plutôt « passive, contemplative, descriptive »⁴⁰¹, mettant le sujet « au centre de son discours ». Une conséquence directe de ce mouvement est la relégation des dires du patient au second plan, le médecin, au moins à l'hôpital, n'ayant à peine besoin de connaître son patient pour être capable d'établir un diagnostic et émettre des prescriptions. A l'hôpital, pressés par les contraintes administratives et l'engorgement des services, les professionnels de santé peuvent alors négliger la parole des patients qui n'est pas essentielle à leur pratique. Le médecin devient, bien sûrement à son insu, l'instrument de la médecine technoscientifique et l'agent de ses effets iatrogènes.

Les plaintes des participants de l'étude sont d'ailleurs bien souvent associées à des pratiques médicales et hospitalières. La parole de Mme Heau est ainsi invalidée par le fait que ce soit l'infirmière qui assure l'acte prescrit par le médecin : l'usage d'un intermédiaire entre le prescripteur et celui qui reçoit les soins disqualifie d'office ses possibilités de plainte. Il en sera de même pour Mr Leje qui, abasourdi, recevra un doppler du haut du corps, en sachant pertinemment que son problème se trouve dans le bas de son corps : le radiologue préférera suivre la prescription plutôt que d'écouter les plaintes virulentes de Mr Leje, qui sortira profondément choqué par ce non-sens et l'impression extrême d'impuissance en découlant. Plusieurs personnes se plaignent également de la pratique hospitalière de la visite médicale :

« ...le professeur... un professeur est arrivé avec ses... ses minions, sa cour pour la visite machin comme ça. Et sans même dire bonjour, en rentrant dans la chambre, il m'a présenté à ses étudiants ou à ses... je ne sais pas comment on appelle ça, comme un cas typique de, je ne me souviens plus du nom, mais sous-entendu le type qui ne prend plus ses médicaments et qui n'en a rien à faire. Voilà. Alors ben, je me suis un peu insurgé, je crois que j'ai même été un petit peu... très, enfin très réactif parce que j'ai trouvé, un, l'attitude qui était absolument innommable, je veux dire, ok c'était le grand professeur et tout, ben vous rentrez dans une chambre de patient, vous dites bonjour, enfin surtout

⁴⁰¹ K.-L. Schwering, *Corps d'outrance*, *op. cit.*, p. 52.

que...on vous dit bonjour, vous répondez. En plus de traiter comme si...on parle de la personne qui est dans son lit, à tous ses étudiants, comme si elle n'était pas là » (Mr Leje)

Mr Soje, partageant une expérience similaire, se sent lors de la visite médicale « comme une bête qu'on épluche », « pas grand-chose », « un sujet d'étude », c'est-à-dire tout, sauf lui-même :

« Et ce qui est particulièrement désagréable. C'est nécessaire, mais c'est très désagréable quand même. Enfin vous avez le médecin, le professeur, etc., qui arrive avec toute une troupe, qui fait son cours et puis vous, vous passez comme si vous étiez une bête qu'on épluche. Bon, je comprends qu'il faille le faire, mais on se sent vraiment pas grand-chose, on se demande si vraiment on se préoccupe de nous ou seulement si c'est...je ne sais pas moi, pour s'amuser, qu'on passe comme ça. Est-ce que vraiment il se rend compte de débiter son discours, est-ce qu'il se préoccupe de nous et pas seulement de faire son cours ? C'est très désagréable. » « Ouais. Ah oui, et dans ce cas-là, ils parlent de vous comme d'un sujet d'étude. Je ne suis pas moi, je suis la grenouille que moi je découpais quand j'étais au lycée » (Mr Soje)

Ces verbatims confirment avec force « l'image d'une relation médecin-malade où le premier n'aura jamais d'abord le souci d'accueillir la singularité et la subjectivité de son patient, mais bien de le scruter en tant qu'objet d'un savoir qui le situe d'abord dans l'anonymat d'une généralité de plus en plus statistique. Une relation où le second, dès le moment où il se mettra à parler, aura à faire cette expérience étrange – au mieux déroutante, au pire humiliante – d'une parole qui s'effrite, se vide, s'éteint même au fur et à mesure d'une écoute hâtive qui n'accorde aux mots que le statut d'une plus-value de pure convenance »⁴⁰². Ce qui peut être pensé comme un clivage entre la « maladie du médecin » et la « maladie du malade », qui eut lieu épistémologiquement mais qui se répète constamment dans le colloque singulier entre les professionnels de santé et leurs malades. Les effets psychiques peuvent être considérables pour les patients, à commencer par le « conflit de loyauté » entraîné pour le patient divisé entre ces humiliations, vexations, et sa reconnaissance pour le médecin qui par ailleurs l'aide et lui veut du bien, le prend en main « pour son bien ». Les soins peuvent alors être vécus dans la plus grande passivité, le patient est assigné à des désignations l'identifiant dans sa chair et son esprit hors de sa participation. Les « identifications métonymiques »⁴⁰³ du « type qui ne prend pas ses médicaments », du « sujet d'étude » sont ici révélatrices du sentiment des participants d'être réduits à des choses. D'autres plus courantes et en apparence moins choquantes seraient celles où le patient est désigné par son diagnostic : « le cancéreux », « le diabétique » lors duquel le sujet est par l'autre réduit à un trait.

Ainsi donc, « nous pouvons retenir les points suivants : - le discours et les techniques médicales qui en sont la concrétisation, provoquent une excitation du corps au-delà de ce qui est pensable par le patient ; - cette excitation potentiellement traumatique n'est pas non plus pensée par les acteurs du monde médical, bien qu'ils en assurent une certaine ritualisation ; - cet impensé

⁴⁰² *Ibid.*, p. 54.

⁴⁰³ *Ibid.*, p. 32.

est par définition énigmatique pour le patient, et risque de ne pas être traduisible par lui si, pour ce faire, il ne s'appuie que sur les acteurs en question »⁴⁰⁴.

Le corps des patients, déjà travaillé par les sensations inquiétantes et étranges de la pathologie somatique, court donc le risque d'être en plus capté par les pratiques médicales. L'expérience de la passivation et de l'impuissance, dans un contexte de désétayage et d'émergence de nouvelles zones du corps hors psyché, dont les patients font l'expérience de manière persécutrice, réactualiserait l'originaire pour les participants. De même que « la pratique médicale à l'hôpital [vient] reproduire, dans les modalités même de son effectuation concrète, au chevet du malade, quelque chose de l'ordre de ce « défaut de communication corporelle » identifié dans le contexte des relations précoces »⁴⁰⁵. Les participants s'identifient alors parfois à cette instance qui observe : Mr Sial s'enorgueillit ainsi de connaître parfaitement l'état intérieur de son corps grâce aux bilans ; Mr Leje se réfère à son corps en dehors de tout vécu, juste dans sa dimension mécanique :

« ...l'idée de ça c'était d'arriver à développer les collatérales, au niveau des pieds, surtout du pied gauche, de manière à contourner l'artère bouchée quoi. Alors sur le droit il y a eu un petit résultat, ben elle est moins bouchée que la gauche, mais sur le droit il y a un petit résultat c'est-à-dire que le flux il passe un peu mieux maintenant. Donc il y a quelques collatérales qui se sont mises en place, sur le gauche rien du tout. Donc...voilà. » (Mr Leje)

Mme Syet et Mr Liam montrent au chercheur des photos de leurs plaies :

« Ils m'ont pris ici 8 ou 6 morceaux de peau pour greffer. Mais c'était bien, je pensais que j'allais prendre un grand morceau, j'ai regardé et c'étaient des petits morceaux, j'ai pris des photos, vous voulez voir ? » (Mr Liam)

Mr Soje devient un collectionneur des images des personnes sur les paquets de cigarette :

« Alors là je suis en train de faire la collection des photos qui sont sur les... il y en a qui représentent...bon il y en a une en particulier, ça me rappelle l'aspect de mon orteil. » (Mr Soje)

Quant à Mme Mooc, elle exemplifie l'identification hypocondriaque à l'orteil disparu et dès lors idéalisé lorsqu'elle date le début de son histoire au jour où son orteil a été amputé :

« Ben, les problèmes de circulation ça a commencé, ...le premier...la première... comment dire ? Signal c'était là où je me suis fait amputer un orteil. » (Mme Mooc)

Le risque non négligeable est en effet, dans le contexte d'une médecine fonctionnant dans un paradigme « hypocondriaque », celui d'une fixation des zones du corps à un fonctionnement purement organique, aliéné à l'emprise d'autrui et échappant à l'appropriation et à la subversion.

⁴⁰⁴ *Ibid.*, p. 50.

⁴⁰⁵ *Ibid.*, p. 157.

4.5. Un repérage du vécu traumatique au chevet du patient

Il nous est possible d'utiliser les concepts de signifiant formel d'Anzieu et de pictogramme, d'Aulagnier, pour « prendre acte du vécu traumatique en train de se produire ici et maintenant, quasiment au chevet du malade »⁴⁰⁶. En effet, bien que l'originnaire soit difficilement décelable dans les entretiens dans la mesure où les processus de pensée et de parole s'y déploient, Schwering fait l'hypothèse qu'il y est tout de même repérable.

Il nous faut pour cela préciser les caractéristiques des protoreprésentations dont nous avons dit qu'elles étaient nécessaires au bébé pour dépasser le moment hypocondriaque primaire. Aulagnier nomme ces représentations originaires des « pictogrammes ». Le pictogramme représente la mise en relation d'une zone sensorielle, de l'objet participant à son excitation, et d'un affect accompagnant l'expérience. Lors des premières expériences de stimulation, l'organe sensoriel s'agite au contact de l'autre qui le manipule, et cette stimulation sera source d'un affect, d'abord de plaisir ou de déplaisir. Si l'enfant ne peut ni se figurer ni penser ce moment, il se forme néanmoins une première représentation élémentaire, qui relèverait d'une « représentation-affect, ou affect-représentation »⁴⁰⁷, les deux étant indissociables l'un de l'autre. Ce moment est d'importance considérable puisque que « la psyché serait précocement en mesure d'éprouver un plaisir spécifique, un « en-plus de plaisir » en rapport avec la production de la représentation pictographique. Il est vraisemblable que soit pointé là ce qui, plus tard, deviendra le plaisir de fantasmer propre au registre primaire, et ensuite le plaisir de penser qui caractérise le registre secondaire »⁴⁰⁸. L'enjeu de la subversion libidinale, moment de naissance de l'investissement du corps, est donc bien également le moment où se construit un réseau de représentations nées des expériences corporelles et qui permettront le déploiement de l'activité de fantasmer et de penser. Le pictogramme est décelable dans toutes les occurrences mettant en lien un affect et la sensorialité corporelle. Parmi ceux que nous avons repérés dans les entretiens avec les patients de notre étude, nous pouvons noter l'impression de « devoir s'accrocher », le fait d'être « pris à rebrousse-poil », le fait d'« enfouir dans sa tête » une impression douloureuse. Nous pouvons également noter le fait de « se fermer », se « bloquer », ou encore les expressions si répandues que leur rapport avec la sensorialité en disparaîtrait presque, de trouver quelque chose « dur », quelque chose qui ne « passe pas », qui est « dur à digérer ».

Dans le cadre de la pathologie somatique en particulier, c'est l'usage de la notion de signifiant formel, proche de celle du pictogramme, qui paraît la plus féconde. Si nous ne pouvons ici en donner une définition exhaustive, ils peuvent être définis comme des « états crépusculaires ne pouvant être refoulés, qui se situent entre la veille et le sommeil, et qui ressemblent à des cauchemars ». Certaines de leurs caractéristiques sont « - qu'ils sont constitués d'images proprioceptives, tactiles, cénesthésiques, kinesthésiques, posturales, d'équilibration ; - ils contiennent un sujet grammatical et un verbe qui est généralement réfléchi ; - le sujet grammatical

⁴⁰⁶ *Ibid.*, p. 81.

⁴⁰⁷ *Ibid.*, p. 71.

⁴⁰⁸ *Ibid.*, p. 73.

est une forme physique isolée ou un morceau de corps vivant ; - ce sujet grammatical n'est pas nécessairement accompagné d'un adjectif possessif (mon, ma) ou d'un article (le, la, un, une) ; - ce n'est pas une scène qui est représentée, mais une transformation physique d'un corps ; - cette transformation est souvent ressentie par le patient comme étrangère à lui-même – elle se déroule dans un espace bidimensionnel ; - elle relève des divers types de confusion dedans/dehors »⁴⁰⁹. Les quelques occurrences que nous allons maintenant relever nous semblent pouvoir confirmer l'hypothèse de leur résurgence dans le contexte de la pathologie somatique :

« enlever son sein », « ça pendouille », « des engelures qui suppuraient et tout », « ça raclait, comme ça (*fait un son guttural avec sa gorge*) [...], et quand je dormais, ça faisait (*bruit comme ronflement discret*) », « un petit coup, là, un petit coup dans le cou » (Mme Ouna) ;

« ça coince un peu au niveau des hanches, en haut des fesses » (Mr Deht) ;

« j'avais sur les fesses, ça me brûlait, ça me brûlait », « un morceau de peau qui pendait », « le pied comme ça (*mime un orteil enflé*) », « quelque chose qui s'écoulait de ma plaie », « ça coulait, ça coulait à l'intérieur », « mes paupières se sont mises à gonfler. A gonfler, à gonfler, à gonfler », « des trucs qui s'écoulaient des yeux, qui se collent dans les cils ou des choses comme ça » (Mr Soje),

« le mollet qui tire » (Mr Paut) ;

« mon pied qui a tourné comme ça » (Mme Pair) ;

« tout était à vif » (Mme Glaa),

« ça tape dedans, c'est l'enfer », « tout ça à dégueuler de partout », « ça m'a explosé dans la tronche », « une boule de feu dans tout le corps qui m'est montée au cerveau », « notre corps s'embrase, dans le cerveau ça fait une boule de feu », « des coups de couteau, ça me plie, ça me plie de plus en plus, c'est plus rapproché, plié, plié, plié » (Mr Liam).

Ces occurrences témoignent d'un moment où l'expérience ne peut que difficilement faire l'objet d'une narration, où il n'y a que de l'éprouvé, la sensation issue d'un corps qui se transforme. Ces vécus de sensations s'accompagnent des affects auxquels ils sont apparentés. Nous retrouvons ces propos dans la catégorie « Expression d'affects et d'émotions ». Nous avons déjà noté la colère dans les verbatims de Mme Heau, Mr Leje et Mr Sial qui partageaient leur expérience des soins. Mme Syet et Mr Soje, eux, s'ennuient :

« Tout ce que je voyais c'est que je m'ennuyais, je m'ennuyais, je m'ennuyais, c'était surtout ça qui m'importait à l'époque. » (Mr Soje)

La solitude est par ailleurs perceptible dans ces propos de Mr Liam :

« Je dors, je mange, je fais des tours dans la cour, il y a que des zombies là-dedans ils sont tous dans leur coin, ils ont tous des cancers, on les envoie là-bas. En attendant

⁴⁰⁹ *Ibid.*, p. 79.

qu'on les envoie en chimio, on les ramène, ils dorment, ils sont là, ils ne se parlent pas.
[...] ...personne ne se parlait » (Mr Liam)

A ces sentiments, nous pouvons ajouter le choc, exprimé par Mr Liam lorsque les soignants parlent de lui couper la jambe :

« L'autre il me parle de me couper la jambe, déjà la jambe c'est exclu, déjà il faut me le dire avant, avec d'autres manières de le dire, d'envisager une chose qui va se passer, il y a d'autres manières de le dire que de but en blanc "on va vous couper la jambe". Il y a d'autres manières quand même dans la déontologie médicale. » (Mr Liam)

Ou encore l'incompréhension et le désarroi, souvent associés à l'impossibilité de comprendre le vocabulaire médical, dans un contexte où les mots pour venir border l'expérience sensorielle sont pourtant si nécessaires :

« Ben oui, ne pas comprendre ce qui en moi était en cause c'était...Ben c'était dérangeant. Avec autant de confiance que je puisse avoir...alors évidemment pour un quidam comme moi, les choses n'ont pas besoin d'être très précises. [...] Ça serait logique qu'on ne comprend pas ce que raconte un garagiste, ce n'est pas très grave, qu'on ne comprenne pas ce qu'on raconte à votre propos un médecin c'est plus ennuyeux. On peut se monter la tête pour rien ou au contraire ne pas faire attention à quelque chose de sérieux » (Mr Soje)

Ces affects sont omniprésents dans les entretiens. Certains d'entre eux sont difficilement restituables sous la forme de verbatims qui nous permettraient de les faire entendre au lecteur, mais nous les avons constatés au contact des patients, et les avons ressentis parfois contre-transférentiellement. Nous pouvons maintenant préciser pourquoi la rencontre avec Mr Leje nous a si profondément marquée : la violence des affects et notamment la profondeur de son vécu d'impuissance nous a rendu les entretiens difficilement soutenables. « Affect et position passive vont de pair, le sujet n'ayant d'autre choix que de subir cet éprouvé qui s'impose à lui »⁴¹⁰, ni d'autre solution face à lui que de mobiliser les signifiants formels et les protoreprésentations de l'affect qu'ils offrent.

4.6. Un retour en force de l'organicité

Intéressons-nous maintenant à ce verbatim de Mme Kcoa :

« J'avais une très grosse infection, pareil, ils voulaient encore m'amputer le pied, mais ils ont enrayé donc. Et le pied, ils devaient m'amputer que la moitié et puis en fait, ben non. On devait...je devais perdre aussi certains orteils et sur cinq, je ne vais en perdre qu'un. Après il y a les phalanges, je perds les deux phalanges, de mon quatrième orteil. Qui n'est pas facile à vivre. Bon. Et les autres...ben c'est du nettoyage de nécrose, il faut les enlever, le deuxième j'ai un ongle...l'ongle est tombé là, hier. À si le petit, la dernière phalange est tombée et les autres, ben on pensait qu'ils allaient aussi tomber,

⁴¹⁰ *Ibid.*, p. 100.

les phalanges et non. Bon il manque des bouts d'orteils c'est sûr, mais apparemment... c'est en bonne voie de cicatrisation. À part mon orteil que je vais perdre » (Mme Kcoa)

Ces expériences extrêmes de parties du corps qui tombent ou sont amputées peuvent être angoissantes à différents niveaux : au niveau de l'angoisse de castration qui concerne la perte et met à mal les identifications secondaires du sujet – nous avons abordé cette question dans la partie précédente – ; ou au niveau de l'angoisse de morcellement qui remet en question son existence même. Les nécroses et les amputations sont des manifestations réelles de mort et de pertes de partie du corps, elles ont le potentiel de réveiller des angoisses de destruction du corps, de perte d'unité du moi et de perte d'unification des pulsions. Le sujet est exposé à une régression à une excitabilité somatique extrême, l'organicité prenant le devant de la scène au détriment du corps pulsionnel. « La maladie, en ouvrant, ou plutôt réouvrant, la douloureuse question des conditions du vivre et de ses liens à l'exister, opère une forme de régression à des temps et des organisations propres à des moments de violence aiguë de la condition humaine. Elle replace tout sujet qui en est atteint dans une situation proche de ce que J. Laplanche nommait la « situation anthropologique fondamentale » due à l'état de néoténie constitutionnelle des humains à l'orée de la vie »⁴¹¹.

Or c'est bien dans ce mouvement de distinction entre corps organique et corps érogène que se constitue l'appareil psychique, ces expériences traumatiques menaçant dès lors les sujets de la perte de leur identité. Le corps est « le substrat nécessaire à la vie psychique, le fournisseur des modèles somatiques que lui emprunte la représentation »⁴¹², ce qui pourrait expliquer les nombreux silences, les craquées syntaxiques qui témoignent de la désorganisation et le vacillement des processus de pensée, voire des moments délirants repérés en entretien :

« Qu'ils n'ont pas fait leur travail parce que quand on est allongés ils doivent regarder si on n'est pas tordu pour remettre comme il faut, et puis bah pour mon pied ça s'est pas fait, ce qui fait que je me suis retrouvée avec le pied, il était comme ça donc même s'il n'y avait pas eu un choc là, qui se transforme en diabète, en ulcère, le pied était...c'était fini quoi, donc ça a commencé comme ça. Mais comment ce machin il est arrivé là ? Je ne sais pas, si c'est un coup, ou un ulcère. Un ulcère. Oui parce qu'au début ça n'arrive pas comme ça, c'était un petit bobo, une plaie, n'importe quoi. » (Mme Pair)

« Je croyais que l'index...le...le majeur, de celui-là, il commençait à me faire mal. Oh c'était supportable alors je ne vais pas faire des histoires. Je regarde, il n'y a pas de noir. Je dis : "S'il n'y a pas de noir, ce sera bon". Le gros orteil, il est parti. J'ai donné un grand coup de pied dans la baignoire et il était resté ébranlé comme ça, je dis : "Qu'est-ce qu'il y a ? C'est ça qui te dérange pour sortir ?" J'ai été nettoyer mes ciseaux et j'ai coupé les filaments qu'il y avait autour, j'ai gardé la tête pour les fous et puis je l'ai mangé. Je ne sais pas si c'était un coq chimique ou quoi, mais je l'ai mangé ». (Mme Mooc)

⁴¹¹ É. Ricadat, *Destins du sexuel et sexualité à l'épreuve du cancer*, op. cit., p. 134.

⁴¹² P. Aulagnier, *La violence de l'interprétation*, op. cit., p. 52.

Apparaît donc que les transformations corporelles et leurs conséquences somato-psychiques peuvent être interprétées, en-deçà de l'outrage narcissique et du lien à l'Idéal du moi, dans un registre narcissique plus archaïque, relevant de l'étayage interne du sujet. Ce lien est perceptible dans les nombreuses équivalences symboliques entre la mobilité du corps, sa stabilité, sa fiabilité et la solidité du moi du sujet : « ne plus tenir » (Mme Kcoa et Mr Emal), « s'effondrer » (Mme Kcoa), « être bloqué » (Mr Paut), « ne pas pouvoir avancer » (Mme Taac), « être équilibré » (Mme Glaa) sont autant de termes se référant à la fois à la stabilité du corps et à la stabilité psychique.

« Je ne pensais pas que j'aurais pu réagir comme ça, franchement. [...] Même là, je sais que...ça aussi c'est idiot, il [son orteil] me fait souffrir le martyr, il est noir. Mais complètement noir, noir, noir. Et ces résultats, quand il va tomber, il ne va rester que ça. [...] Je sais, ça va vous paraître idiot, je sais que je vais *m'effondrer*. Ne me posez pas la question de pourquoi, mais...je ne sais pas. Alors d'un côté je sais qu'il faut l'enlever, alors quand on fait micrograttage je demande de serrer parce que, je voulais que ça s'arrête, je veux...mettre une chaussure normale. Et puis d'un autre côté je veux le garder. Mais je sais que c'est idiot. Je...je n'arrive pas à me situer. Voilà. Et qu'est-ce que vous en pensez ? ». (Mme Kcoa)

Nous pouvons également rappeler ces propos de Mr Emal :

« J'étais restaurateur. Je faisais des kilomètres par jour. [...] J'ai...j'ai travaillé jusqu'à l'année dernière. *Chercheuse : Ce sont vos problèmes de jambes qui ont...?* Mr Emal : Qui m'ont obligé, je n'arrive pas, je ne tiens pas sur mes jambes [...] c'est dur, c'est difficile, mais qu'est-ce que vous voulez que je fasse ? (*Silence*) » (Mr Emal).

Les questions adressées à la fin de ces deux extraits au chercheur, que nous interprétons comme une demande d'étayage, laissent entrevoir la perte de fiabilité du support interne. Ces atteintes somatiques affectent les sujets dans leur verticalité symbolique⁴¹³. La perte du sentiment d'être une masse solide et mobile expose le sujet à un vacillement des repères narcissiques primordiaux : ils ne sont plus enracinés dans le sol, portés par des pieds stables. Le corps peut être vécu comme monstrueux, comme en attestent les nombreuses références à la pourriture dans les entretiens :

« Je suis malade, je suis malade. [...] Ben j'ai l'air, j'ai une allure d'un homme qui est bien, quand je me suis...quand je suis debout, mais à l'intérieur...tout est pourri hein [...] Parce qu'il y a plusieurs docteurs qui m'ont dit. Vous vous portez bien ! Certes c'est l'allure, c'est tout » (Mr Djam)

C'est donc le sentiment même d'existence, de faire partie de la communauté des humains, voire du monde des vivants, qui est déstabilisé par les sensations corporelles extrêmes dont font l'expérience les patients, et le désétayage du corps érotique et de la sexualité psychique sur le corps organique. Mme Glaa en fait plusieurs fois l'expérience lorsque, bloquée au sol dans

⁴¹³ Jean-Philippe Pierron, « Corps vieillissant, corps vil ? » dans *Le corps vécu chez la personne âgée et la personne handicapée*, Malakoff, Dunod, 2014, p. 101-120.

l'incapacité de se relever, elle est obligée de ramper – expérience la rapprochant de l'animalité – pour atteindre un appui :

« Il y a des choses que...vous me mettez par terre je ne peux pas me relever, vous voyez ? Il y a des gens, ils se mettent sur les genoux et ils se relèvent, moi ce n'est même pas la peine d'essayer de me mettre sur un genou je hurle, car j'ai des douleurs également qui sont dans les genoux. Donc je n'ai pas la force de me porter, mes genoux ne me supportent pas. Si je suis par terre, je reste par terre, voilà. [...] Ou alors il faut que je rampe, avec mes bras en arrière comme ça, ça m'est arrivé chez moi par exemple »,
 « Pour moi c'est l'essence même de l'humain, les jambes, c'est on marche hein, on est debout. Donc on est en vie. C'est tout, c'est comme ça » (Mme Glaa)

Bien qu'intervenant à un niveau réel, les vécus de déséquilibre, l'impossibilité à tenir debout, à marcher, renvoient Mme Glaa aux confins de la condition humaine. « On entend parfaitement ici la déconstruction de cette élaboration psychique processuelle qui, bien qu'illusoire et fragile, rend possible le traitement psychique du soma et conduit effectivement à la possibilité d'investir tout corps organique comme le sien propre et de l'inscrire dans des représentations partageables avec son entourage. Processus indispensable au vivre qui spécifie l'humanité et qui s'oppose à l'exister, en ce qu'il permet de modifier la nature du soma en la dotant de qualités psychiques, il bâtit ainsi l'illusion d'échapper à l'irréductible emprise du somatique »⁴¹⁴. En renvoyant l'homme à sa dépendance et par la levée du refoulement organique, les forces qui agitent le corps en sa qualité biologique, forces restées hors psyché, courent le risque de resurgir.

La précarité n'implique pas uniquement le risque que le corps du sujet se fragilise jusqu'à en mourir. Corps et psychisme se construisent ensemble : l'activité psychique, l'activité de penser, de fantasmer, la constitution de l'identité – par le biais des identifications, de la fixation de traits de caractères – prennent sources dans les expériences corporelles. Nous préférons donc à la distinction entre corps et psyché, les distinctions entre soma et corps pulsionnel, ou entre corps organique et corps érotique, qui nous paraissent mieux saisir l'articulation des processus psychiques avec les processus corporels. Les pulsions sexuelles, les fantasmes et les pensées apparaissent en prenant appui sur les fonctions vitales, et ce faisant, ils prennent corps. En retour le vital doit être soutenu, relayé par le sexuel : un corps organique non soutenu par un corps libidinal est un corps en péril, à la fois psychique et vital. Bien qu'entre corps organique et corps pulsionnel, subsiste toujours un écart, une rupture, des liens entre l'économie pulsionnelle et les fonctions organiques perdurent tout au long de la vie. La notion de précarité n'implique donc pas uniquement la question de la survie somatique entendue comme remise en question de la pérennité du soma, mais bien la possibilité de vivre et d'être soi, d'investir son corps comme lieu de jouissance et d'affects, comme interface entre soi et l'autre dans la négociation des désirs. C'est d'ailleurs bien pour cela que nous avons choisi le terme de biologique plutôt que celui d'organique, précarité incluant la précarité de ce qui vit, la vie ne se réduisant pas à l'organique.

⁴¹⁴ É. Ricadat, *Destins du sexuel et sexualité à l'épreuve du cancer*, op. cit., p. 133.

La remise en question de la possibilité du vivre dans toute son ampleur est bien ce dont parlent les participants lorsqu'ils font le récit de leur expérience de la pathologie somatique.

Point d'étape

Nous avons dans cette section caractérisé la manière dont la pathologie somatique déstabilise le sujet, en nous concentrant, non plus sur les privations qu'elle entraîne, mais sur les expériences extrêmes, étranges, douloureuses, inquiétantes qu'elle implique. La pathologie a un potentiel traumatique qui est repérable chez de nombreux participants de notre cohorte, que le débordement quantitatif soit dû à des symptômes somatiques intenses, des événements médicaux majeurs, ou du fait des traitements et des expériences avec certains personnels soignants.

Commençons par faire un lien entre les possibles effets de désobjectivation relevés chez les participants au contact de la médecine technoscientifique, et l'expérience de la médecine préventive. L'existence d'un « impensé » de la médecine moderne, faisant retour dans le colloque singulier entre un médecin et un patient, peut en effet être applicable au dépistage. Le but de ces procédures, du point de vue de la santé publique, est d'éviter la mort par la pathologie visée. Bien que la mortalité ne soit jamais – à notre connaissance – évoquée par les médecins dans une consultation de proposition de dépistage, il nous faut néanmoins nous interroger sur les effets psychiques potentiels de la proposition de dépistage dont le but, admis dans la définition mais implicite voire inconscient dans le rapport médecin-patient, admet bien la présence, en négatif, de la mort. Par ailleurs, la proposition par le médecin relève bien de ce qu'il a identifié la personne à qui il s'adresse comme une personne « à risque », du fait de son âge, de son tabagisme, de l'existence de pathologies actuelles. Cette identification, parfois explicitement formulée par les médecins, est plusieurs fois relevée par les participants en consultation ou lors de l'entretien psychologique. Qu'elle soit explicitement formulée, ou « impensée », cette identification du patient comme une personne « à risque » et la présence en négatif de la mort sont deux données systématiquement retrouvées dans la proposition de dépistage, et potentiellement productrice d'effets psychiques, au même titre que peut l'être le fait de s'adresser à une patiente à la troisième personne, ou ne pas lui dire bonjour au début de la visite médicale.

Les personnes soumises au dépistage n'ont *a priori* pas de symptômes d'un éventuel cancer pour lequel elles sont dépistées, et en ce sens, cette expérience ne constitue pas en elle-même une situation traumatique de l'ordre de celles que nous venons de rapporter. Mais malgré tout, ces expériences traumatiques qui sont vécues préalablement par la quasi-totalité des participants peuvent influencer l'expérience des personnes du dépistage, dans la mesure où elles impliquent des modifications du rapport à leur corps et à leur expérience de la vie.

5. Conclusion intermédiaire

Le lecteur aura sûrement eu, à la lecture de cette partie, l'impression tout à fait légitime que nous avons délaissé la question du dépistage pour nous concentrer sur celle de la pathologie somatique. Nous nous prêtons en effet, dans notre volonté de rester ancrée dans la clinique et de suivre les élaborations des personnes, à une analyse s'apparentant à l'ouverture de poupées russes et à la découverte progressive de différents niveaux d'emboîtement. Afin de revenir à l'impact du dépistage, il nous paraît nécessaire d'identifier et de décomposer ce qui dans l'expérience passée de la personne vient influencer sa perception du dépistage. En premier lieu, c'est la poupée « pathologie somatique » qui s'est offerte à notre regard, du fait de l'importance, dans l'analyse par théorisation ancrée, des catégories principales « Etats du corps et maladie », « Prise en charge médicale » et « Gérer sa santé ».

La pathologie somatique est un événement réel pouvant déstabiliser le sujet. Elle peut le perturber dans la mesure où elle est l'occasion d'une recrudescence d'excitations, venant des altérations du corps, des douleurs, des expériences extrêmes, mais également parfois des propos ou des traitements par les équipes médicales, ou de la soumission aux procédures hospitalières. Elle peut également le déstabiliser car elle le prive des moyens qui avaient été par le passé inconsciemment trouvés par lui pour éconduire ses excitations : les personnes se trouvent dans l'incapacité d'être ce par quoi elles se définissaient, de faire ce qu'elles voulaient ou devaient faire pour préserver leur équilibre psychique. Elles peuvent vivre des situations extrêmes d'impuissance, de passivation. Le retour du quantitatif au détriment du qualitatif – par le refus et par la survenue des excitations traumatiques – risque de déstabiliser profondément l'organisation libidinale du sujet, de l'exposer à des vacillements identificatoires et identitaires ainsi qu'à une remise en cause de l'étagage du corps érotique sur le corps organique.

Les articulations entre les catégories d'analyse ayant émergé de l'analyse par théorisation ancrée, et les concepts que nous avons utilisés pour faire sens de l'expérience des participants, inscrits dans l'épistémologie psychanalytiques, sont synthétisées dans le tableau 9.

Tableau 9 Perturbations de l'ordre du réel : liens entre les notions et les catégories d'analyse

Participer à un essai clinique	Etats du corps, maladie
-	<p>"Symptômes et sensations corporelles" Douleurs, Expériences corporelles inédites, Excitations débordantes, traumatiques, Signifiants formels (ne plus tenir, s'effondrer...)</p> <p>"Capacités motrices et usages du corps" Ne plus pouvoir faire. Restrictions libidinales. Refusement. Impossibilité d'éconduction de l'excitation.</p> <p>Expression d'affects et d'émotions Frustration (refusement), Inquiétante étrangeté, impuissance, peur, honte, culpabilité, sentiment d'infériorité, d'être diminué</p> <p>Changements identitaires induits Ne plus pouvoir être. Altération des identifications. Inhibition, déssexualisation des pulsions, choix et positionnements inconscients</p>
<p>Prise en charge médicale</p> <p>"Evènements liés à la recherche, au diagnostic" Parcours diagnostic, errances. Assignations et identifications métonymiques</p> <p>"Traitements et hospitalisations" Expériences traumatiques, douloureuses. Expériences objectivantes (visite, prescription...)</p> <p>"Inscription dans le milieu hospitalier" Objectivation et anonymisation par fonctionnement hospitalier administratif</p> <p>"Les médecins" et "Les soignants non-médecins" Objectivation, manque d'empathie, d'écoute, Violences intersubjectives, humiliations, vexations</p>	<p>Gérer sa santé</p> <p>"Tabagisme", "Autres comportements liés santé" Importance du comportement 'à risque' dans l'économie pulsionnelle subjective. Investissement libidinal des produits et activités</p> <p>"L'arrêt, le sevrage (récit, motifs, etc.)" Conflits entre désirs et injonctions. Refusement. Echecs, culpabilité, autodénigrement</p> <p>"Discours extérieurs et réactions associées" Injonctions potentiellement culpabilisantes. Internalisées ou non par les personnes</p>
<p>L'avenir et la mort</p>	<p>"Les loisirs, L'entourage, les proches" Ruptures, Décès, Arrêts loisirs</p>
<p>"Être en relation dans la maladie" Dépendance, Impuissance, Désaide. Réactualisation des relations archaïques. Aide potentiellement aliénante</p>	
<p>La vie hors maladie</p>	
<p>"Parcours de vie" Arrêt d'emploi (licenciement, retraite)</p>	

Nous avons par ailleurs été amenée, au long de cette partie, à introduire un certain nombre de concepts se rapportant au développement somato-psychique de l'enfant, à partir même d'expériences les plus archaïques. Nous pensons par exemple aux premières transformations de la quantité des excitations en qualité, au développement de l'appartenance du corps propre, à la mise en place d'un corps libidinal et d'une organisation pulsionnelle (par étayage, subversion libidinale, évolution des destins pulsionnels), à l'établissement de caractéristiques identitaires et donc à la formation d'un sentiment d'identité (par établissement et renforcement du narcissisme, grâce aux diverses identifications), etc. Ces différents moments du développement nous intéressent particulièrement dans la mesure où ils sont liés par Freud et ses successeurs à des expériences précoces de la précarité. Le petit d'homme se développe lorsque, en butte aux limites de son appareil psychique, aux limites à sa capacité à être auto-suffisant, il est contraint de se modifier soi-même ou de modifier le monde. A l'origine du développement psychique se trouvent donc des angoisses de morcellement, de passivation, de désaide, d'excitations débordantes en provenance du corps ou de l'autre, de refusements de la satisfaction, qui exigent un traitement psychique.

Les diverses expériences auxquelles font face les malades ne consistent donc pas en une première expérience de la précarité. Bien au contraire, puisque c'est pour faire face à la précarité que se construit l'appareil psychique du petit d'homme. Les fragilisations somato-psychiques surviennent sur un terrain riche en expériences en ce qui concerne le rapport au corps et à son appartenance, le traitement de l'excitation somatique et de la pulsion, la dépendance, la passivation. Ces différents secteurs d'expérience qui sont mis à l'épreuve par la pathologie somatique révèlent des constructions spécifiques en fonction de l'histoire et de la maturation psychique subjective. Ce dernier point nous sera utile pour identifier les moyens psychiques que le sujet peut mobiliser lorsqu'il est exposé à la précarité, et notamment dans le cadre d'une proposition de dépistage. Nous y reviendrons.

Pour l'instant, l'analyse des entretiens nous enjoint à continuer à nous intéresser aux expériences plus récentes d'exposition de la précarité, par le biais de l'étude d'une autre catégorie d'analyse, ou, autrement dit, au dévoilement d'une autre « poupée russe » : le vieillissement. Si le vieillissement entretient avec la précarité un lien aussi étroit que la pathologie somatique, ces notions se sont présentées à nous, lors de l'analyse des entretiens et de la littérature, comme deux catégories distinctes. Bien que leur distinction ait perdu de sa pertinence au fil du travail d'analyse, les études parallèles de ces notions ont amené différents éclairages sur ce qui participe du sentiment de précarité. Cela nous a aidée à avancer dans la compréhension du fonctionnement psychique des participants se soumettant à un dépistage.

Chapitre 4.

Du vieillir au devenir vieux : des perturbations réelles et symboliques

1. Introduction

Les personnes qui participent à l'étude Detector, et à un certain nombre d'autres dépistages des cancers comme le dépistage du cancer du sein ou le dépistage du cancer colorectal, deviennent éligibles lorsqu'elles atteignent une certaine tranche d'âge – ici, entre 55 et 80 ans. Ce critère est défini sur la base d'études statistiques et correspond à la tranche d'âge populationnelle pour laquelle le test apportera le plus de bénéfices médicaux, c'est-à-dire détectera le plus de cancers. Il a donc été prouvé que l'incidence des cancers du poumon, du sein, et colorectal, est plus importante chez les personnes âgées que chez les plus jeunes. Le risque de développer un cancer lié au tabac est statistiquement parlant, lié à l'âge. En quoi l'avancée en âge pourrait-elle influencer sur la réception, par les participants de l'étude, de la proposition médicale de dépistage ? Nous consacrerons cette partie à l'étude des enjeux somato-psychiques du vieillissement.

Mr Sial : atteindre l'âge d'or

Mr Sial est la première personne à rejoindre l'étude psychologique et nous le rencontrons à trois reprises. Il a environ 80 ans et est diabétique depuis plus de 15 ans lors du premier entretien. Avant son diagnostic et en dehors de la médecine du travail, il a au cours de sa vie très peu consulté de médecins. Depuis son diagnostic, il fréquente très souvent l'hôpital pour la régulation de son diabète, le contrôle de ses possibles conséquences et d'autres comorbidités comme des rhumatismes, des ulcères, les artérites. Il est aujourd'hui atteint d'une insuffisance rénale. Il prend divers médicaments et participe à un protocole de recherche médicamenteuse dans le cadre de son diabète. Régulièrement hospitalisé, il est amené à rencontrer divers spécialistes :

« ...je connais beaucoup de monde : les cardiologues, Mme (nom), le Dr (nom), je connais beaucoup de monde, et je viens souvent. Tous les 6 mois je dois voir Mme (nom) et Mme (nom) m'envoie voir un tas de choses. Des scanners, des dopplers... »,
« Là je peux dire que je suis un bon client quoi. *(rires)*. »

Pour autant, Mr Sial parle très peu de ses troubles somatiques et, en dehors du récit de son sevrage tabagique, nous ne pouvons identifier lors de ces entretiens beaucoup des différentes perturbations somato-psychiques engendrées par la pathologie somatique telles que nous les avons décrites dans le chapitre précédent. Mr Sial fumait et buvait beaucoup lorsqu'il était plus

jeune. L'arrêt de la cigarette a relevé d'un processus long et difficile – il arrête de fumer entre le second et le troisième entretien – motivé par de nombreuses raisons : des alertes régulières quant aux effets du tabagisme sur la santé, ses symptômes personnels, l'envie de ne pas « empester » ses petits-enfants, la sensation d'« esclavage » à la cigarette. Une association entre la possibilité d'avoir un cancer et l'âge est perceptible dans les propos de Mr Sial :

« ...disons qu'on a échappé au cancer jusqu'à cet âge-là, et il vaut mieux ne pas aller le chatouiller. Bon voilà, c'est une raison. »

Par ailleurs, comme pour le whisky, l'avancée en âge a participé de son arrêt du tabagisme : il dit devenir plus sage, trouve la chose de plus en plus inutile et considère en avoir moins besoin depuis l'arrêt de son activité professionnelle, dans la mesure où il ressent moins de stress.

« Il y a un peu de tout, forcément, il y a un peu de tout. Bon, d'abord il y a l'âge on ne va pas... et puis, il n'y a plus de raison, on est à la retraite, il n'y a plus de stress et puis... je dirais qu'à un moment donné il faut quand même devenir un peu plus sage quoi, voilà. Même la cigarette par exemple, avant bon je fumais 2-3 paquets, maintenant pas du tout. Je fume deux petits cigares, hier c'était deux. Alors ça, c'est le premier et bien, des fois quand je sens que ça devient... Voilà, je prends une ou deux, je remets. »

La pathologie somatique, qu'elle soit présente ou future, est par Mr Sial mise en relation avec son âge. Ainsi par exemple, il dit tantôt que sa santé est « conforme à [son] âge », tantôt qu'elle est meilleure que celle des autres personnes de son âge, jusqu'à considérer, malgré son diabète, qu'il n'est pas malade. Il dit faire partie des chanceux qui ont pu arriver jusqu'à cet âge « sans aucun problème », bien qu'il constate certains symptômes :

« Euh...elle [sa santé] est...disons conforme à mon âge. Bon, je n'ai plus 20 ans. Ben, à cet âge-là, comme je vous disais, notre ami Général de Gaulle disait "la vieillesse est un naufrage". Bon, évidemment c'est comme un moteur qui vieillit. Il a des pièces à changer, il a des choses à soigner, vous voyez ? Mais ce n'est plus du neuf quoi, il va... »

Il décrit un changement de perspective sur la vie depuis qu'il a atteint ce qu'il nomme « l'âge d'or ». Un tournant important a été pour lui le passage à la retraite. Il considère qu'après avoir atteint l'âge de la retraite, la question de l'avenir ne se posait plus pour lui, qu'il n'y avait plus qu'une manière de vivre, au présent, sa retraite. Il s'agit alors de profiter des moments de vie, de s'adonner à des hobbies – la lecture, la construction d'une maison de vacances, la télévision.

« Vous savez quand on a l'âge de la retraite...La retraite veut dire qu'on est "out" quoi, que bon...on va avoir une autre vie, on ne peut pas penser à refaire sa vie. La vie continue d'une autre façon. On ne peut pas refaire sa vie. »

Mr Sial dit par ailleurs qu'« à son âge », il est normal de penser de plus en plus à la mort, le calcul du temps restant à vivre s'effectuant naturellement. Il profite du temps qu'il lui reste à vivre tout en sachant que tout le monde meurt et qu'il ne sert à rien de trop y penser. Il considère même comme un « péché d'expliquer l'évidence », et n'aborde jamais la question de la mort avec

son entourage. Cette perspective ne l'inquiète pas, ne l'effraie pas. La gravité de la mort est selon Mr Sial à peser en fonction de ce qui a été vécu et accompli par le passé :

« Bien sûr, à l'âge d'or vous avez l'impression, si vous voulez, que lorsque vous faites faire à vos enfants leurs études et qu'ils sont placés et qu'ils gagnent leur vie, bon. Et que vous vivez encore avec votre épouse ou votre époux et que...et que vous n'êtes pas malade. Euh...quelque chose, vous avez quelque chose de, disons, qui est lié à votre âge, des petites fatigues, des petits machins, bon ben c'est tout. », « ...ça va s'éteindre un jour. D'autant plus qu'on est informé de...qu'il y a une fin de vie. Mais quand elle arrive à 80 ans ma foi, on n'a pas raté grand-chose. On a fait le...le gros du chemin »

Ces différentes considérations influent sur sa motivation à participer au dépistage. Il n'a pas été surpris qu'on lui propose un dépistage du cancer du poumon, étant conscient d'être considéré par les médecins comme une personne à risque. Il fait confiance à son médecin, trouve qu'il est en effet sage d'être surveillé médicalement et utile de pouvoir détecter un éventuel cancer à temps. D'autre part, le protocole n'entraînerait pas pour lui de contraintes supplémentaires particulières dans la mesure où il se rend déjà régulièrement à l'hôpital. Etant surveillé de près par de nombreux professionnels dans le cadre de son diabète, il considère peu probable d'être atteint d'un cancer et donc s'inquiète peu des résultats. Par ailleurs, ses différentes réflexions sur l'âge influencent sa perception de l'implication de potentiels résultats positifs aux tests :

« On estime qu'on a gagné ! C'est tout. Il y a un cancer ? Bon ben écoutez, je vais avoir...j'ai 78 ans. Si j'ai un cancer, ça va m'amener à quoi ? 85 ans ? À 85 qu'est-ce que vous espérez de plus ? », « Bon ceci dit...c'est-à-dire la psychologie de quelqu'un de 77 ans n'est pas la même que celle de quelqu'un de 17 ou 27 ans, ou 37 ans. [...] ...je pense que si peur il y a, c'est beaucoup plus chez le jeune que...parce que quand on est jeune avoir un cancer c'est quand même assez triste. Mais quand on est vieux, par exemple à mon âge, on se dit : "Bon. Ce n'est pas..." je ne dirais pas que j'ai assez vécu, parce qu'on ne se lasse jamais de vivre, vous comprenez, mais on dit : "ben ce n'est pas grave quoi" [...] Ce n'est pas la même psychologie, vous comprenez ? Que celle d'un jeune. »

Ces propos de Mr Sial nous semblent être enracinés dans son expérience personnelle. En effet, 30 ans plus tôt, un cancer du sein a été diagnostiqué à son épouse, dans le cadre d'une campagne de dépistage national. Lors du premier entretien, c'est le premier sujet qu'il aborde concernant sa participation :

« Si on parlait d'un cancer du sein pour une jeune femme de 20, 40 ans ou 45 ans c'est beaucoup plus pénible, c'est beaucoup plus pénible que chez une femme de 70 ans ou de 65 ans. Parce que le sein fait partie de sa vie et que si elle a une ablation du sein ou quelque chose à 65 ans... elle a sa vie derrière elle en fait, et que... Vous voyez ma femme elle a eu un cancer du sein. »

Il revient alors sur le choc et la désolation qu'il a ressentis lorsque son épouse a été atteinte d'un cancer. Ne croyant au départ pas qu'une guérison serait possible, il a ressenti une peur intense, pour lui et également à l'idée que leurs enfants perdent leur mère.

« Parce que, il est bien évident qu'en cas de décès de votre moitié, disons, les choses vont changer beaucoup. Vous serez diminué de tout, affectivement, physiquement... »

Il revient également sur la complexité des sentiments l'ayant habité à l'époque lorsque sa femme a subi une mammectomie. S'il était pour lui évident que la santé devait « passer d'abord », et même s'il y eut guérison, il a été profondément marqué par la perte d'une « partie de la féminité » de son épouse. La crainte d'une récurrence les a habités pendant des années et notamment lors des contrôles réguliers, d'abord tous les ans puis tous les deux ans. Il dit aujourd'hui que tous les deux oublient, que les sentiments s'estompent au fur et à mesure que les années passent. Ils n'en parlent plus et il se surprend parfois à ne plus y penser.

Mr Sial aborde également la maladie de son père, décédé un an après un diagnostic d'un cancer du larynx. Alors élève au lycée, Mr Sial a beaucoup souffert du décès de son père, de la tristesse de sa mère et de voir ses responsabilités au sein du foyer considérablement augmenter du fait de sa position d'ainé d'une fratrie de 7 enfants. Il lui arrive également de se sentir attristé et désolé lorsqu'il apprend par les médias l'annonce de la mort par cancer d'un artiste qu'il affectionnait. Mr Sial dit donc être conscient que le cancer fait partie de la vie mais sans se sentir pour autant personnellement concerné. Lorsqu'il participe au protocole Detector, une motivation importante pour lui, au-delà des considérations personnelles, est de pouvoir contribuer à améliorer la situation des générations futures. Il aime l'idée de participer au progrès, et de pouvoir par-là sentir qu'il prend part au bien général. Il a lui-même, au cours de sa vie, et par l'expérience des membres de sa famille proche, été témoin des impasses et des avancées dans le domaine de la recherche scientifique sur le cancer. Si à l'époque la guérison du cancer était bien plus rare qu'aujourd'hui, il est heureux de pouvoir participer à une recherche qui pourrait un jour profiter à ses enfants et petits-enfants.

La question générationnelle est par ailleurs régulièrement évoquée par Mr Sial au cours des différents entretiens. Elle concerne la technologie – il n'utilise pas de smartphone ou d'ordinateur portable mais uniquement un téléphone à deux euros et un « terminal » à son domicile, qu'il utilise le minimum possible –, et la place occupée dans les générations – il décrit ses relations avec ses aînés lorsqu'il était jeune, puis ses relations avec les jeunes maintenant qu'il est âgé. Au travers de son récit, Mr Sial nous offre un aperçu rapide de son expérience d'un parcours ayant habité successivement les différentes places dans l'ordre générationnel. L'âge, le rapport entre les générations et la place occupée dans cet ordre générationnel sont des éléments clé du sens que Mr Sial donne à son existence et à sa participation à l'étude Detector.

Les entretiens avec Mr Sial n'offrent que peu d'éléments nous permettant une analyse approfondie de son histoire, mais ils illustrent la manière dont l'expérience du vieillissement – et l'articulation de ses coordonnées multiples – peut participer d'une évolution du rapport à soi, à son corps, sur le sentiment de précarité et sur la motivation à participer à un dépistage du cancer. Les participants de notre étude, à l'instar de Mr Sial, établissent une articulation entre leur sentiment de fragilité et l'âge, dont nous nous attacherons ici à définir les coordonnées.

Le vieillissement a émergé comme catégorie d'analyse, d'une part du fait des nombreuses références à l'âge faites par les personnes en entretien, et d'autre part car il s'agit d'un champ conceptuel à part entière. Il nous a paru pertinent d'organiser cette première partie en séparant l'expérience de la pathologie somatique et celle du vieillissement, d'une part parce que des représentations différentes sont attachées à ces deux secteurs de vie, d'autre part car ces deux thèmes sont souvent séparés dans la littérature et mènent à des théorisations différentes en ce qui concerne l'impact psychique pour les personnes concernées.

Le vieillissement est présenté comme un phénomène complexe et multifactoriel, pour l'étude duquel plusieurs approches seraient possibles. « La problématique du vieillissement se situe à différents niveaux qui ne sont pas tous biologiques : physiologique, morphologique, cellulaire et moléculaire, mais aussi social et psychologique. La séparation arbitraire de ces différents niveaux n'est pas toujours facile, en particulier chez l'homme »⁴¹⁵. Nous avons choisi de présenter séparément la pathologie somatique et le vieillissement, mais nous nous décalerons en réalité de leur séparation classique pour nous intéresser plutôt à différentes modalités d'exposition de la précarité, en ce qui concerne les opérateurs du fonctionnement psychique.

Le point 2. de ce chapitre, intitulé « Corps, maladie et vieillissement » a pour but de commencer à déconstruire certaines représentations sur le vieillissement. Nous commencerons à remettre en question la séparation usuelle effectuée entre pathologie somatique et vieillissement en ce qui concerne les affections corporelles réelles, par le biais d'une discussion sur le normal et le pathologique. Cette section est surtout théorique, nous apporterons peu d'éléments cliniques.

Après avoir abrasé la différence entre vieillissement et pathologie somatique en ce qui concerne les affections réelles, nous introduirons un autre type de perturbation du sentiment de solidité, de fiabilité et de pérennité du corps : les perturbations de l'ordre imaginaire et symbolique. Nous y verrons alors que le sujet peut être confronté à sa précarité par le biais de l'interaction avec l'autre et sans ressentir aucun changement corporel.

2. Corps, maladie et vieillissement

La pathologie somatique et le vieillissement sont appréhendés comme deux secteurs de vie différents et requérant des approches différentes dans de nombreux domaines : biologie et médecine, philosophie, sociologie, psychologie, etc. Il nous semble néanmoins que ces séparations sont largement tributaires des définitions du normal et du pathologique adoptées. Or, ces constructions savantes établies pour analyser l'expérience des personnes peuvent avoir des effets sur les subjectivités. Il nous paraît dès lors intéressant d'interroger ces différentes constructions, afin d'éviter l'écueil de la stéréotypie dans l'analyse de l'expérience des personnes.

⁴¹⁵ Christophe de Jaeger et P. Cherin, « Les théories du vieillissement », *Médecine & Longévité*, 2011, vol. 3, n° 4, p. 156.

2.1. Une vision scientifique du normal et du pathologique

Pathologie somatique et vieillissement sont considérés séparément dans de nombreux domaines, peut-être en premier lieu dans celui de la biologie et de la médecine. Selon de Jaeger, plus de 350 théories du vieillissement peuvent être recensées, dont aucune ne donne d'explication exhaustive sur l'origine et les caractéristiques du phénomène somatique de la sénescence. Ces théories offrent différents points de vue sur un même phénomène, et tentent de l'expliquer à différents niveaux : cellulaire, tissulaire, organique, moléculaire... Il est admis aujourd'hui que le vieillissement est lié à des facteurs tant génétiques qu'environnementaux.

Au niveau biologique, plusieurs phases de vie sont identifiées : « Le vieillissement fait partie d'une évolution continue dans le cours du développement humain, suivant rigoureusement l'embryogénèse, la puberté, la maturation. Tout au long de ce processus, les organes se développent en effet d'après un horaire précis. [...] Le vieillissement concerne trois processus du vivant. Tout d'abord, il comprend la création d'un programme de vie lors de la fertilisation qui se poursuit par la phase de développement. Puis la phase de maturité qui permet à l'organisme de se reproduire. Et enfin la phase de sénescence qui s'achève par la mort de l'organisme »⁴¹⁶.

Voici quelques exemples de sénescence des différents appareils physiologiques, fournis par de Jaeger. Avec l'âge, l'appareil locomoteur se voit progressivement atteint a) par une modification des os par déséquilibre de l'absorption de calcium ainsi que b) par un remplacement de la masse musculaire par du tissu graisseux. Le poids total des muscles diminue en moyenne à partir de 30 ans, jusqu'à être réduit de moitié vers 70 ans, du fait de facteurs génétiques et environnementaux. Également à partir de 30 ans, se modifient les possibilités de régulation thermique et de fonctionnement métabolique de base. Le vieillissement atteint les organes des sens : une réduction de l'accommodation visuelle commence dès la naissance, les conséquences fonctionnelles (presbytie symptomatique) n'apparaissant généralement que vers 50 ans. L'index cardiaque diminue progressivement, et par divers mécanismes, à partir de l'âge de 30 ans. La sénescence concerne également le système nerveux, l'appareil respiratoire, le système immunitaire, la fonction endocrine, l'appareil digestif, la fonction rénale...

L'interconnexion des facteurs génétiques et environnementaux explique la grande hétérogénéité des formes du vieillissement entre les personnes, comme l'explique clairement Jeandel. « L'âge d'apparition des premières conséquences de tel ou tel facteur environnemental est tributaire de la force avec laquelle ce dernier s'applique, c'est-à-dire de sa dimension quantitative. Mais le facteur « temps » est essentiel pour comprendre la variabilité d'apparition de telles conséquences. Ainsi, les effets d'un surpoids sur l'articulation du genou (premiers stigmates d'arthrose du genou) vont dépendre de l'intensité de la pression qui s'exerce sur cette articulation (le poids de la pression) mais également de la durée au cours de laquelle s'exerce cette pression (le temps de la pression ou la pression du temps...). [...] A degré identique au surpoids, l'âge de

⁴¹⁶ *Ibid.*, p. 157.

survenue des premières manifestations d'arthrose sera anticipé chez l'individu issu d'une famille à risque de telle affection. »⁴¹⁷.

Nous pouvons déjà relever l'évidente absence de corrélation entre l'âge et la sévérité des troubles somatiques chez les personnes de notre cohorte. Il nous suffit pour cela de comparer la patiente la plus jeune de la cohorte, Mme Mooc (56 ans à l'inclusion) et l'un des plus âgés, Mr Deht (80 ans à l'inclusion). Mr Deht souffre d'artérites depuis ses 67 ans. Les symptômes ont commencé par une claudication intermittente, quelques douleurs dans les jambes et dans les hanches lorsqu'il marche plus de 400-500 mètres. Après une opération chirurgicale, il ne ressent plus aucun symptôme pendant 2 ans, puis les douleurs reprennent. Il va néanmoins tous les jours avec des amis jouer au golf, en alternant des trajets à pied et des trajets en voiturette lorsque les douleurs sont trop importantes. Mme Mooc, plus de 20 ans plus jeune que Mr Deht, souffre, elle aussi depuis quelques années, de problèmes d'artérites, qui ont déjà des conséquences beaucoup plus importantes pour sa santé. Amputée d'abord de deux orteils puis de son pied en entier, elle a dû arrêter son activité professionnelle. Elle doit également à regret limiter les sorties avec ses amis, bien qu'ils continuent fréquemment de venir la voir chez elle. Tous les deux également fumeurs, Mr Deht et Mme Mooc illustrent la grande hétérogénéité des effets du temps, croisés aux facteurs génétiques et environnementaux, sur les différentes personnes.

La distinction entre maladie et vieillissement n'est pas toujours aisée. « Le vieillissement va être un important facteur favorisant l'émergence des maladies chroniques (maladies dégénératives cérébrales, maladies cardiovasculaires...) »⁴¹⁸. Mais toute personne âgée ne sera pas atteinte de maladie. Dans ce sens, les travaux de Rowe et Kahn⁴¹⁹ sont souvent cités pour définir trois types de vieillissement : un vieillissement « pathologique » avec morbidités (démence, dépression, troubles de la locomotion, troubles sensoriels, affections cardiovasculaires...) ; un vieillissement usuel, c'est-à-dire sans pathologie identifiée mais plutôt des atteintes définies comme physiologiques de certaines fonctions et organes ; un vieillissement réussi correspondant à un maintien supérieur des capacités fonctionnelles ou leur atteinte modérée. Dans ce schéma, la difficulté demeure cependant dans la mesure où si la pathologie n'est pas définie comme faisant part du vieillissement physiologique (« La notion de physiologie exclut les modifications induites par des maladies »⁴²⁰), l'évolution physiologique de la personne âgée implique une multiplication des pathologies liées à l'âge, par diminution des capacités d'adaptation. Ainsi pathologies liées à l'âge et atteintes physiologiques concernent souvent les mêmes organes et fonctions. « La détérioration des systèmes physiologiques commence chez l'adulte jeune, dès 18-20 ans. Il correspond à une difficulté de « réparer » de façon adéquate les dégâts secondaires à des agressions. Ainsi au fur et à mesure, s'accumule le résultat des agressions, ce qui entraîne une diminution des possibilités d'adaptation à des changements progressifs survenant de façon intrinsèque et/ou extrinsèque menant à une somme d'altérations qui rendent l'individu de plus

⁴¹⁷ Claude Jeandel, « Les différents parcours du vieillissement », *Les Tribunes de la santé*, 2005, vol. 2, n° 7, p. 27.

⁴¹⁸ Christophe de Jaeger, « Les théories du vieillissement », *Médecine & Longévité*, 2011, vol. 3, n° 4, p. 153.

⁴¹⁹ J.W. Rowe et R.L. Kahn, « Successful Aging », art cit.

⁴²⁰ C. de Jaeger et P. Cherin, « Les théories du vieillissement », art cit, p. 156.

en plus vulnérable à des agressions extérieures ou à des maladies, puis à la mort »⁴²¹. Ainsi par exemple, l'apparition d'une maladie génétique chez l'homme âgé n'est souvent pas considérée comme relevant du vieillissement physiologique, alors même que le vieillissement physiologique comprend une altération cellulaire qui débouche sur une sensibilité accrue et une modification progressive de l'expression du patrimoine génétique. Selon de Jaeger, de nombreux auteurs en viennent à considérer comme indissociables pathologies et évolution des systèmes physiologiques, et à considérer le vieillissement sans pathologie comme relativement atypique.

Même si pour certains « le vieillissement a pour caractéristique d'être progressif, universel et classiquement inéluctable et irréversible »⁴²², les formes qu'il prend sont grandement hétérogènes et la distinction entre vieillissement et pathologie, ou la distinction entre vieillissement normal et vieillissement pathologique, dépend des définitions retenues de la santé et de la maladie et du mode de distinction entre normal et pathologique adopté.

2.2. Une vision philosophique du normal et du pathologique

Bien qu'il ne s'agisse ici d'apporter des réponses à la complexe question de la distinction du normal et du pathologique dans le cadre du vieillissement, exposer la distinction qu'effectue Canguilhem⁴²³ entre une appréhension quantitative ou qualitative de la différence entre normal et pathologique nous aidera à analyser l'expérience du vieillissement chez les participants de cette étude. L'articulation de ces deux conceptions, plutôt que leur opposition, et leur interprétation à la lumière de la théorie de la subversion libidinale nous paraissent particulièrement fécondes pour éclairer l'expérience corporelle des personnes vieillissantes.

Le point de départ de Canguilhem est la remise en cause d'une thèse, dominant au XIXe siècle, attribuant la pathologie à une variation quantitative des valeurs physiologiques (en hypo ou hyper). Auguste Comte et Claude Bernard ont en commun d'avoir une approche scientifique de la pathologie. Le phénomène pathologique ne consisterait pas en une nouveauté par rapport à l'état normal, mais plutôt en une variation inférieure ou supérieure par rapport au juste milieu que constitue la valeur physiologique. L'apparition de la maladie se définirait dans ce cadre par rapport à un seuil, par exemple la glycémie dans le cas du diabète. La thérapeutique consiste alors en la tentative de rétablir des valeurs normales chez le sujet en ayant dévié : normal et pathologique consistent ici en une seule et même chose, dans un cas sous une forme normale, dans l'autre sous une forme exagérée.

Canguilhem préfère à cette thèse une approche qualitative de la pathologie, c'est-à-dire une différenciation du normal et pathologique ne s'exprimant pas en « hypo » ou « hyper », mais plutôt en « a- » ou « dys- », c'est-à-dire en une discontinuité entre deux états. Il est selon lui nécessaire de s'intéresser à l'organisme vivant en un tout, et il considère qu'il est « médicalement

⁴²¹ *Ibid.*, p. 157.

⁴²² *Ibid.*, p. 156.

⁴²³ Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, 12e édition., Paris, PUF, 2013.

incorrect de parler d'organes malades, de tissus malades, de cellules malades »⁴²⁴. Les thèses de Comte et de Bernard ne pourraient s'appliquer qu'à l'organe pris isolément, mais non à la maladie qui est avant tout l'expression d'un mal qui s'impose à la personne en faisant l'expérience.

Le diabète peut ainsi être appréhendé de deux manières : soit comme une variation qualitative – l'urine du malade diabétique non traité est qualitativement différente de celle de la personne non diabétique du fait de la présence de sucre (glycosurie) –, soit comme variation quantitative – le taux de sucre dans le sang est plus élevé chez le diabétique que chez le sujet non diabétique, le seuil glycémique est dépassé. « Si l'on tient la glycosurie pour le symptôme majeur du diabète, la présence de sucre dans l'urine diabétique la rend qualitativement différente d'une urine normale. L'état pathologique identifié avec son principal symptôme est, relativement à l'état physiologique, une qualité nouvelle »⁴²⁵. Or, de grandes variations, entre les hommes, existent dans les rapports entre le symptôme – la glycosurie, – et les seuils physiologiques – la glycémie. Dans certains cas la glycosurie est atteinte sans hyperglycémie, et à l'inverse dans d'autres la glycosurie est pratiquement nulle malgré une forte hyperglycémie.

Canguilhem montre par-là qu'il serait réducteur de définir la maladie « diabète » uniquement par le lien cause/effet impliqué par une approche quantitative de la maladie. Les mécanismes métaboliques à l'origine du diabète dépendent de plusieurs facteurs – les glandes vasculaires sanguines, le foie, le système nerveux, les vitamines, les minéraux, etc. –, et correspondent à une altération du tout organique, et pas uniquement une altération des sécrétions d'insuline, mécanisme privilégié par considérations thérapeutiques. « En fin de compte, ne conviendrait-il pas de dire que le fait pathologique n'est saisissable comme tel, c'est-à-dire comme altération de l'état normal, qu'au niveau de la totalité organique et s'agissant de l'homme, au niveau de la totalité individuelle consciente, où la maladie devient une espèce de mal ? Être malade c'est vraiment pour l'homme vivre d'une autre vie, même au sens biologique du mot »⁴²⁶.

La maladie correspond pour Canguilhem à un comportement organique qualitativement différent – ce qui ne l'empêche pas d'être en continuité avec les comportements précédents – de l'organisme. Ainsi dans le diabète, « la maladie n'est pas du rein, par la glycosurie, ni du pancréas par l'hypoinsulinémie, ni de l'hypophyse ; la maladie est de l'organisme dont toutes les fonctions sont changées, que la tuberculose menace, dont les infections suppurées n'en finissent plus, dont l'artérite et la gangrène rendent les membres inutilisables, et plus encore la maladie est de l'homme ou de la femme, menacés de coma, souvent frappés d'impuissance ou de stérilité »⁴²⁷. Il inverse par là le rapport entre physiologie et état pathologique : la physiologie n'est non plus ce qui permet d'expliquer l'état pathologique, mais c'est bien l'état pathologique qui peut participer de la compréhension d'un fonctionnement physiologique. Le médecin n'existe que parce que des patients se sont plaints de souffrir. La pathologie n'est pas le résultat d'une

⁴²⁴ *Ibid.*, p. 150.

⁴²⁵ *Ibid.*, p. 42.

⁴²⁶ *Ibid.*, p. 49.

⁴²⁷ *Ibid.*

altération des constantes physiologiques, c'est bien plutôt la physiologie qui est née comme tentative de cadrage et d'explication des faits cliniques que représentent les pathologies. Si on parle de cellule malade, « on oublie qu'on est, historiquement, logiquement et histologiquement, parvenu jusqu'à la cellule à reculons, à partir de l'organisme total, et la pensée, sinon le regard, toujours tournée vers lui. On a cherché dans le tissu ou la cellule la solution d'un problème posé, au malade d'abord et au clinicien ensuite, par l'organisme entier »⁴²⁸.

2.3. Une vision du normal et du pathologique à l'épreuve du vieillissement

Bien qu'il s'accompagne d'affections somatiques, il existe une certaine réticence à définir le vieillissement comme pathologique ou anormal dans la mesure où il concerne un phénomène universel et inévitable. La maladie est alors considérée par la médecine comme pathologique, le vieillissement comme normal, ce qui donne lieu au développement d'une « physiologie du vieillissement », la physiologie se présentant comme l'étude du normal.

Le changement de paradigme effectué par Canguilhem contient une revisite de la notion de norme dans son rapport à la pathologie. Il rétablit la distinction entre l'*anomal* et l'*anormal*. Etymologiquement, l'anomal désigne l'inégalité, l'aspérité, l'irrégularité, en opposition à ce qui est uni, égal, lisse. L'anormal se réfère étymologiquement à ce qui s'oppose à la règle, à la loi. De sens voisins, la différence n'est pas négligeable dans la mesure où l'anomal se rapporte à un fait descriptif alors que l'anormal implique « une référence à une valeur, c'est un terme appréciatif, normatif ». « Mais, ajoute Canguilhem, l'échange de bons procédés grammaticaux a entraîné une collusion des sens respectifs d'anomalie et d'anormal. Anormal est devenu un concept descriptif et anomalie est devenu un concept normatif »⁴²⁹. La détermination de seuils effectuée en physiologie relève de construction de moyennes expérimentales, et correspond à la définition de normes entendues comme « ce qui se rencontre dans la majorité des cas d'une espèce déterminée ou ce qui constitue soit la moyenne soit le module d'un caractère mesurable »⁴³⁰. La norme se confond alors avec la moyenne dans la mesure où elle correspond à ce qui se rencontre dans la majorité des cas. La norme telle que l'apprehende la physiologie est donc une valeur descriptive, plutôt que normative, elle ne correspond en réalité non pas à ce qui n'est pas anormal mais à ce qui n'est pas anomal, c'est-à-dire ce qui est statistiquement fréquent. En médecine, « l'état normal désigne à la fois l'état habituel des organes et leur état idéal, puisque le rétablissement de cet état habituel est l'objet ordinaire de la thérapeutique »⁴³¹ : il s'agit à la fois d'une valeur descriptive et normative. En anatomie, le terme d'anomalie conserve son sens strict qui correspond à ce qui relève de l'irrégularité, de ce qui est peu commun, insolite, ce qui s'éloigne de la grande majorité des êtres auxquels le sujet est comparé. Or il existe une grande variété d'anomalies n'impliquant pas la moindre gêne pour l'individu – ainsi par exemple, une personne pouvant fonctionner

⁴²⁸ *Ibid.*, p. 151.

⁴²⁹ *Ibid.*, p. 81.

⁴³⁰ *Ibid.*, p. 76.

⁴³¹ *Ibid.*, p. 77.

normalement avec un rythme cardiaque étonnamment bas, ou encore l'inversion des viscères, anomalie anatomique complexe mais sans conséquences fonctionnelles.

Ce qui fait de l'anomalie un objet de la médecine, est bien l'importance des conséquences de l'anomalie sur la vie de la personne, notion éminemment subjective. « Cela revient à dire que l'anomalie est ignorée dans la mesure où elle est sans expression dans l'ordre des valeurs vitales. Ainsi, de l'aveu même d'un savant, l'anomalie n'est connue de la science que si elle a d'abord été sentie dans la conscience, sous forme d'obstacle à l'exercice des fonctions, sous forme de gêne ou de nocivité. Mais le sentiment d'obstacle, de gêne ou de nocivité est un sentiment qu'il faut bien dire normatif, puisqu'il comporte la référence même inconsciente d'une fonction et d'une impulsion à la plénitude de leur exercice. »⁴³². C'est donc un jugement de valeur, et non un écart statistique, qui définit, selon l'approche de Canguilhem, le pathologique. Le pathologique est alors à opposer au normal non en son sens de variété, diversité, mais en son sens de pathos, c'est-à-dire relatif à la souffrance. « Diversité n'est pas maladie. L'anormal ce n'est pas le pathologique. Pathologique implique pathos, sentiment direct et concret de souffrance et d'impuissance, sentiment de vie contrariée. Mais le pathologique c'est bien l'anormal [...] Donc en prenant le mot normal à son sens authentique nous devons poser l'équation entre les concepts de maladie, de pathologique, et d'anormal »⁴³³.

Canguilhem n'aborde la question du vieillissement qu'une fois dans son essai sur le Normal et le Pathologique, en note de bas de page, et nous nous éloignons ici de ses conclusions – nous en parlerons plus loin. Disons pour l'instant que le vieillissement, parce qu'il est universel, est bien l'opposé d'une anomalie. Le vieillissement n'est donc pas anormal, et c'est sans doute de ce fait et par l'inversion langagière commune de l'anomalie et de l'anormalité que s'explique la réticence première à considérer le vieillissement comme anormal. Se rouvre alors – dès lors que le pathologique n'est plus opposé à l'universel – la possibilité que le vieillissement soit anormal, c'est-à-dire pathologique – au sens d'instaurateur de valeurs négatives. Alors que Canguilhem s'intéresse au moment où l'anomalie – qui peut ou non être pathologique – se transforme en maladie, nous nous intéressons ici à la potentialité qu'un phénomène aussi universel que le vieillissement puisse, même dans son expression « physiologique », être pathologique.

2.4. Normativité vitale et normativité individuelle

L'état normal ne peut donc pas, selon Canguilhem, être défini objectivement comme un fait, ni la physiologie comme l'étude du normal. Si donc la pathologie équivaut à l'anormal, non comme anomalie statistique mais comme référence à une valeur, à un jugement normatif, conscient ou inconscient, il convient d'interroger ce qui constitue, pour l'homme, une valeur positive ou négative.

⁴³² *Ibid.*, p. 84.

⁴³³ *Ibid.*, p. 85-86.

Selon Canguilhem, les modifications organiques que connaît l'homme correspondent à différentes allures de vie. Ces différentes allures de vie peuvent s'enchaîner parfois dans l'indifférence, mais à l'inverse, certaines formes de vie peuvent apparaître comme inférieures ou supérieures à d'autres : « c'est la vie elle-même et non le jugement médical qui fait du normal biologique un concept de valeur et non un concept de réalité statistique. La vie, pour le médecin, ce n'est pas un objet, c'est une activité polarisée dont la médecine prolonge, en lui apportant la lumière relative mais indispensable de la science humaine, l'effort spontané de défense et de lutte contre tout ce qui est de valeur négative »⁴³⁴. La fréquence statistique ou la constance de certains traits relève de la fidélité à certaines normes de vie. L'étude des différences entre les groupes humains habitant dans différents milieux est ainsi particulièrement instructive, les caractéristiques physiques et mutations génétiques perdurant lorsqu'une forme nouvelle surpasse, du point de vue de la vie, les formes passées. Par ailleurs, « la fréquence statistique ne traduit pas seulement une normativité vitale mais une normativité sociale »⁴³⁵. Ainsi par exemple, l'étude de la longévité – qui évolue de 39 ans en 1965 à 75 ans en 2000 – relève de l'importance accordée par l'homme à la question de la longévité. L'évolution de la moyenne découle d'un jugement de valeur sur la longévité, suivi par des efforts collectifs pour transformer ce jugement en action par le développement de la technique et des mesures d'hygiène. « Un trait humain ne serait pas normal parce que fréquent, mais fréquent parce que normal, c'est-à-dire normatif dans un genre de vie donné [...] La durée de vie moyenne n'est pas la durée biologiquement normale, mais elle est en un sens la durée de vie socialement normative »⁴³⁶.

Canguilhem aborde deux approches de l'attribution d'une valeur à une norme, approches qui alternent dans son texte sans être par lui clairement distinguées. Il nous semble pourtant que ces deux approches ne se recouvrent pas et que leur distinction peut nous en apprendre sur l'expérience subjective du vieillissement. Ces deux points de vue sont celui de la santé absolue par rapport à celui de la santé de l'homme en situation ; ou encore celui de la vie par rapport à celui de l'individu : « être sain c'est *non seulement* être normal dans une situation donnée, *mais* être *aussi* normatif, dans cette situation et dans d'autres situations éventuelles »⁴³⁷.

Selon Canguilhem, la santé absolue relève de la capacité à être normatif, c'est-à-dire à pouvoir instituer de nouvelles normes, de disposer d'une grande marge de tolérance et d'adaptation aux agressions du milieu. Selon ce point de vue, la santé est donc la capacité à surmonter des crises organiques, au contraire de la maladie qui implique une réduction des capacités d'adaptation. « Mais la limitation forcée d'un être humain à une condition unique et invariable est jugée

⁴³⁴ Il y a, dans la médecine thérapeutique, une recouvrance de la vision de l'anomal et de l'anormal, dans la mesure où ce qui est recherché, est à la fois ce qui est fréquent et ce qui est idéal, étant jugé idéal ce qui est statistiquement fréquent : « Il est exact qu'en médecine l'état normal du corps humain est l'état qu'on souhaite de rétablir. Mais est-ce parce qu'il est visé comme fin bonne à obtenir par la thérapeutique qu'on doit le dire normal, ou bien est-ce parce qu'il est tenu normal par l'intéressé, c'est-à-dire le malade, que la thérapeutique le vise ? Nous professons que c'est la seconde relation qui est vraie » (G. Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, *op. cit.*, p.77)

⁴³⁵ G. Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, *op. cit.*, p. 102.

⁴³⁶ *Ibid.*, p. 102-103.

⁴³⁷ *Ibid.*, p. 130. Souligné par nous.

péjorativement, par référence à l'idéal normal humain qui est l'adaptation possible et voulue à toutes les conditions imaginables [...] L'homme normal c'est l'homme normatif, l'être capable d'instituer de nouvelles normes, même organiques. Une norme unique de vie est ressentie privativement et non positivement »⁴³⁸. Il s'agit là de la thèse principale de Canguilhem, mais une autre conception de ce qui constitue la valeur est alternativement présentée.

« Si l'on reconnaît que la maladie reste une sorte de norme biologique, cela entraîne que l'état pathologique ne peut être dit normal absolument, mais anormal dans la relation à une situation déterminée »⁴³⁹. Il donne l'exemple de l'astigmatisme ou la myopie qui ne seraient pas considérés comme pathologiques dans une société agricole et pastorale, mais le seraient pour un aviateur. Un même homme peut alors se trouver, dans un même milieu, parfois normal et anormal, en fonction de la situation dans laquelle il se trouve. « Ce qui est normal, pour être normatif dans des conditions données, peut devenir pathologique dans une autre situation, s'il se maintient identique à soi. De cette transformation, c'est l'individu qui est juge parce que c'est lui qui en pâtit, au moment même où il se sent inférieur aux tâches que la situation nouvelle lui propose »⁴⁴⁰.

Replacé dans le contexte de la théorie de la subversion libidinale, il est aisément perceptible que norme de vie individuelle et norme de vie absolue ne se recouvrent pas systématiquement, et cet écart est d'importance dans l'étude du vécu du vieillissement.

2.5. Vieillesse, normes vitales et individuelles

Prenons l'exemple de la ménopause, moment paradigmatique du vieillissement chez la femme. La ménopause désigne « le moment où les règles s'arrêtent » du fait de « l'épuisement de la réserve ovarienne rendant impossible l'émergence puis l'ovulation d'un follicule ovulatoire et sa transformation en corps jaune cyclique »⁴⁴¹. La diminution de la réserve ovarienne – réserve constituée lors de la formation du système génital et non renouvelable – commence dès la vie fœtale et s'accélère à partir de 38 ans. Une ménopause est considérée physiologique (plus ou moins précoce ou tardive) lorsqu'elle survient entre 45 et 55 ans, et pathologique, du point de vue de la médecine scientifique – c'est-à-dire du point de vue d'une norme établie par rapport à une fréquence statistique – lorsque l'arrêt de la fonction ovarienne survient avant 40 ans. La capacité reproductive diminue donc progressivement avec l'âge, et devient impossible à la ménopause. La ménopause consiste bien en une diminution des possibilités d'adaptation au milieu, une diminution de « l'adaptation possible et voulue à toutes les conditions imaginables » dans la mesure où disparaît, pour la femme, la possibilité d'être fertile, enceinte, et de donner naissance à un enfant. Du point de vue de la vie, la ménopause peut donc être considérée comme un moment pathologique, entendu comme un moment où la vie est en souffrance, car l'évolution du corps de l'individu perd sa capacité à produire de la vie. « Ce qui vit, nous dit Guillaume Le

⁴³⁸ *Ibid.*, p. 87.

⁴³⁹ *Ibid.*, p. 130.

⁴⁴⁰ *Ibid.*, p. 119.

⁴⁴¹ Alain Gougeon, « La ménopause physiologique et pathologique » dans *La reproduction animale et humaine*, Versailles, Editions QUAE GIE, 2014, p. 251-273.

Blanc, s’use nécessairement en se transformant, est déjà assez vieux pour vieillir, et ce qui vieillit obéit à ce cycle fini de transformation : les cellules se renouvellent jusqu’à un certain point. La finitude acquiert alors une densité biologique. Elle désigne la limite au-delà de laquelle la vie ne peut se renouveler sans se remettre en cause elle-même comme vie. Ainsi pensée, la vie vieillit normalement jusqu’à la limite au-delà de laquelle le vieillissement ne peut plus contribuer au renouvellement de la vie »⁴⁴². La ménopause, à moins de se placer du point de vue de l’espèce, dont la mort des individus participe de la préservation, est un moment de souffrance pour la vie.

Ce qui est vrai pour la ménopause, considérée comme vieillissement d’un système physiologique isolé, est vrai pour le vieillissement de l’organisme dans son ensemble, le vieillissement impliquant, nous le rappelons, « une diminution des possibilités d’adaptation à des changements progressifs survenant de façon intrinsèque et/ou extrinsèque menant à une somme d’altérations qui rendent l’individu de plus en plus vulnérable à des agressions extérieures ou à des maladies, puis à la mort »^{443, 444}.

Etonnamment, Canguilhem, dans une note de bas de page de son essai, réfute l’association du vieillissement à la pathologie : « On voudra peut-être objecter que nous avons tendance à confondre la santé et la jeunesse. Nous n’oublions pas cependant que la vieillesse est un stade normal de la vie. Mais à âge égal, un vieillard sera sain qui manifestera une capacité d’adaptation ou de réparation des dégâts organiques que tel autre ne manifestera pas, par exemple une bonne et une solide soudure d’un col du fémur fracturé. Le beau vieillard n’est pas seulement une fiction de poète »⁴⁴⁵. Or, la définition du normal et du pathologique de Canguilhem, instituant la capacité normative – soit la préservation par de nouvelles formes de la capacité à résister aux perturbations

⁴⁴² Guillaume Le Blanc, « En quoi une philosophie de la vie ne peut-elle être qu’une philosophie de la vieillesse ? » dans *Anthropologies du corps vieux*, Paris, PUF, 2008, p. 94.

⁴⁴³ C. de Jaeger et P. Cherin, « Les théories du vieillissement », art cit, p. 157.

⁴⁴⁴ Le vieillissement est à ce titre un phénomène paradoxal. Il est à la fois un mouvement normatif par excellence, dans la mesure où il est le processus par lequel la vie peut inventer de nouvelles formes pour ne pas mourir, et à la fois le processus par lequel diminue la capacité normative. Comme le dit Villa « La mort n’est pas la conséquence du vieillissement, mais l’interruption de ce processus [...] La mort ne survient que lorsque nous ne sommes plus capables de vieillir pour continuer à vivre. Vieillir est, dès lors, ce pouvoir qu’a acquis le vivant dans le cours de l’évolution de ne pas mourir trop rapidement, c’est une invention singulière de vie » (F. Villa, *La puissance du vieillir*, Paris, PUF, 2010, p.2). Mais les différentes allures de vie adoptées par le vieillissement impliquent une réduction de cette capacité à être normatif, c’est-à-dire de la capacité de vieillir. Canguilhem aborde la pathologie sous l’angle des crises constituantes de la maladie et qui peuvent impliquer qu’un état normatif supérieur succède à un état normatif inférieur. Ce qui est possible à une échelle temporelle courte (il est possible d’être affligé temporairement d’une affection qui implique une baisse de capacité à être normatif, capacité rétablie par la suite naturellement ou à l’aide de la médecine), n’est cependant pas applicable au vieillissement qui implique une réduction progressive globale de la capacité d’adaptation.

⁴⁴⁵ Canguilhem, Il nous semble que Canguilhem fasse se recouvrir ici deux points de vue. Lorsqu’il distingue l’anormal de l’anormal, il précise : « Une autre raison de ne pas confondre anomalie et maladie, c’est que l’attention humaine n’est pas sensibilisée à l’une et à l’autre par des écarts de la même espèce. L’anomalie éclate dans la multitude spatiale, la maladie éclate dans la succession chronologique. [...] On est donc malade non seulement par référence aux autres, mais par rapport à soi. [...] Le porteur d’une anomalie ne peut donc être comparé à lui-même » (p.87). Si le beau vieillard est comparé ici avec les autres vieillards – selon une perspective qui semble plus statistique que liée à un jugement de valeur du vieillard –, cela nous semble à contre-courant du reste de son essai dans lequel il se dégage de la normalité établie statistiquement pour se concentrer sur la normalité/anormalité pour l’homme par rapport à lui-même, chronologiquement et/ou au sein de son milieu.

– comme boussole du normal et du pathologique, implique bien que le vieillissement soit pathologique. Chaque jour où l'homme vieillit, chaque allure de vie que son organisme adopte en vieillissant, implique une diminution de sa capacité globale adaptative.

Dans les nouvelles réflexions, c'est en revanche sur le second point de vue, celui de l'individu dans une situation donnée, que Canguilhem met le plus l'accent lorsqu'il aborde la question des normes du vieillissement : « chacun de nous fixe ses normes en choisissant ses modèles d'exercice. La norme du coureur de fond n'est pas celle du sprinter. Chacun de nous change ses normes, en fonction de son âge et de ses normes antérieures. La norme de l'ancien sprinter n'est plus sa norme de champion. Il est normal, c'est-à-dire conforme à la loi biologique du vieillissement, que la réduction progressive des marges de sécurité entraîne l'abaissement des seuils de résistance aux agressions du milieu. Les normes d'un vieillard auraient été tenues pour des déficiences chez le même homme adulte. Cette reconnaissance de la relativité individuelle et chronologique des normes n'est pas scepticisme devant la multiplicité mais tolérance de la variété »⁴⁴⁶. Il en vint à adhérer à la critique lui ayant été faite, que sa conception de la vie en était une « comme on peut en former une quand on est jeune »⁴⁴⁷.

2.6. Normativité vitale et individuelle ; corps organique et corps pulsionnel

Selon ce second point de vue, c'est-à-dire du point de vue de l'homme dans son milieu, la ménopause peut bien être vécue par certaines femmes, tantôt comme une norme inférieure, tantôt comme une norme supérieure de vie. Voici ce que nous dit Mme Syet de l'expérience de sa ménopause :

« Non, parce que je suis ménopausée depuis 50 ans en fait. [...] *Chercheuse : D'accord. Comment vous avez vécu cette période de ménopause ?* [...], je trouvais ça bien. Ne plus avoir à aller chercher des tampons, des choses comme ça, je trouvais ça très bien. Après on a un âge où on ne veut plus d'enfants donc c'est pratique, on ne pense pas au côté...ce que ça va engendrer derrière, les traitements hormonaux, etc., non, non c'était très bien [...] je ne l'ai même pas sentie passer » (Mme Syet)

Ne voulant plus d'enfants et les symptômes somatiques ayant été légers, les conséquences positives de ce moment surpassent les conséquences négatives pour Mme Syet. La situation est bien différente pour Mme Glaa :

« ...si vous voulez j'ai senti, j'ai senti à ma ménopause, j'avais 56 ans... [...] J'ai senti que je n'avais plus le contrôle de mon corps. Déjà...encore une fois c'est que lorsque j'ai eu ma ménopause, toutes mes amies me disaient "Mais (prénom), mais comment se fait-il que tu ne te fasses pas soigner par les hormones, enfin ?" "Mais ça ne va pas, non ? Je n'ai jamais pris de pilule, je n'ai jamais rien pris de toute ma vie, et qu'est-ce que vous allez m'enquiquiner à prendre des hormones. Non, mais quand même." Et

⁴⁴⁶ G. Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, op. cit., p. 215.

⁴⁴⁷ *Ibid.*, p. 218.

j'aurais dû les écouter, parce qu'en l'espace de... je faisais 51 kilos [...] de 18 ans, on va dire jusqu'à l'âge de 56 ans [...] Aujourd'hui j'en fais 80. C'est...bon. Et ça, ça s'est déclenché à partir du moment où j'ai fini ma ménopause. [...] Je n'ai jamais été obsédée par le vieillissement...moi je me portais très bien hein ? Je...je faisais de la marche, je courrais, je faisais du tennis. Alors là, vieillir, je ne savais même pas ce que ça voulait dire. Et après la ménopause, bonjour. Là, je me suis dit "Oh là..." et c'est là où tous mes ennuis d'ailleurs, sont arrivés hein ? [...] je me suis retrouvée avec tous ces problèmes d'ostéo...que je courrais un petit peu et plouf ! je me cassais une cheville, eh oui cassée hein ? Pas foulure hein ? Cassée » (Mme Glaa)

Selon Jean-Marc Talpin, la ménopause représente pour les femmes un moment de rupture dans la mesure où elles sont entraînées dans un réaménagement de la question du féminin sans pouvoir s'appuyer sur le pôle maternel. Cette idée, sûrement vraie pour certaines femmes, ne nous paraît pas pouvoir être généralisée. Lorsque la pulsion sexuelle s'étaye sur le corps organique, elle en prend son indépendance, et c'est même l'exemple de la ménopause qui intéressera Dejours à ce moment de son développement : « Grâce à cette édification de la sexualité psychique et du corps érotique, le sujet parvient à s'affranchir partiellement de ses fonctions physiologiques, de ses instincts, de ses comportements automatiques et réflexes, voire de ses rythmes biologiques. C'est ainsi que la sexualité humaine parvient à se jouer, dans une certaine mesure, des rythmes endocrino-métaboliques. Chez la femme, par exemple, la sexualité ne suit plus le cycle menstruel et ne s'arrête pas à la ménopause. Grâce à l'étayage, le registre du désir instaure son primat sur celui du besoin, la pulsion se dégage partiellement de l'instinct »⁴⁴⁸. C'est au prisme de la théorie de la subversion libidinale, et de la conflictualité des buts pulsionnels, que s'éclaire la non-recouvrance de la norme vitale par la norme individuelle, pour reprendre la terminologie de Canguilhem.

Au-delà de ce que la ménopause implique pour le corps organique, il s'agit de se demander dans quelle mesure elle sollicite l'articulation du soma et du corps érotique, ce qui revient à étudier les ressorts intrapsychiques de ce moment, et l'éventuelle remise en question de la possibilité pour la femme d'investir et de jouir de son corps. La ménopause peut être, comme l'indique Jacqueline Schaeffer, un moment « soumis au retour de traumatismes déniés ou d'éléments refoulés de la vie libidinale et relationnelle, qui bouleversent la temporalité psychique, le statut des imagos et les étayages »⁴⁴⁹. Le moment réel de la ménopause peut être à l'origine d'une crise psychique. Les règles peuvent être investies comme fétiche, représentant la féminité, leur arrêt exposant dès lors la femme à un accroissement de l'écart entre son moi et l'idéal du moi. La capacité de procréer peut être fantasmatiquement un obstacle à la mort et donc une protection face à la fuite du temps, son arrêt peut déclencher chez la femme de l'anxiété face à la mort. « L'arrêt de la fonction des organes de procréation peut être vécu, dans la période de crise, comme une castration réellement advenue. Hélène Deutsch parle d'une « humiliation à

⁴⁴⁸ C. Dejours, *Le Corps d'abord, op. cit.*, p. 16.

⁴⁴⁹ Jacqueline Schaeffer, « Vieillesse et différence des sexes » dans *24ème journée de l'ARAGP. Masculin, Féminin : le genre à vieillir*, Lyon, ARAGP, 2011, p. 16.

dépasser ». Cette blessure narcissique peut renvoyer, non seulement à l'époque de la puberté, mais à celle de la déception de la petite fille de la phase phallique, qui se vit comme n'ayant pas de sexe, comme châtrée, au sens où Freud dit que « la castration a déjà eu lieu ». La réactivation de la castration peut contaminer le sexe érotique de la femme, qui ne se sent alors plus capable ni d'être une mère, ni d'être une femme, et qui n'est pas davantage un homme »⁴⁵⁰. Schaeffer donne dans son texte de nombreux exemples de fantasmes pouvant être réactivés à l'occasion de l'évènement réel de la ménopause. Ainsi que de possibles conséquences sur la vie de la femme, telles que le développement d'une hostilité envers les femmes plus jeunes, des sentiments d'injustice à l'égard des hommes, un retrait de l'investissement libidinal de l'image du corps. Mais la ménopause peut aussi être l'occasion d'une augmentation du plaisir – certaines femmes ne connaissant l'orgasme qu'après la ménopause –, de la découverte de nouveaux modes de jouissance, par exemple par l'engagement dans des relations homosexuelles, ou encore de l'accroissement des sentiments de tendresse et d'amour.

La valeur positive ou négative que l'évènement prendra pour le sujet dépendra de son impact sur les possibilités de satisfaction libidinale, sous leurs formes sexualisées ou désexualisées, sur la possibilité de diminuer l'écart entre le moi et l'idéal du moi, ainsi que de l'impact des douleurs et perturbations organiques sur l'étayage du corps érotique sur le corps organique. Le vieillissement instaure de nouvelles allures de vie. Du fait de la non-recouvrance entre corps organique et corps pulsionnel, cette nouvelle allure de vie peut impliquer une amélioration ou une détérioration des possibilités de satisfaction pulsionnelle, c'est-à-dire, pour le sujet, aussi bien une valeur positive que négative, bien qu'elle constitue pour la vie du corps organique, une valeur négative.

Être sain du point de vue de la vie pulsionnelle n'implique pas une conservation de la plénitude des moyens mais plutôt celle des moyens de la plénitude.

2.7. Abrasion de la distinction entre pathologie et vieillissement

Or nous l'avons vu, un corps qui ne peut plus être investi sur le plan psychique, dont les fondements érotiques sont remis en question, expose à un surfonctionnement organique et à la reviviscence des forces destructrices du vivant. « Les transformations du schéma corporel entraînent une perte de l'image corporelle, traumatique parce qu'intimement liée à une autre perte : celle de l'illusion d'avoir pu dénier la finitude de l'être humain. Celle-ci n'est possible qu'au prix de rejeter l'irréductible part organique et instinctuelle du vivant »⁴⁵¹.

Mme Ouna a fait l'expérience de nombreuses affections corporelles : des problèmes de circulation entraînant des engelures, ainsi que d'une affection à la colonne vertébrale entraînant des douleurs intenses, des sensations de fourmillement dans les jambes et les mains, une perte de sensibilité. La présence de polypes dans sa gorge et l'impossibilité d'éliminer des glaires a entraîné une modification de son timbre vocal, a transformé les bruits de sa respiration en une

⁴⁵⁰ *Ibid.*, p. 21.

⁴⁵¹ É. Ricadat, *Destins du sexuel et sexualité à l'épreuve du cancer*, *op. cit.*, p. 132.

sorte de râle. Elle a subi plusieurs opérations chirurgicales (de la thyroïde, de la cataracte). Mais elle dit que tout cela ne « [l'] a pas marquée du tout ». Elle considère qu'elle n'a « jamais rien eu », elle oublie la moitié de ses affections lorsqu'elle doit remplir un formulaire. En revanche, voici ce qu'elle dit de son aspect esthétique :

« Je me dis, à la limite, bon, demain je meurs mettons d'une crise cardiaque, bon... je me dis, ça me ferait de la peine parce que je voudrais voir plus grandir mes petits-enfants, mais ça ne me... ça ne me choque pas si vous voulez. Je suis plus choquée quand je me regarde dans la glace (*rires*) et que je vois les dégradations par rapport à l'âge. [...] C'est sûr que ce n'est pas agréable, ce n'est pas agréable [...] D'abord je n'y pense pas... vraiment que le matin je me lave les dents et que je me regarde, je dis : "Oh la la, ça ne s'arrange pas l'âge, on est encore plus... là ça pendouille" (*rires*) bon, vous me direz que si j'étais morte je n'aurais pas tout ça donc... on se console comme ça. » (Mme Ouna)

Si Mme Ouna dit être plus choquée par les modifications esthétiques que par l'idée de la mort, c'est peut-être en réalité dans la mesure où elles sont annonciatrices de la mort agissant au sein du vivant que les modifications esthétiques sont si choquantes. Médicalement, les polypes dans la gorge, l'affection à la colonne vertébrale fragilisent plus Mme Ouna que la perte de plasticité de sa peau, mais c'est bien dans la mesure où pour Mme Ouna, ce corps ridé s'inscrit de plus en plus difficilement dans le tissu subjectif, parce qu'il est de moins en moins facile pour elle de se sentir sujet de ce corps, qu'elle est introduite à la précarité.

Resitués dans la logique de la subversion libidinale, la distinction entre maladie et vieillissement perd dès lors de sa pertinence, au profit des possibilités de psychisation, d'érotisation du corps, qui peuvent être autant remises en question que les affections corporelles soient, du point de vue médical, la conséquence de la maladie ou du vieillissement.

Point d'étape

La rédaction de cette section de thèse a été motivée par notre volonté de déconstruire certaines représentations sur le vieillissement et la maladie. Nous nous sommes appuyée sur la distinction entre normal et pathologique proposée par Canguilhem pour abraser la différence entre maladie et vieillissement, en ce que ces événements impliquent de modifications corporelles réelles pour la personne. Du point de vue de l'individu, le vieillissement peut s'avérer aussi pathologique que l'est la maladie. Une image qui nous aide à nous représenter l'abrasion de la différence entre maladie et vieillissement en ce qui concerne la déstabilisation vécue par l'homme, est celle d'un être humain qui toute sa vie aurait vécu isolé, sans aucun contact avec l'autre ou connaissance sur ces autres. Ne disposant d'aucunes connaissances scientifiques et médicales, ou issues de l'expérience des autres – autres anonymes ou proches – les modifications corporelles ne pourraient être vécues que comme apportant soit une valeur positive, soit une valeur négative à la vie. Le sujet n'aurait aucun moyen de savoir si ces modifications corporelles étaient dues au

vieillesse ou à la maladie, si elles étaient normales ou anormales, ou de se représenter l'évolution possible des changements. Il ne pourrait qu'évaluer la brutalité ou la progressivité du trouble – ce que nous appelons maladie pouvant être parfois aussi progressif que ce que nous appelons vieillissement – et les conséquences de ces changements corporels sur l'usage qu'il peut faire de son corps. Du point de vue réel, des modifications corporelles et intimes du corps, rien ne distingue le vieillissement de la maladie.

Mais les hommes, bien entendu, ne vivent pas dans une boîte. Ils disposent de représentations sur la maladie et sur le vieillissement, et, comme nous le verrons maintenant, ces représentations affectent la façon dont sont vécus les troubles. Il nous paraissait ici essentiel de décomposer les sources de confrontation à la précarité. La distinction des sources de confrontation à la précarité peut être d'importance dès lors qu'il s'agit d'avoir un abord compréhensif des mécanismes à l'œuvre chez les personnes, qui sont exposées d'une part aux changements réels, d'autre part aux savoirs issus de la médecine et du contact à l'autre.

Cette distinction est bien sûr essentielle dans le cadre du dépistage. Les personnes participant au dépistage n'ont *a priori* pas de symptômes, tout du moins de la pathologie dépistée. La maladie dépistée par le médecin ne recouvre dès lors pas la maladie du malade. Le médecin détecte une maladie grâce aux constructions qu'il établit et qui lui permettent d'identifier un état qu'il juge « anormal » – il est en réalité anormal – grâce à la comparaison des valeurs d'un échantillon sanguin et des valeurs physiologiques moyennes. Ces constructions de la médecine qui sont transmises et communiquées aux personnes, peuvent influencer l'expérience de la précarité, comme nous le verrons maintenant au prisme de l'étude des autres opérateurs du fonctionnement psychique qui sont impliqués dans le vieillissement.



3. Imaginaire de la vieillesse et ordre générationnel

Pourquoi dès lors, avoir conservé cette distinction entre pathologie somatique et vieillissement, pour organiser notre propos ? L'étude spécifique du vieillissement nous a permis d'identifier un sentiment de précarité accru sans pour autant que ne soit détecté un bouleversement de l'économie psychique qui trouverait son origine dans des affections somatiques réelles. La suite de ce chapitre nous permettra d'identifier d'autres facteurs de perturbations, d'exposition de la précarité, moins aisément identifiables par l'étude des conséquences somato-psychiques de la pathologie somatique, dans la mesure où, à l'exception des cas où elle est détectée par dépistage, la maladie s'accompagne bien de symptômes corporels.

3.1. D'une distinction entre le vieillissement et le « devenir vieux »

Des déstabilisations dues à l'âge pourraient s'expliquer par le fait que des pertes réelles ayant le potentiel de bouleverser l'économie psychique peuvent également survenir en dehors d'un contexte d'affections somatiques. De nombreux auteurs définissent le vieillissement comme un moment de la vie comprenant pertes somatiques, mais également sociales et psychologiques.

En plus des pertes et changements entraînés sur le plan somatique, la personne âgée serait sur le plan social sujette à une « diminution de l'adaptabilité socio-économico-culturelle »⁴⁵² : passage à la retraite, démotorisation, veuvage, obtention d'une carte senior à la SNCF, invitation à des dépistages de cancer⁴⁵³... Les psychologues s'intéressent quant à eux aux dégradations progressives des fonctions cognitives telles que l'imagination, la mémoire, l'attention, les habiletés visuo-spatiales, l'apprentissage...⁴⁵⁴. De nombreux psychanalystes se sont intéressés à l'impact de la multiplication des déficits biologiques, sociaux et psychologiques sur l'organisation psychique des individus. Cette période de la vie serait selon certains auteurs⁴⁵⁵ caractérisée par la multiplication des atteintes et blessures narcissiques engendrées par l'accumulation des deuils et des pertes : perte de personnes aimées, perte du statut professionnel, perte de la capacité de séduction, de la capacité procréatrice... Les personnes âgées seraient donc contraintes de s'engager dans un travail spécifique de désinvestissement des objets perdus, ainsi qu'à des ajustements de l'investissement de soi : si aucune de ces pertes à elle seule n'impliquerait un travail original par rapport à d'autres âges de la vie, la spécificité du vécu de la personne âgée pourrait relever de la mobilisation particulièrement intense de l'appareil psychique face à l'accumulation des pertes. Qu'il s'agisse de facteurs biologiques, sociaux ou psychologiques, ou à une intrication des trois, les déficits signeraient le retour en force de la réalité de la dégradation.

Nous avons en effet vu que les pertes diverses de possibilités de satisfaction, dont celles liées à l'arrêt de l'emploi ou à l'impossibilité de s'engager dans des rapports avec les objets investis, pouvaient être source de frustration et dès lors participer du sentiment de précarité. Rien ne semble indiquer qu'une perte d'emploi pour des raisons économiques ou de retraite diffère d'un arrêt d'emploi pour cause de pathologie somatique, en ce qui concerne le refusé d'éconduite libidinale. De même, rien n'indique que la perte d'une personne aimée par son décès entraîne un retrait libidinal moindre que l'impossibilité de s'engager de son vivant avec elle dans les rapports souhaités du fait des pathologies somatiques. « Lorsque nous pensons aimer une personne, nous dit Jack Messy, notre moi, lui, investit une image qui le constitue. Lorsque cet autre disparaît ou meurt, la relation du moi à l'objet est marquée de deuil, elle est vécue par

⁴⁵² Jacques Gagey, « Raisonner psychanalytiquement le vieillir » dans *La Question du vieillissement : Perspectives psychanalytiques*, Paris, Dunod. Bordas, 1989, p. 7.

⁴⁵³ Vincent Caradec, « Les transitions biographiques, étapes du vieillissement », *Prévenir*, vol. 35, p. 131-137.

⁴⁵⁴ Benoît Verdon, *Le vieillissement psychique*, 2e édition., Paris, PUF, 2016.

⁴⁵⁵ Jean-Marc Talpin, *Psychologie du vieillissement normal et pathologique*, Paris, Armand Colin, 2013 ; Claude Balier, « Des changements de l'économie libidinale au cours du vieillissement » dans *Le temps et la vie : les dynamismes du vieillissement*, Réédition numérique., Paris, FeniXX, 1981, p. 63-70 ; Charlotte Herfray, *La vieillesse en analyse*, Format Kindle., Toulouse, Strasbourg, Erès, 2015.

le sujet comme une perte. La libido investie dans l'objet se retire. La douleur a pour cause le retour de l'image investie et, point essentiel, cette image est démunie du support de la réalité de l'autre. [...] Il ne s'agit pas de la perte de l'autre dans sa globalité, mais de la perte de cette partie de l'autre qui constituait un trait du moi. C'est bien pourquoi, lorsqu'il y a rupture du lien, il se crée dans le moi un creux, une dépression vécue douloureusement par le sujet »⁴⁵⁶.

Rappelons ce verbatim de Mr Sial, par lequel il formule cela très justement :

« Il est bien évident qu'en cas de décès de votre moitié, disons, les choses vont changer beaucoup. Vous serez diminué de tout, affectivement, physiquement... » (Mr Sial)

Une perte peut dès lors, qu'elle soit entraînée par des modifications du corps propre ou d'autres circonstances, participer du sentiment de précarité.

Mais il nous faut tout de suite remarquer que la maladie, la perte d'emploi, le décès des proches peuvent survenir à tout âge et entraîner des outrages narcissiques et des désinvestissements objectaux majeurs. Le handicap et les maladies peuvent survenir dès un jeune âge, de même pour les pertes ou l'arrêt d'emploi, le veuvage, le décès des parents, des frères et sœurs ou d'autres objets d'investissement pulsionnel. A l'inverse, un nombre non négligeable de personnes âgées, y compris dans notre étude – nous pensons par exemple à Mr Deht, Mme Ouna et Mr Sial – ne correspondent pas à ce tableau clinique d'accumulation des pertes. Nous revenons en réalité ici à la confusion langagière classique entre vieillissement et vieillesse, de nombreux auteurs entendant par vieillissement un moment particulier du processus en réalité continu de vieillissement ayant lieu tout au long de la vie. Dans un souci de lisibilité, nous nous référerons à ce moment particulier comme au « devenir vieux » – ou au passage de l'âge adulte à la vieillesse.

Or tous les supposés évènements déclencheurs du devenir vieux peuvent se retrouver chez des personnes plus jeunes, et à l'inverse, aucun chez une personne plus âgée. Messy en vint à considérer que « la « personne âgée » n'existe pas. Selon [lui], il n'y a pas un être « personne âgée ». C'est la raison pour laquelle [il] écri[t] l'expression entre guillemets [...] La « personne âgée » n'existe pas comme entité individuelle »⁴⁵⁷. N'étudier le devenir vieux que sous l'angle des réactions aux pertes ne pourrait selon nous qu'induire en erreur – il s'agit plutôt d'une étude de la vie –, et il nous paraîtrait plus fécond, pour mieux comprendre l'impact psychique du devenir vieux, de s'intéresser aux possibilités de traitement psychique des pertes, à pertes égales, entre une personne jeune et une personne âgée – nous y reviendrons.

3.2. Corrélation entre l'âge et le rapport au corps et à l'existence

En dehors, donc, des pertes réelles vécues et de leur impact psychique, il reste que les participants de notre étude associent l'avancée en âge avec un sentiment accru de proximité de la mort et l'impression d'une moins grande résistance du corps aux maladies et symptômes. Mr

⁴⁵⁶ Jack Messy, *La personne âgée n'existe pas*, Paris, Payot, 2002, p. 30.

⁴⁵⁷ *Ibid.*, p. 36.

Sial est certes malade, mais rien dans les entretiens ne semble indiquer de hiatus entre corps organique et corps pulsionnel. En revanche, Mr Sial se dit vieux, et cette connaissance sur son âge lui permet de « calculer » le temps qui lui reste à vivre, et à la lumière de ces considérations, d'évaluer l'utilité potentielle du dépistage comme négligeable.

Comme pour Mr Sial, nombreux sont les patients à indiquer qu'avec l'âge, les efforts pour prendre soin de leur santé deviennent plus nécessaires. Les réflexions qui suivent sont pour la plupart issues des catégories d'analyse « Se situer par rapport à d'autres ou à la norme » et « Etiologie ou sens donné aux symptômes », dans lesquelles nous incluons les moments où les personnes commentaient leurs affections en lien à l'âge. Si l'âge n'est pas toujours considéré comme le facteur principal de risque de maladie – pour certains, il s'agit de leur tabagisme – il apparaît comme le moment à partir duquel les symptômes sont plus enclins à se déclencher :

« Vous savez, quand on fume il y a toujours des gens autour de vous qui disent “oui, les poumons, c'est dégoûtant, machin. C'est dangereux, c'est machin”. On dit “oui, oui, oui”, mais en fait on n'écoute pas vraiment quoi, c'est comme les photos qu'il y a sur les paquets de tabac, on ne les regarde même plus quoi. Euh...mais je pense qu'il y a un moment où il y a un enjeu quoi. Là avec les années [...] Donc, je réalise que oui, j'ai peut-être passé un cap et qu'il faut que je fasse quelque chose. Ça devient plus sérieux quoi. Parce que l'organisme est un peu plus usé qu'à 20 ans quoi. Voilà, c'est pour ça que... » (Mme Daso)

L'âge apparaît fréquemment comme un indicateur d'entrée dans « les dernières années » (Mr Paut). La perspective de la mort se rapproche, pour les plus jeunes de notre cohorte...

« Oui et puis c'est l'horloge hein ? Oui, voilà c'est comme ça. Euh...aujourd'hui c'est vrai qu'on vit plus longtemps, mais il n'empêche que quand j'avais 20 ans, j'avais encore beaucoup de temps devant moi quoi. Là je vais vers les 60, ben j'en ai quand même beaucoup moins, c'est évident quoi. [...] C'est la durée. » (Mme Daso)

...comme pour les plus âgés :

« ...vu notre âge il commence à être temps de faire le tour quoi [...] ...aller voir les uns et les autres. Qu'on n'a pas vus depuis quelques années [...] Ben je vais avoir 80 ans, ma femme en a environ 83, on est encore alertes mais pas...évident que ça va durer encore...un tas d'années » (Mr Soje)

Le sentiment d'accroissement du risque de maladie, de diminution du nombre d'années avant la mort, est pour la plupart des participants un argument justifiant des modifications comportementales pour prendre soin de leur santé. Pour Mr Sial, il s'agit d'une nécessité de « devenir un peu plus sage », pour Mr Paut, de « limiter les risques » :

« Et je vais avoir 70 ans la semaine prochaine, euh... je fume depuis 45 ans, euh je ne sais même pas si c'est récupérable, mais en tout cas bon, il faudrait limiter les risques quoi. Mais je ne suis pas suffisamment discipliné avec moi-même » (Mr Paut)

Ils précisent que pour eux, le « vieillissement » ou « l'âge » s'accompagnent de changements psychologiques qui influent sur leur rapport à leur corps, ou à leurs pathologies : pour les uns, un gain de maturité ou une prise de conscience, pour d'autres, des appétits qui diminuent, un sentiment d'accélération du temps, une redéfinition des priorités, l'envie de ne plus s'embêter avec des choses considérées comme sans importance, une volonté de plus profiter...

« C'est-à-dire que je serais beaucoup plus précautionneuse que je ne l'étais. Parce que vous voyez, à cette époque, on m'avait déjà dit de ne plus fumer blablabla j'ai continué à fumer. On me disait : "Il faut quand même commencer à ralentir votre activité professionnelle", je ne l'ai pas fait. Vous voyez ? Alors qu'aujourd'hui je le ferais, c'est évident. [...] Il y a quelque chose quand même, une prise de conscience, si vous voulez, qui est plus importante qu'à l'époque en question ». (Mme Brin)

Les symptômes et maladies, effectifs ou potentiels, sont par ailleurs jugés plus ou moins délétères en fonction de l'âge auquel ils apparaissent. Pour les plus âgés, comme l'exprimait déjà Mr Sial, la perspective d'un cancer sera dans la majorité des cas jugée moins grave que pour quelqu'un de plus jeune. Voilà ce que dit Mr Deht :

« J'ai déjà franchi un grand bout de chemin, j'aurais 40 ans je m'en inquiéterais peut-être un peu plus. Il y a 40 ans on n'en parlait pas. Aujourd'hui on en parle beaucoup plus et je me dis que s'il m'arrivait quelque chose, bon ben je suis arrivé un peu au bout du chemin, je m'en suis sorti, les marmots se portent bien, mes petits-enfants vont bien » (Mr Deht)

A l'inverse, Mr Leje considère que ses pathologies, les artérites, l'infarctus, ne sont « pas complètement de [son] âge ». Il pointe l'absence de « naturel » de sa situation :

« ...oh je ne veux pas jouer à ça, mais...mes parents m'ont eu à 40 ans, ce qui fait que la plupart de...je suis le petit dernier de ma famille donc j'ai des vieux, c'est une famille vieille quelque part. Et j'ai vu les uns et les autres partir au fur et à mesure, plus ou moins tranquillement. Et, ouais ce n'est pas tellement agréable, mais bon, c'est l'ordre des choses. Mais partir dans la dignité, c'est la moindre des choses, là on ne parle même plus de...de...naturel quoi. [...] Quelqu'un qu'on vient chercher en fauteuil pour aller faire voter, quelqu'un qu'on sort à Pacques pour aller déjeuner enfin...non, ça, c'est...non, non, ça, non merci. Ben peut-être pour une personne de 90 ans, 95 ans bon ok, mais à 60 ans, même pas 60 ans ce n'est pas vivab...enfin, ce n'est pas envisageable. Bon, je n'en suis pas là hein » (Mr Leje)

Nous postulons qu'en dehors des pertes impliquées dans la réalité organique, psychologique ou sociale, le devenir vieux est producteur d'effets psychiques qui influent sur le sentiment de précarité. A défaut de relever d'une réalité systématique au niveau individuel, l'objet « vieillesse », « vieux », semble avoir un caractère de réalité pour les patients : une réalité psychique, agissante. Suggérer qu'il n'y a pas d'âge de la vieillesse ne signifie pas qu'il n'y ait pas d'une part de vieillissement, entendu comme changement réel, ou qu'il n'y ait pas de perception subjective, d'interprétation subjective de son vécu comme de la vieillesse.

3.3. L'âge, du social à l'individuel

Le terme personne âgée, suggère Messy, correspondrait avant tout à une « terminologie sociale qui n'a pas de réalité humaine. Cela n'empêche pas quelques-uns de décrire la « personne âgée » avec ses us et coutumes, ses façons de penser, de vivre, son caractère, ses défauts »⁴⁵⁸.

Dans l'Antiquité, les expressions « juvenis » et « senis » correspondaient à la seule différence entre la capacité ou non de porter les armes. Un seul critère, associé à un âge d'environ 45 à 49 ans, permettait de passer d'une catégorie d'âge à l'autre, sans transition⁴⁵⁹. Selon Bessin, « la façon d'organiser, de rythmer et de ritualiser les différents segments temporels est un trait fondamental de la culture d'une société »⁴⁶⁰. Le temps de travail salarié étant dominant dans le modèle temporel des sociétés industrielles, l'âge adulte y est principalement compris comme la possibilité de travailler et de fonder une famille. La jeunesse est dans ce contexte comprise comme un temps de formation préparant l'entrée dans le travail, et la vieillesse, comme un retrait de l'activité professionnelle. Elle tend d'ailleurs à être retardée à mesure que l'espérance de vie en bonne santé de la population s'allonge, la logique capacité et incapacité prédominant. « Les éléments culturels de ce temps industriel se sont traduits, au niveau des trajectoires individuelles, en normes d'âges, limites et seuils d'âge, agents spécialisés, institutions, etc. : le cours de vie s'est institutionnalisé »⁴⁶¹, l'âge devient un critère de classement naturel. Il est un outil statistique et un instrument de gestion privilégié du fait de son objectivité et de sa neutralité supposées. Il devient un critère utile pour catégoriser, ouvrir ou fermer l'accès à des pratiques ou droits sociaux (conduire, voter, boire de l'alcool, participer à un dépistage...). La classification en catégories d'âge correspond donc à une logique sociale, et elle a pour but de séparer la population en groupes à un instant T, elle permet de distinguer les personnes entre elles. Leur âge n'était souvent pas connu des individus eux-mêmes, avant la généralisation de l'inscription des naissances sur les registres d'état civil ; il devient, au niveau individuel, une caractéristique identitaire.

Or, cette caractéristique, pour l'individu, a la particularité d'évoluer, de changer chaque année, elle vient objectiver le paradoxe de l'identité de se construire entre permanence et changement. « Cet axe, nous dit Johan Jung, met l'accent sur la capacité du sujet à changer ou à faire l'épreuve du changement tout en restant le même et permet de penser les processus par lesquels l'identité subjective intègre au fur et à mesure de sa construction, les formes de l'altérité et de la différence qui lui préexistent »⁴⁶². Différence entre soi et les autres à un instant T, différence entre soi et soi dans une logique temporelle, l'âge apparaît comme paradigmatique du paradoxe identitaire « de mêler l'identité et l'altérité à soi, l'un et le multiple, le même et le

⁴⁵⁸ *Ibid.*

⁴⁵⁹ François Jullien, « Ce qui résiste à la pensée dans le phénomène du vieillissement » dans *Quand est-ce que je vieillis ?*, Paris, PUF, 2007, p. 54.

⁴⁶⁰ Marc Bessin, « Les catégories d'âge face aux mutations temporelles de la société », *Gérontologie et société*, 1996, vol. 77, p. 45.

⁴⁶¹ *Ibid.*, p. 46.

⁴⁶² Johann Jung, *Le sujet et son double : La construction transitionnelle de l'identité*, Malakoff, Dunod, 2015, p. 21.

différent, etc. »⁴⁶³. Etudier les implications subjectives de l'avancée en âge ou du devenir vieux, c'est-à-dire étudier comment une donnée artificielle et sociale peut devenir agissante pour le sujet, nécessite donc de s'intéresser à l'inscription du sujet dans le temps et dans ses relations aux autres, ce à quoi nous allons maintenant nous atteler.

3.4. La place de l'autre dans la constitution du moi

Nous avons déjà abordé, dans le cadre de l'identification, quelques enjeux de la relation à l'autre dans la construction identitaire. La formation de traits de caractère et le développement de caractéristiques personnelles relèvent de choix inconscients de l'individu et s'épanouissent dans l'adoption d'attitudes vis-à-vis des parents ou par déssexualisation des pulsions dans le but de conserver sur la scène mentale l'objet devant être abandonné ou l'objet jaloué dans la réalité. Nous avons vu que les transpositions pulsionnelles dépendent à la fois de la phase érotique à laquelle elles surviennent, que du rapport à la réalité dont témoigne l'organisation du moi. Le rapport à la réalité, ainsi que la distinction entre le moi et le non moi, ne sont pas là d'emblée mais se construisent par phases successives.

Il nous faut maintenant, à l'aide de Winnicott, développer plus avant le rôle de l'autre dans la genèse du sentiment moi-même. Dans *Jeu et réalité*⁴⁶⁴, Winnicott définit un premier moment d'expérience de l'omnipotence dans laquelle il n'existe pas d'écart entre réalité psychique et réalité extérieure, entre le moi et le non-moi. Le rapport à la réalité extérieure ne se caractérise à ce stade pas par la différenciation mais au contraire par l'illusion créatrice. « L'adaptation de la mère aux besoins du petit enfant, quand la mère est suffisamment bonne, donne à celui-ci l'illusion qu'une réalité extérieure existe, qui correspond à sa propre capacité de créer »⁴⁶⁵. L'enfant vit dans l'illusion de créer l'objet dont le prototype est le sein du nourrissage. Il n'y a pas de perception d'une relation en tant que telle entre la mère et l'enfant, le sein est créé ici et maintenant, en réponse aux besoins du bébé. Le rapport du bébé à l'objet ne relève donc en premier lieu pas d'un mode de relation objectal, mais plutôt d'une indifférenciation illusoire – le monde extérieur est à ce stade subjectivement conçu. Lorsque le bébé regarde la mère, ce qu'il voit, c'est lui-même.

Face aux expériences de déplaisir, l'objet sera progressivement répudié vers l'appartenance au « non-moi ». Les éléments agressifs, innés selon Winnicott, trouvent à se canaliser vers l'objet, grâce à la frustration causée par son absence. La constitution du « non-moi », en opposition au « moi », par la perception de l'autre comme différent, extérieur, constitue un second jalon de l'expérience de l'unité subjective, par rapport à l'état d'indifférenciation. A l'illusion d'omnipotence se substituent des espaces différenciés : le « non-moi », et le « moi », dans lequel peuvent être emmagasinés des représentations, internalisés les objets. Ce mouvement de mise à l'écart est corrélatif de la conscience d'être un au sein d'un monde rempli d'objets autres. « Si tout se passe bien, l'enfant peut effectivement bénéficier de l'expérience de la frustration, car une

⁴⁶³ *Ibid.*, p. 31.

⁴⁶⁴ D. Winnicott, *Jeu et réalité*, *op. cit.*

⁴⁶⁵ *Ibid.*, p. 45.

adaptation incomplète au besoin rend les objets réels, c'est-à-dire aussi bien haïs qu'aimés. [...] Néanmoins, au début, l'adaptation doit être presque totale car, si tel n'était pas le cas, l'enfant ne pourrait développer une relation avec la réalité externe ou même de se faire une conception de cette réalité »⁴⁶⁶.

Melanie Klein⁴⁶⁷ met au premier plan la dialectique de l'introjection et de la projection du bon et du mauvais dans le fondement de la différenciation du moi et de l'autre. Lors de la phase orale, nous l'avons vu, identification et relation d'objet sont indifférenciés : le moi s'attribue les propriétés satisfaisantes de l'objet, il incorpore l'objet, et se débarrasse de la destructivité en la projetant sur l'objet. « Le fonctionnement de ces deux processus a pour effet la création d'un « moi-plaisir purifié » différencié d'un monde extérieur ressenti comme hostile. La partie « plaisir » du monde extérieur a été incorporée et le reste, étranger, a été mêlé avec la partie déplaisante du moi « extraite » de lui-même »⁴⁶⁸. A la différence entre soi et le non soi n'est pas assignée la nature objective de soi par rapport à l'autre, mais plutôt la distinction entre le bon et le mauvais. Lorsque l'organisation du moi par rapport à l'autre est disponible, et avec l'intégration de l'ambivalence, la satisfaction pulsionnelle renforce la séparation entre le sujet et l'autre dans la mesure où l'objet sera investi, utilisé en rapport aux buts pulsionnels.

Selon Jung, le bébé fait ainsi l'expérience dès le départ du monde extérieur, mais l'évolution du rapport à la réalité dépend de la signification donnée à cette altérité. « La question qui s'impose [...] n'est donc plus, pour le bébé, de reconnaître ou de ne pas reconnaître l'existence de la mère, mais plutôt comment la différence perçue est-elle signifiée et, par voie de conséquence, quel type de relation est-il en mesure de nouer ? Cette problématique rencontre la façon dont le bébé « catégorise » son rapport à l'objet, dont il signifie subjectivement ce qu'il perçoit »⁴⁶⁹.

L'évolution de la relation à l'autre est à ressaisir au prisme des mouvements projectifs et identificatoires qui colorent la relation ainsi que des mouvements pulsionnels habitant l'enfant.

3.5. Construction identitaire et mouvements identificatoires et projectifs

L'instauration du Moi-Idéal, qui relève du narcissisme primaire, est un corolaire direct de l'illusion créatrice dont fait l'expérience le nourrisson face à l'adaptabilité des parents lors des premiers rapports parents-enfants. « Pendant que l'un voit ses demandes satisfaites par la « sollicitude primaire » des parents, pour parler avec Winnicott, se berçant dans l'illusion que son Moi est capable de toutes les prouesses – et voilà les racines du Moi-Idéal, c'est-à-dire un Moi

⁴⁶⁶ *Ibid.*, p. 43.

⁴⁶⁷ Melanie Klein, « Notes sur quelques mécanismes schizoïdes » dans *Développements de la psychanalyse*, 4e édition., Paris, PUF, 2009, p. 274-300.

⁴⁶⁸ Albert Ciccone, *La transmission psychique inconsciente*, 2e édition., Paris, Dunod, 2012, p. 32.

⁴⁶⁹ Johann Jung, « Le narcissisme primaire, le double et l'altérité », *Recherches en psychanalyse*, 2015, vol. 19, n° 1, p. 79.

tout juste embryonnaire, mais déjà idéalisé par le sujet au cœur du narcissisme primaire –, l'autre aussi, le parent, idéalise cet enfant, l'affublant des promesses d'un avenir radieux »⁴⁷⁰.

L'investissement de l'enfant par les parents, nécessaire aux soins du bébé, est animé par la projection sur l'enfant des désirs de prouesses. L'évolution du rapport à l'autre repose, au moins dans les phases les plus précoces du développement de la psyché, autant sur les mouvements identificatoires et projectifs de l'enfant que sur ceux des parents. « Il existe [...] devant l'enfant, dit Freud, une tendance à suspendre toutes les acquisitions culturelles dont on a extorqué la reconnaissance à son propre narcissisme, et à renouveler à son sujet la revendication de privilèges depuis longtemps abandonnés. L'enfant aura plus de chance que ses parents, il ne sera pas soumis aux nécessités dont on a reconnu qu'elles dominaient la vie. Maladie, mort, renonciation de la jouissance, restrictions de sa propre volonté ne vaudront pas pour l'enfant, les lois de la nature comme celles de la société s'arrêteront devant lui, il sera effectivement de nouveau le centre et le cœur de la création. *His Majesty the Baby*, comme on s'imaginait être jadis. Il accomplira les rêves de souhait que les parents n'ont pas réalisés, il sera un grand homme, un héros, à la place du père ; elle épousera un prince, dédommagement tardif pour la mère »⁴⁷¹. Autrement dit, l'idéal du parent est alors projeté sur l'enfant. La capacité d'identification de la mère au nourrisson est indispensable à la possibilité de prendre soin de l'enfant ; elle l'introduit au sentiment de continuité d'existence, par sa présence quasi-constante et son adaptabilité à ses besoins qui permet à l'enfant de faire face aux angoisses archaïques d'annihilation et de morcellement.

Ainsi, investissement du parent par l'enfant et investissement de l'enfant par les parents se présentent comme deux faces d'une même pièce déterminant les possibilités de développement psychique de l'enfant, et se caractérisent par les mouvements projectifs et identificatoires mobilisés dans la relation, tant du côté des parents que du côté de l'enfant. L'identification, qui contient la plupart du temps, selon Albert Ciccone, un pôle projectif et un pôle identificatoire, peut être considérée, « en tant qu'elle concerne un processus intersubjectif où s'entrecroisent, se confrontent et s'articulent relations aux objets externes et relations aux objets internes, [...] comme une voie royale de la transmission psychique »⁴⁷².

Nous sommes de l'avis que des mouvements identificatoires et projectifs, dans la mesure où ils colorent les relations interpersonnelles, continuent à agir et à influencer sur le sentiment moïque tout au long de la vie. Jean Guillaumin, allant à contrecourant d'un point de vue selon lequel « le destin des identifications au cours de la vie [...] serait très tôt définitivement fixé, immuable », considère ainsi que « le processus identificatoire, s'il se ralentit et peut se stabiliser en paliers, *ne s'arrête jamais vraiment* »⁴⁷³, au point que son enrayage soit considéré par lui comme une manifestation pathologique face à la dynamique de la vie.

⁴⁷⁰ Karl-Leo Schwering, « L'idéal en quête d'identité », *Cahiers de psychologie clinique*, 2011, vol. 1, n° 36, p. 42.

⁴⁷¹ S. Freud, « Pour introduire le narcissisme », art cit, p. 234.

⁴⁷² A. Ciccone, *La transmission psychique inconsciente*, op. cit., p. 5.

⁴⁷³ Jean Guillaumin, « Le devenir des identifications et des objets internes au cours de la vie », *Etudes psychothérapeutiques*, 1988, 19^e année, 1, p. 9.

3.6. Age et projection : un exemple fictif par le philosophe André Gorz

Avant de revenir aux changements identitaires et identificatoires des personnes déjà adultes, arrêtons-nous un moment sur le lien entre l'âge et les mouvements identificatoires et projectifs, tels qu'ils apparaissent au moment de l'Œdipe. Le philosophe André Gorz rapporte la fiction d'un homme qui, à 36 ans, s'interroge sur son âge. Il note qu'en lui, en ne se considérant que lui, rien ne lui permet d'appréhender le vieillissement, rien ne lui permet de penser qu'il a un âge ; « il n'y avait d'âge nulle part en lui »⁴⁷⁴. En revanche, il note que la référence à l'âge a été omniprésente dans ses interactions avec son entourage. L'âge se présente à lui sous forme d'interdits, d'obstacles, de contraintes : d'après son entourage, il est « trop petit pour comprendre », « trop grand pour porter ces boucles » ; il détermine son avenir : quand il sera plus grand, il ira à l'école, puis il se mariera, puis il travaillera. Un nombre incalculable de petites phrases du quotidien lui fabriquent une vie, un destin. Si l'âge est un outil privilégié des institutions, il est aussi un outil privilégié des assignations, des projections, de la tendance humaine à séparer, à classer, à différencier soi des autres, et les autres entre eux, pour donner sens à l'existence.

Il est intéressant de noter, dans le texte d'André Gorz, la nature de ce que les figures parentales transmettent à l'enfant. Du côté de la figure maternelle :

« “Quand tu seras grand, disait Maria [...] quand tu seras grand, tu partiras avec une autre femme et tu me laisseras toute seule” »⁴⁷⁵ ;

Comme du côté du père :

« Il devait avoir 7 ans quand, un dimanche de printemps, son père l'a amené (“nous deux hommes”) pour une promenade en voiture [...] afin de lui parler pour la première fois de “la fabrique”. La fabrique, a dit le père, avait besoin d'un chef jeune, et s'il était sage et avait de bonnes notes, à 18 ans, lorsqu'il aurait passé ses examens de “maturité”, on lui achèterait [...] une voiture et on ferait de lui le chef dont la fabrique avait besoin en l'envoyant à l'école supérieure de commerce »⁴⁷⁶.

Le lien à l'Œdipe est ici évident ; Œdipe, nous en avons parlé, où s'établissent les différences des sexes et des générations. En s'insérant dans la culture, suivant le chemin que son père a tracé avant lui (en suivant ses traces à la fabrique, il s'inscrit dans la lignée, se soumet à la loi du père), il se soumettra à l'interdit de l'inceste (il quittera le foyer, renoncera à l'amour de sa mère et trouvera une épouse en dehors du cercle familial). Inconsciemment, ses parents l'introduisent à l'universalité de l'interdit de l'inceste, nécessaire à l'insertion humaine dans la culture. L'Œdipe « transcende ainsi le vécu individuel dans lequel il s'incarne : celle des fantasmes originaires,

⁴⁷⁴ André Gorz, *Le traître/Le vieillissement*, Paris, Folio, 2005, p. 378.

⁴⁷⁵ *Ibid.*, p. 380.

⁴⁷⁶ *Ibid.*, p. 382.

« phylogénétiquement transmis », schèmes qui structurent la vie imaginaire du sujet et qui sont autant de variantes de la situation triangulaire (séduction, scène originaire, castration, etc.) »⁴⁷⁷.

La transmission des interdits concerne l'émergence du Surmoi et son effet sur l'instance de l'Idéal du moi. La projection de l'idéal des parents sur l'enfant doit un jour arriver à son terme, au risque d'enkyster le développement de l'enfant plutôt que de le favoriser comme ce sera le cas à l'orée de sa vie, lorsqu'il est dans un état de dépendance le plus extrême. Arrive un jour où le délire de grandeur doit être abandonné, d'une part, par les parents qui projetaient leur idéal sur l'enfant, et d'autre part, par l'enfant sous l'effet de critiques des parents.

Gorz continue :

« Il voulait qu'on l'aime pour lui-même et non en fonction du Fils, du Chef, de l'Héritier qu'on voulait voir en lui avec une révoltante indifférence pour lui-même, et alors il s'est enfermé dans un silence offensé et il a dit à son père qu'il préférerait devenir médecin ou explorateur. "Il n'y a rien à faire avec ce garçon, a dit le père en rentrant, il est bouché. Il faut lui faire entrer la chose à coups de bâton". "Allons, Jakob, nous avons tout notre temps, a dit Maria. Tu verras, il changera" »⁴⁷⁸.

Face à ces critiques et désillusions, l'enfant « tente [...] de se conformer bon gré mal gré aux attentes des parents »⁴⁷⁹ ; ce à quoi correspond la formation du Surmoi. Cela implique un mouvement projectif et un mouvement identificatoire : pour dénier la perte, la séparation vécue comme insupportable, le sujet incorpore l'objet. Ainsi, il perpétue le lien privilégié à l'objet en l'incorporant pour satisfaire de manière omnipotente les exigences pulsionnelles. Le sujet projette son idéal sur l'objet, une partie de lui, précieuse, continue son existence à l'intérieur de l'objet ; le sujet est donc transformé par l'objet. « L'incorporation de l'objet (par laquelle le moi s'impose au ça comme objet d'amour) est au service du déni de l'altérité. Le moi peut abandonner l'objet car la dépendance et l'altérité sont déniées »⁴⁸⁰. La tension entre les idéaux parentaux et ceux de l'enfant qui a valeur d'outrage narcissique sera à l'origine de mouvements d'agressivité, et permettra au conflit œdipien de se déployer dans sa fonction différenciatrice. Dans l'exemple d'André Gorz, la souffrance issue de la différence des générations, qui prive le sujet de l'utilisation des objets premiers pour l'assouvissement de ses désirs et pulsions, et qui contraint l'enfant à renoncer à l'illusion narcissique primaire, est bien perceptible, et objet de résistance :

« ça allait si loin, cette oppression exercée quotidiennement sur lui au nom du grand qu'il serait que, révolté et désespéré de n'être jamais considéré pour lui-même tel qu'il existait présentement, il s'est mis à souhaiter qu'il ne grandirait jamais et à refuser, tantôt dans la rage et tantôt dans la bouderie, les nourritures qu'on lui présentait parce qu' "il

⁴⁷⁷ J. Laplanche et J.-B. Pontalis, *Vocabulaire de la psychanalyse*, op. cit., p. 83.

⁴⁷⁸ A. Gorz, *Le traître/Le vieillissement*, op. cit., p. 382.

⁴⁷⁹ K.-L. Schwering, « L'idéal en quête d'identité », art cit, p. 42.

⁴⁸⁰ A. Ciccone, *La transmission psychique inconsciente*, op. cit., p. 22.

faut manger pour devenir grand et fort”, et à n’accepter sans difficulté que les bouillies de semoule et les soupes à la farine rôtie »⁴⁸¹.

Le moment œdipien cristallise l’inconciliabilité entre les idéaux des parents et ceux de l’enfant, il sonne la remise en cause de l’indifférenciation qui dominait jusqu’à présent. « C’est seulement avec l’avènement de cette instance [le surmoi] que les choses peuvent se clarifier. Il faudrait même dire : qu’elles peuvent enfin se clarifier. Car là où Moi-Idéal et Idéal du Moi peuvent encore aisément se confondre, l’avènement de l’instance du Surmoi témoigne justement du caractère inconciliable des investissements pulsionnels respectifs de l’enfant et des parents »⁴⁸². Le Surmoi a un effet organisateur dans la mesure où il permet une inscription symbolique du sujet, dans la mesure où il représente à lui seul les attentes de l’autre en précisant ce qui est permis et ce qui ne l’est pas. En s’identifiant aux parents interprètes du surmoi, « l’enfant qui joue à un autre le fait dans la jouissance de cette usurpation/appropriation déjà évoquée, mais le fait sans jamais perdre de vue qu’il ne fait que « comme si » – c’est le temps du présent, marqué par l’impact structurant de l’interdit – mais ce « comme si » est sous-tendu par la conviction qu’il réalisera son idéal un jour, quand il sera grand – c’est le temps de l’avenir, également structurant en ce qu’il diffère la modalité illusoire de l’avoir »⁴⁸³.

« Par lui-même, il aurait plutôt pensé [...] qu’il y a la race des individus nés *grands* et celle des *petits* et que les petits, à supposer (comme on le lui affirmait) qu’ils puissent *devenir grands*, devaient, pour cela, subir une mue radicale (comme la chenille du papillon ?), si radicale qu’elle effacerait jusqu’au souvenir du petit sans commune mesure que fut le grand »⁴⁸⁴.

L’âge, par la distinction du « grand » et du « petit », vient objectiver la différence des générations et l’inscription du sujet dans un ordre générationnel, c’est-à-dire dans un ordre symbolique, l’enfant reconnaissant aujourd’hui qu’il est petit et repoussant pour l’avenir ses aspirations, son « souhait d’être grand, et de pouvoir faire comme les grands »⁴⁸⁵.

Les discours sur l’âge portés sur le sujet au temps de l’enfance représentent la partie consciente véhiculant la transmission inconsciente structurelle de l’ordre des générations, par le biais des projections des parents sur l’enfant, parents en ayant hérité eux-mêmes de leurs parents. Au processus de transformation de l’ordre du réel s’associe une différenciation qualitative symbolique et imaginaire s’exprimant sous formes d’interdits, de droits, de places dans la famille. Les différents stades de la vie : enfance, adolescence, maturité, vieillesse représentent un ordre symbolique ; « à cet ordre symbolique, inscrit dans le social, correspondent des éléments de

⁴⁸¹ A. Gorz, *Le traître/Le vieillissement*, op. cit., p. 380.

⁴⁸² K.-L. Schwering, « L’idéal en quête d’identité », art cit, p. 43.

⁴⁸³ *Ibid.*, p. 57.

⁴⁸⁴ A. Gorz, *Le traître/Le vieillissement*, op. cit., p. 379.

⁴⁸⁵ K.-L. Schwering, « L’idéal en quête d’identité », art cit, p. 48.

l'ordre de l'imaginaire, qui devraient nous permettre de différencier un vieillard d'un adulte comme nous en distinguons l'adolescent »⁴⁸⁶.

3.7. Devenir vieux : permutation des places dans l'ordre générationnel

Revenons maintenant aux patients de notre cohorte. Ils nous montrent que le « tempo du vieillissement »⁴⁸⁷ personnel est, à tout âge, fortement lié à notre inscription dans l'ordre des générations. Il vient du haut, des générations précédentes, comme il vient du bas. Du haut d'abord, lorsque les relations aux parents connaissent un nouveau tournant du fait du vieillissement et de la maladie, puis s'arrêtent lors de leur mort. Nous le voyons particulièrement par l'étude de la catégorie « Expérience de la maladie et de la mort de l'autre ».

Plusieurs patients rapportent avoir pris soin de leurs parents dans la maladie. Mme Glaa, dans un passé très récent, a accompagné sa mère lors de sa fin de vie. Retournée habiter chez elle lorsque sa mère est devenue très malade, elle aide à la nourrir, coordonne ses soins, la conseille. Mme Heau, de la même manière, infirmière de formation, prend une place active dans l'accompagnement et la gestion de la fin de vie de sa mère.

« ...comme j'étais infirmière, des fois je lui disais "tu sais tu devrais faire ceci, ou tu devrais faire cela". Et puis elle me disait "non", les enseignants savent tout, c'est bien connu (*Rires*). Enfin, cependant, une fois elle est tombée et elle s'était fait une...une fêlure... un tassement vertébral. J'étais en vacances chez elle et...donc elle a été faire des radios et puis comme j'étais là, il n'y avait pas de nécessité qu'elle soit hospitalisée, il fallait juste qu'elle reste immobile. Donc je m'en étais occupé, je lui faisais à manger, je lui donnais à boire, je vérifiais qu'elle ne faisait pas de phlébite, enfin bon tout ce qu'on fait lorsque quelqu'un est alité. [...] Moi je...je me disais "heureusement que je me suis occupé de maman", même si elle n'était pas contente. Elle ne voulait pas boire, puisqu'elle ne voulait pas faire pipi, parce qu'elle...bon, je lui insistais et finalement...elle s'en est très bien tirée. » (Mme Heau)

Derrière le discours de Mme Heau, nous retrouvons les interrogations quant aux positionnements, aux places attribuées dans la famille. Si elle devient la nourricière, prend soin du corps de sa mère, les résistances face à l'inversement des rôles dans les relations sont perceptibles : Mme Heau est infirmière, mais sa mère est l'éducatrice, et elle exprime son mécontentement de devoir recevoir des soins de celle qui reste son enfant. Quant à Mme Heau, pour devenir la nourricière, elle doit s'identifier à la mère des premiers instants, la mère idéalisée qui anticipe et s'adapte au bébé dont elle prend soin. Néanmoins, l'asymétrie entre les générations n'est pas réduite du fait de l'inversion des rôles :

« Ben, écoutez, on est bête quand on n'est pas encore très vieux, parce que quand c'est sa maman on n'a pas envie qu'elle meure. Et elle, elle en avait envie. Donc je n'ai même

⁴⁸⁶ J. Messy, *La personne âgée n'existe pas*, op. cit., p. 37.

⁴⁸⁷ Claudine Attias-Donfut, « Vieillir au féminin » dans *Quand est-ce que je vieillis ?*, Paris, France, PUF, 2007, p. 91-101.

pas pu lui apporter le soutien, à ce moment-là sur ce qu'elle désirait, parce que moi je ne le comprenais pas. Une maman, ça ne meurt pas (*rires*). Voilà. C'est sûr qu'on ne les voit jamais comme une personne ordinaire. En plus elle n'avait rien d'ordinaire (*rires*)» (Mme Heau)

L'extraordinaire perçue de sa mère par Mme Heau nous fait entrevoir la persistance de la projection de l'Idéal sur la figure maternelle, qui perdure malgré l'âge avancé de Mme Heau et de sa mère, et malgré la maladie de cette dernière. Mme Heau devient soignante, mais sa mère a une longueur d'avance, elle sera la première à rencontrer la mort. Selon Cécile Hanon, une bascule s'opère lorsque la personne devient orpheline de ses deux parents, dans la mesure où leur existence permet la mise à distance de la mort propre. « La bascule s'opère lorsqu'on devient orphelin de ses deux parents. En effet, tant qu'ils sont toujours en vie, ils nous précèdent dans la vieillesse, ils nous protègent de la mort »⁴⁸⁸. Mme Ouna rapporte l'effet de la mort des membres de la génération précédente sur son propre rapport à la mort :

« Je ne suis pas obsédée par la mort, j'y pense plus souvent qu'avant parce qu'avant je n'y pensais même pas, ça ne faisait pas partie de...de mon schéma d'existence. Bon, maintenant, comme d'abord parce que j'ai des gens autour de moi qui...qui partent. Donc, alors, c'est la génération d'avant moi et à ce moment-là je me dis : "bon, alors maintenant ceux-là ils sont tous partis, je suis l'autre génération, ça va être à nous de partir maintenant". [...] Donc on [elle et ses amis] sait quand on parle ensemble, en plaisantant, on se dit : "bon ben c'est nous les prochains quoi". » (Mme Ouna)

Le « tempo du vieillissement » vient aussi du bas. Nous le voyons particulièrement par l'étude de la catégorie « Être en relation dans la maladie », lorsque les personnes racontent la façon dont la maladie bouleverse les relations avec leurs enfants.

Pour Mme Kcoa et Mme Heau, soignantes de profession, un changement radical s'opère : de « soignantes », elles deviennent « soignées », ce que Mme Heau décrit comme un passage « de l'autre côté de la barrière ». Mme Kcoa, dont la souffrance due au changement de positionnement est perceptible dans les entretiens, semble d'ailleurs soulagée lorsque, temporairement, les positions peuvent à nouveau s'échanger :

« Ben tout mon pansement que vous voyez là, tout était rouge. Et en enlevant ma chaussure, ma fille, ça l'a un petit peu...paniquée. J'ai donc appelé une infirmière d'après-midi, qui était un petit peu paniquée aussi. C'était une toute petite ouverture, je lui ai dit "ne vous inquiétez pas, ça se trouve ce n'est rien du tout", mais ça prend des proportions. » (Mme Kcoa)

Bien qu'elle soit ici la personne à qui des soins doivent être prodigués, le fait que sa fille et l'infirmière appelée soient toutes deux désemparées par la situation lui permet de retrouver sa

⁴⁸⁸ Cécile Hanon, « Avant-propos. Le premier jour du reste de ta vie » dans *Devenir vieux : Les enjeux de la psychiatrie du sujet âgé*, Rueil-Malmaison, Doin, 2011, p. XIII.

position de soignante : c'est elle qui explique, c'est elle qui rassure. L'inversement des positionnements semble aussi opérer dans les relations avec ses enfants :

« Alors... ils ont tendance à être plus protecteurs et ça, ça me... ça me dérange. Moi j'ai toujours été très protectrice envers eux. Et là c'est un peu le contraire, alors ça me... »
(Mme Kcoa)

Des modifications de positionnement similaires avec ses enfants amènent une autre participante, Mme Heau, à s'interroger sur ses relations passées avec sa propre mère, lorsque celle-ci était malade :

« Mais c'est vrai que bien souvent, même des fois ma fille elle me dit "mais enfin, Maman, non." Alors que bon, je... comme si elle était devenue un peu la personne qui décide. Vous voyez ? C'est son caractère aussi. [...] Et puis, j'essaye de savoir si je me suis conduite de la même façon avec Maman » (Mme Heau)

De l'identification aux parents de l'enfance – c'est-à-dire à leurs parents lorsqu'ils étaient enfant ou à leur propre rôle de parent vis-à-vis de leurs jeunes enfants – semble s'opérer une identification au parent de l'âge adulte. D'un rôle de parent procurant des soins, ils deviennent le parent recevant des soins. Les théories jusque-là établies pour donner sens à la différence des générations sont sollicitées, et potentiellement mises à mal.

Claudine Attias-Donfut, lorsqu'elle développe le terme de « maturescence »⁴⁸⁹, s'appuie sur sa propre expérience pour définir l'impact du développement de ses enfants et la naissance de ses petits-enfants sur son propre sentiment de vieillesse. Devenir parent, puis devenir grand-parent, fait que le sujet devient « le vieux » de quelqu'un d'autre. Le statut de parent, puis celui de grand-parent, opère une permutation des places dans l'ordre des générations. Si une personne est jeune en référence à ses grands-parents et ses parents, ses « vieux », elle est en revanche elle-même la « vieille » de ses enfants et de ses petits-enfants. L'impact psychique de l'accès à la grand-parentalité sur le sentiment de vieillir est lié aux processus psychiques à l'œuvre chez les enfants des personnes vieillissantes, lorsqu'eux-mêmes deviennent parents.

Selon Monique Bydlowski⁴⁹⁰, l'accès à la parentalité introduit une crise spécifique, maturative. Les images parentales sont fortement mobilisées dans l'accès à la parentalité. Face à cette épreuve nouvelle, des figures de référence sont convoquées : l'idéalisation maternelle fait retour, pour la femme comme pour l'homme. L'identification aux parents idéaux des premiers instants et la mobilisation des identifications positives sont nécessaires pour pouvoir fonctionner soi-même en tant que parent. Les parents projettent sur l'enfant des images positives et chargées libidinalement, images des personnes significatives ou images d'eux-mêmes étant enfant. Ces projections permettent le développement de l'attitude empathique nécessaire à la naissance du sentiment de continuité d'existence chez l'enfant, puis, nous l'avons vu, dans le meilleur des cas,

⁴⁸⁹ C. Attias-Donfut, « Vieillir au féminin », art cit.

⁴⁹⁰ Monique Bydlowski, « La crise parentale de la première naissance. L'apport de la psychopathologie », *Informations sociales*, 2006, vol. 132, n° 4, p. 64-75.

se dissipent pour laisser la place à ses caractéristiques personnelles. Selon Francisco Palacio Espasa⁴⁹¹, repris par Bydlowski, pour qu'une place soit laissée à l'enfant réel, un « deuil de développement » doit advenir ; le parent renonce à sa propre position d'enfant, ce qui ne va pas s'en s'accompagner d'une recrudescence des sentiments de perte et d'abandon, sentiments nés dès les prémisses de l'autonomisation par rapport aux parents. « Être parent pour la première fois implique d'une part de renoncer à sa propre position d'enfant, d'en finir avec l'idéalisation parentale et de reléguer père et mère dans la catégorie des vieux [...] ; d'autre part, de mobiliser des identifications positives à ses propres parents afin d'en assumer le rôle »⁴⁹².

Lors de l'accès à la parentalité, si la personne doit faire le deuil de sa position d'enfant, il invite son parent au deuil de sa position de parent, ces deux mouvements étant concomitant. Le jeu des projections et identifications est à double-sens, il induit une modification des significations données aux places dans la famille, modifications qui viennent autant des parents que des enfants. Les théories mises en place pour donner sens à la différence des sexes et des générations sont alimentées d'une part par différenciation avec ses propres parents, mais également dans une différenciation par rapport à ses enfants. La tendance des enfants à renvoyer leur parent du côté des vieux, lors de leur propre accès à la parentalité peut d'ailleurs commencer dès l'adolescence. « L'adolescent, nous dit François Richard, met ses parents en crise. Il y a une antinomie entre la sexualité des adolescents et celle des parents. Les parents doivent alors accepter d'être perçus comme des êtres vieillissants qui ont renoncé à la sexualité, ce qui permettra à leurs enfants de s'autonomiser »⁴⁹³. La personne est introduite à la vieillesse par les déplacements dans les rôles et les fonctions attribuées aux rapports entre générations.

Le cas de Mme Heau nous permettra d'illustrer comment les mouvements identificatoires et projectifs entre les parents et les enfants, déterminent les positionnements attribués aux générations, et influent sur le sentiment du vieillir.

Mme Heau : être Œdipe et Jocaste

Rappelons ce verbatim de Mme Heau, que nous venons de citer, dans lequel nous voyons que sa perception du vieillir lui vient en premier lieu, non pas d'elle-même, mais de l'attitude des autres – surtout les soignants et sa fille – envers elle.

« ...c'est-à-dire que les vieux se plaignent toujours qu'on ne les écoute pas. [...] Euh...alors je n'ai pas eu du tout, de réflexion sur mon âge. Mais c'est vrai que bien souvent, même des fois ma fille elle me dit "mais enfin, Maman, non." Alors que bon, je...comme si elle était devenue un peu la personne qui décide. Vous voyez ? »

Elle a le sentiment que, de plus en « plus depuis qu' [elle est] âgée », les personnes de son entourage la considèrent comme quelqu'un ayant besoin d'assistance, pour qui les décisions

⁴⁹¹ Francisco Palacio Espasa, « La place de la parentalité dans les processus d'organisation et de désorganisation psychique chez l'enfant », *Psychologie clinique et projective*, 2000, vol. 6, n° 1, p. 15-29.

⁴⁹² M. Bydlowski, « La crise parentale de la première naissance. L'apport de la psychopathologie », art cit, p. 74.

⁴⁹³ François Richard, *Les Troubles psychiques à l'adolescence*, Paris, Dunod, 2000, p. 10.

doivent être prises. Elle se sent « dépossédée », traitée comme un « objet ». Au-delà des évènements récents, l'évolution de ses enfants a participé de son sentiment d'évolution de soi lors du processus du vieillir.

Elle date les évènements importants de sa vie en fonction de l'âge de son fils : son fils était déjà né quand sa marraine est tombée malade, elle devait donc avoir 35 ans ; une anomalie ovarienne lui a été détectée quand son fils avait 4 ans ; ses vertiges paroxystiques ont débuté lorsqu'il était adolescent. Comme nous en avons fait l'hypothèse, la référence à l'âge, plus que d'être un marqueur temporel objectif, réfère Mme Heau dans son existence en fonction des positionnements adoptés vis-à-vis des autres significatifs. Un changement décisif survient pour elle lorsque son fils quitte le foyer familial. Divorcée depuis longtemps, elle avait depuis peu décidé d'accueillir chez elle une connaissance pour aider celle-ci à surmonter les épreuves l'ayant mené à une tentative de suicide.

« Et bon, on [son fils et elle] a été sur la même longueur d'ondes toute, toute sa vie avec moi. Jusqu'à ce qu'il s'installe avec son... non il s'est installé un petit peu tout seul d'abord mais il fréquentait déjà son épouse de maintenant. Et d'ailleurs, avant il était chez moi. Quand il [son ami] est arrivé chez moi, il [son fils] y était encore. Et c'est lui [son ami]... Bon, [son fils] cherchait déjà un petit logement pour lui, puisqu'un jour il m'avait dit : "tiens je vais visiter un truc, tu viens avec moi"... bon. Mais, en fait, ce qui a motivé qu'il se dépêche de trouver quelque chose, c'est que [son ami] a fait une scène à n'en plus finir, que mon fils c'était Tanguy, qu'il en avait marre, que c'était ou lui ou mon fils, qu'il s'en foutait d'aller dans la rue, il n'allait pas se suicider mais il n'allait plus le supporter. Enfin bon. Et donc un soir [son fils] est arrivé... Enfin là-dessus il [son ami] était parti euh... faire un tour. Et [son fils] m'a trouvé en larmes à la maison et je lui ai dit : "il m'a dit ça", et je lui dis : [...] "je n'arrive pas à mettre quelqu'un à la porte". [...] Et... j'avais dit à [son fils] : "écoute, puisque tu cherches déjà... A ce moment-là il vaut mieux que ce soit toi qui trouves, lui il ne peut pas trouver quelque chose". Et mon fils est devenu blanc. Et ça je m'en souviendrai toute ma vie. Il est devenu blanc parce que quelque part, je lui disais : "écoute il faut que tu trouves quelque chose". Ça je l'ai beaucoup regretté par la suite. Mais enfin bon. Il ne m'en a pas tenu griefs. »

Nous pensons voir dans cet extrait les prémisses du « deuil développemental » théorisé par Palacio Espasa, mouvement concomitant d'un deuil parental de la part de Mme Heau. Son fils devenant adulte, ayant une relation sérieuse avec celle qui deviendra sa femme et la mère de ses enfants, cherche son propre logement. Mme Heau, quant à elle, privilégie à ce moment – bien que cette décision soit conflictuelle – sa vie de femme par rapport à celle de mère : elle choisit, pour habiter avec elle, son compagnon plutôt que son fils. Les relations aux partenaires respectifs s'immiscent et exigent des modifications de la relation mère-fils. La compagne du fils de Mme Heau, comme le compagnon de Mme Heau, supportent mal cette relation mère-fils qui devra se poursuivre presque clandestinement : à défaut de pouvoir se retrouver chez l'un ou chez l'autre du fait des conflits avec les conjoints respectifs, ils se retrouvent au parc. A la naissance des enfants, les conflits empêchent Mme Heau d'investir un rôle de grand-mère vis-à-vis de ses petits-enfants. La permutation dans l'ordre des générations est entravée par les dynamiques œdipiennes

qui infiltrent les relations familiales. Le détachement par rapport à son rôle de parent sonne malgré tout une nouvelle étape dans sa vie. Ses enfants étant partis de la maison, elle aimerait pouvoir recouvrer son indépendance en rejoignant une résidence senior, loin des contraintes ressenties liées à sa position de mère et à sa position de compagne – elle aimerait que son ami, dès qu’il aura retrouvé une autonomie financière, quitte son domicile pour trouver le sien.

Les dynamiques œdipiennes sont aussi à l’œuvre dans les relations de Mme Heau à sa fille, bien que dans un registre différent. Mme Heau, sûrement du fait de la persistance d’une rivalité œdipienne – a toujours eu des relations plus conflictuelles avec sa fille qu’avec son fils. Elle se sent dépossédée par sa fille qui voudrait prendre les décisions pour elle, et qui refuse de venir la voir chez elle, ne cautionnant pas ses choix. Vis-à-vis du souhait de Mme Heau de déménager dans une résidence pour personnes âgées, sa fille s’en offusque et refuse de prime abord de l’aider. Mme Heau voit derrière ce refus, non pas uniquement une opposition à son désir, mais surtout la preuve de son amour.

« Elle, elle était tout à fait opposée... donc que je me prenne un deux pièces, mais pas que je me retrouve là. Donc je lui dis : “bah viens avec moi, tu me convaincras peut-être”. [...] Oh parce que vous savez, les jeunes... elle a 40 ans, elle ne veut pas que je vieillisse. Moi il fut un temps, je ne voulais pas que ma mère vieillisse. Je ne voulais pas accepter de le croire. Je crois que c’est ça un peu. [...] Oui, mais même quand elle voulait mourir bah, je n’ai pas compris que j’aurais dû lui dire : “ben oui tu as raison”, au lieu d’essayer de la faire manger, des bêtises comme ça. On fait son expérience. »

Ambivalence des sentiments entre Mme Heau et sa fille, qui fait écho à l’ambivalence des sentiments entre Mme Heau et sa mère. Lorsque la fille de Mme Heau change de comportement envers sa mère, elle lui signifie son vieillissement en devenant « la personne qui décide », tout en refusant son vieillissement du fait de l’amour qu’elle lui porte, et peut-être en résistance face à ce que signifie pour elle, au niveau symbolique, que sa mère vieillisse. Tout comme Mme Heau, quelques années plus tôt, était devenue la soignante de sa mère – au grand dam de celle-ci –, tout en refusant, par attachement, l’idée qu’elle puisse mourir un jour.

« Et puis, j’essaye de savoir si je me suis conduite de la même façon avec maman. [...] Mais je veux dire, si j’ai eu des fois des réflexes comme ça. Il est probable. Il est probable que oui. Alors, peut-être pas formulé de la même façon [...] Ben, écoutez, on est bête quand on n’est pas encore très vieux, parce que quand c’est sa maman on n’a pas envie qu’elle meure »

La manière de Mme Heau de réagir aux changements de positionnement de sa fille vis-à-vis d’elle, en même temps qu’elle renforce l’identification à sa propre mère – une figure de référence étant convoquée pour se situer par rapport à l’émergence d’un nouveau rôle au sein de la famille, – influence la réaction de Mme Heau face à sa fille.

De la même manière, les réactions de Mme Heau face aux mouvements de sa relation avec son fils, sont alimentées par ses relations avec sa propre mère. Mme Heau porte en elle un intense

sentiment de rejet, qu'un travail psychothérapique lui permet de verbaliser pendant l'entretien de recherche – nous avons déjà par ailleurs mentionné cet extrait :

« Bon c'est peut-être un peu lourd, mais bon, je n'avais pas l'affection de ma mère, tellement, elle s'est toujours occupé de moi hein, il n'y a pas de problème, mais elle me disait des choses...alors il faut dire que mon papa est tunisien, ma mère bretonne, et que j'étais très brune. Je...au soleil, dès le premier soleil, j'étais noire, mes cheveux étaient très noirs, mes deux sœurs, ma sœur aînée, était beaucoup plus claire, et ma petite sœur aussi. Et ma mère me disait des choses dans le genre "mais qu'est-ce qu'elle a dans le sang" ou bien "tu n'es pas ma fille", enfin des choses... [...] En même temps, j'étais extrêmement révoltée, volontaire, indépendante, et...et en même temps, je n'étais pas tout à fait sûre d'être légitime *(pleurs)* »

Les propos de Mme Heau nous permettent de tirer quelques hypothèses. Elle dit elle-même que son incapacité à forcer son compagnon à quitter son logement – malgré son envie et le sentiment d'oppression et de censure intense qu'elle ressent depuis 12 années de cohabitation – relève d'une impossibilité à infliger à quelqu'un d'autre le rejet qu'elle a ressenti pendant son enfance. Mme Heau projette sur son compagnon des éléments traumatiques issus de sa relation avec sa mère, nous pourrions dire, transmis par sa mère, et garde contact avec ces éléments en s'identifiant à son compagnon, ce qui permet le développement de sentiments empathiques vis-à-vis de lui. Nous voyons, dans le choix de Mme Heau de privilégier son compagnon plutôt que son fils lorsque des conflits nécessitent que l'un d'eux quitte le logement commun, l'impossibilité de Mme Heau de surmonter son désir inconscient de réparation vis-à-vis de ses propres souffrances infantiles, tendances qu'elle projette sur son compagnon.

Par ailleurs, lorsque sa mère est malade, Mme Heau s'en occupe plus que ses deux autres sœurs, qui restent à distance. Malgré les récriminations de sa mère, nous pouvons supposer que la présence de Mme Heau au chevet de sa mère avait pour but inconscient de la légitimer enfin auprès d'elle. Soigner sa mère par amour, se légitimer auprès d'elle, et aussi peut-être transformer l'expérience passive en activité en se saisissant de ce moment où la puissance terrassante de sa mère diminue, pour enfin pouvoir s'imposer auprès d'elle. Ambivalence des sentiments qui infiltre son interprétation des réactions de sa fille, qu'elle comprend comme étant les mêmes que les siennes. D'où peut-être sa grande difficulté à devoir abandonner à sa fille cette légitimité et position si durement gagnée, lorsqu'elle-même devenant âgée, la permutation dans l'ordre des générations l'invite à la reviviscence d'une identification maternelle.

* * *

Mme Heau nous fournit donc un exemple de l'intrication des dynamiques œdipiennes et de leur réactualisation au gré des événements de la vie, entraînant des modifications des mouvements identificatoires et projectifs vis-à-vis des membres de la famille. Son sentiment du vieillir prend source dans les échanges identificatoires et projectifs avec ses enfants, et ses propres parents qui participent des mouvements des positionnements dans l'ordre des générations.

Il nous semble donc que les catégorisations liées à l'âge, les attentes que les uns portent sur les autres, et que les autres portent sur les uns du fait de l'âge, sont héritières de la différenciation des sexes et des générations à laquelle l'enfant est introduit lors du conflit œdipien.

Les enfants sont introduits inconsciemment à une logique structurale de distinction des générations, sont inscrits par leurs parents dans un ordre symbolique. Devenant adulte à leur tour, les sujets font face à des événements de la vie aboutissant à des transformations du processus d'identification inconscient aux parents, et les invitant à occuper successivement les différentes places dans le fantasme figurant les places respectives dans l'ordre symbolique. Les attentes relatives à l'âge sont omniprésentes, de l'enfance à la mort et s'expriment dans les relations aux générations précédentes comme aux générations suivantes. Il nous semble donc que c'est dans le lien à l'autre, par le biais des mouvements identificatoires et projectifs, que l'hypothèse d'un changement qualitatif entre adultité et vieillesse prend de la substance, et que le sens donné à sa vie et à son existence est dès lors amené à évoluer.

3.8. Devenir vieux : un mouvement collectif et générationnel

Nous pourrions tout de suite objecter, comme nous l'avons fait plus tôt, que les mouvements dans l'ordre des générations, au niveau familial, ne sont pas vécus par tous les patients au moment du devenir vieux, ce qui irait à l'encontre de la pertinence de l'hypothèse de la production d'effets psychiques particuliers à ce moment de la vie. Comme Mr Sial, dont le père décède lorsqu'il a 12 ans – l'invitant, selon sa culture, à prendre sa place de chef de famille malgré son jeune âge –, de nombreuses personnes connaissent la maladie et la mort de leurs parents dès le plus jeune âge. D'autre part, certaines personnes ne deviennent jamais père ou mère, ou bien ne deviennent jamais grands-parents. Attias-Donfut remarque, en partageant l'expérience d'une connaissance quinquagénaire, que les personnes sans enfants partagent une certaine forme « d'immobilité dans la représentation de soi et du temps ainsi qu'une plus grande difficulté à voir et accepter le passage des générations »⁴⁹⁴.

Nous ne nous arrêtons cependant cette fois pas à cette objection. Pourquoi, alors qu'il nous a en revanche paru raisonnable de réfuter l'existence d'une réalité de la vieillesse comme conséquence du vécu d'accumulation des pertes ? La réponse se trouve à nouveau dans le rapport à l'autre, cette fois, non pas dans les relations qu'Anne Aubert-Godard qualifie de verticales – c'est-à-dire dans les relations de type enfants-parents, – mais plutôt dans celles qu'elle qualifie d'horizontales – c'est-à-dire les relations entre pairs d'une même génération.

Pointer l'importance de la relation aux pairs dans la définition de soi nous invite à nous arrêter sur l'impact de l'adolescence sur les processus identificatoires et la construction identitaire. Selon Evelyne Kestemberg⁴⁹⁵, à l'adolescence, la puberté réactualise le conflit œdipien, dans la

⁴⁹⁴ C. Attias-Donfut, « Vieillir au féminin », art cit, p. 97.

⁴⁹⁵ Evelyne Kestemberg, « L'identité et l'identification chez les adolescents » dans *L'Adolescence à vif*, Paris, PUF, 1999, p. 7-96.

mesure où l'inceste est désormais réalisable. Le développement sexuel reprend là où il avait été abandonné lors de l'entrée dans la période de latence. Le rejet brutal des imagos parentales relève alors d'un besoin et est le révélateur d'une lutte contre l'implication fantasmatique œdipienne des désirs génitaux. Dans le meilleur des cas, l'adolescent parvient à diluer l'investissement objectal dans le groupe social, permettant une satisfaction libidinale à distance des conflits émotionnels portant sur les parents. « Grandir, nous dit Richard, est un acte agressif qui met symboliquement les parents à mort : à la culpabilité qui en découle s'ajoute le deuil difficile du lien aux parents de la petite enfance »⁴⁹⁶. L'identification au groupe permet une réassurance de l'estime de soi et de l'identité. D'après lui, il existe à l'adolescence une quête fraternelle du semblable : l'émancipation par rapport aux parents s'accompagne d'un investissement de groupes d'autres adolescents ainsi que du champ socio-culturel. L'adolescent est à la recherche de nouvelles identifications secondaires, d'objets extérieurs pour alimenter l'Idéal du moi et se dégager des objets parentaux internalisés. Dans le meilleur des cas, la traversée de la crise d'adolescence permet l'insertion dans la société, au-delà de l'insertion dans la famille. Au-delà des parents, ce sont les pairs qui assureront à l'adolescent une fonction d'identification, de projection, de miroir. A la faveur du processus adolescent, l'inscription du sujet dans l'ordre des générations au sein de la famille s'étend à l'inscription dans les générations, au sens d'une génération collective. « Tout sujet n'existe que dans sa relation à ses prédécesseurs et successeurs, ainsi qu'à ses contemporains. L'enchaînement des générations est un fait social : il y a action réciproque entre les « jeunes » et les « anciens », ces derniers ayant à se transformer lorsque les jeunes deviennent adultes »⁴⁹⁷.

Le quinquagénaire présenté par Attias-Donfut, si lui-même n'a pas d'enfants, n'est pas épargné de la différenciation des générations. Un contrôleur confond la jeune femme inconnue avec qui le quinquagénaire avait engagé une conversion avec sa fille. S'il est frappé par cette question, montrant qu'en l'absence d'enfants il n'avait pas de lui-même remarqué sa permutation dans l'ordre des générations, celle-ci se rappelle à lui, par le biais de ce que projettent sur lui de parfaits inconnus : le contrôleur et la passagère du train. La notion de génération peut ainsi être élargie de la famille à la société. Lorsque Mme Ouna remarque qu'elle fait partie de la génération qui se rapproche de la mort, elle ne se réfère pas à la disparition de ses propres parents, mais des proches ou anonymes de la génération précédente. Le sentiment du vieillir est ainsi véhiculé, au-delà de l'histoire familiale, dans l'inscription générationnelle dans la société. Mr Deht fait référence, tantôt à la génération de son père, tantôt à la génération de son fils, dont il ne partage plus les mêmes références culturelles avec les membres :

« Et effectivement, quand on était...j'ai fait mon service militaire il y a 50 ans, on était payés avec du tabac. Donc on ne voyait pas du tout ce problème, nous les jeunes, de cette manière-là [...] Et puis la génération de papa et même la nôtre jusqu'à 30, 40 ans, on n'a jamais été alertés par ces problèmes. [...] Mais, bon, en ce qui concerne le tabac on a fait notre service militaire, on était payés avec du tabac donc...à cette époque-là

⁴⁹⁶ F. Richard, *Les Troubles psychiques à l'adolescence*, op. cit., p. 21.

⁴⁹⁷ *Ibid.*, p. 19.

encore, en 58, en 60, on n'était pas encore alertés par ces problèmes liés au tabagisme [...] [Aujourd'hui], on en parle énormément, et dans les médias et télévision ou autre, que je pense qu'ils [la génération de ses enfants] sont avertis. Ils mènent des vies plus saines que celles que nous avons vécues, nous, à notre époque. Parce qu'il y avait beaucoup moins d'alertes qu'aujourd'hui. Donc je pense qu'ils sont plus concernés » (Mr Deht)

Il ressort des entretiens avec les patients que le passage à la vieillesse leur arrive, même lorsqu'il ne leur arrive pas à eux, par le biais de l'identification aux pairs. Pour Mme Ouna et Mr Deht, par exemple, plus que l'accumulation des pertes à un niveau individuel entraînant le retrait de l'économie libidinale, il s'agit plutôt de l'exposition de leur propre fragilité par le biais de personnes faisant partie de leur communauté identificatoire, qui tombent malades, ou meurent :

« Maintenant j'attends les résultats de... j'espère que ce sera... la seule chose c'est que j'espère que ce sera négatif dans tous les sens du terme. Surtout qu'en ce moment j'ai une belle-sœur qui est en train de mourir de ça donc [...] Si vous voulez ça me fait quelque chose parce que je me dis, oh la la finir comme ça c'est... Donc c'est une fille... bon elle a à peu près le même âge que moi. Elle doit avoir 73, moi j'en ai 75 c'est kif kif quoi... » (Mme Ouna)

« Autrement, non, je n'y pense pas [à la maladie, à la mort]. On a tellement d'occasions et d'opportunités de se réjouir et de rigoler, donc on en profite. [...] Ben on y pense un peu plus automatiquement, quand on a des amis proches, qui vous tirent, qui tirent leur révérence. On pense à soi à ce moment, dans le fond on est dans la même tranche d'âge, voire plus âgé, euh... il y a 8 jours, on était ensemble, on s'est vus vendredi, on a décidé qu'on se ferait un bon petit golf le lundi et le week-end, il s'est assis, il s'est endormi, il ne s'est pas réveillé. Ben... ça vous file un coup, si vous voulez, en disant, ben ça peut arriver. » (Mr Deht)

Chez Maupassant, Proust, ou encore Simone de Beauvoir, ou bien d'autres ayant écrit sur le vieillissement, les personnes vieillissent après une rencontre avec un pair : les rides, la maladie, l'absence de séduction, se constatent chez un autre, un autre auquel la personne se référerait par le passé ou encore aujourd'hui. Par des mouvements identificatoires et projectifs, la vieillesse propre devient apparente dans le regard de l'autre :

« ...on peut quand même avoir éprouvé une certaine satisfaction de voir que dans le fond ça ne se porte pas trop mal, que les copains nous trouvent en forme, que... enfin tout va bien quoi. [...] Oui, certainement [l'avis des amis] compte, oui. Ben quand ils commencent à dire : "ben dis donc tu as une tête, qu'est-ce qui se passe ? Tu ne vas pas bien ?" Systématiquement ça vous alarme. Ça vient peut-être d'un petit rien ou d'un mauvais regard de sa part. Si je me sentais mal, je me sentirais mal, mais oui certainement que la... l'avis des amis compte quand même pas mal [...] On ne se voit pas vieillir, puisqu'on vieillit ensemble entre amis et on en voit certains qui déclinent quand même plus que d'autres, pour lesquels les années comptent double à un certain moment. Et on a l'impression de passer au travers. Donc c'est rassurant » (Mr Deht).

Nous percevons aussi, dans ce verbatim, la collusion des rapports horizontaux et verticaux, et entre le rapport à la mêmété et à la différence dans le rapport à l'altérité. Ensemble, Mr Deht et ses amis vieillissent simultanément : ils ne se verraient pas vieillir s'ils ne se définissaient pas en référence à d'autres groupes, plus vieux ou plus jeunes. Ils se définissent comme même, dans un rapport d'horizontalité, en référence aux autres générations par rapport auxquelles ils se définissent comme différents, dans un rapport de verticalité. La différence s'exprime également dans les relations horizontales, lorsqu'au sein de leur groupe, ils se définissent les uns par rapport aux autres, certains déclinant plus rapidement que d'autres.

Nous pourrions dire que c'est ici que la logique du déclin dans le vieillissement prend de la valeur, autrement dit, que les catégories statistiques reprennent de la valeur. Les critères dont nous réfutons l'existence systématique au niveau individuel ont une vérité populationnelle. S'il est tout aussi possible d'accumuler les pertes à un jeune âge qu'étant plus âgé, et s'il est possible que même avec l'âge, les personnes déclinant franchement soient moins nombreuses que les personnes gardant une certaine forme, il reste que les personnes déclinant et accumulant les pertes sont plus nombreuses chez les personnes vieilles que chez les personnes jeunes. Il y a plus de personnes qui déclinent et qui perdent chez les vieux ; la génération des « vieux », par opposition à celle des « jeunes », se définit par l'augmentation de la fréquence des pertes au niveau physique, social. Cette réalité de fréquence, qui n'a de valeur que statistique, populationnelle, et ne dit *a priori* rien du destin individuel, devient une réalité individuelle lorsqu'est prise en compte la place de l'autre dans la construction identitaire, par le jeu des identifications et le développement d'un imaginaire associé aux catégories symboliques.

« Certaines occasions de rencontres, en vieillissant on a plus de gens qui vieillissent autour de nous, de la famille, des amis et on se dit "tiens", ben on entend parler, tiens ou des gens qu'on connaissait, mais sans plus vous savez ? Tiens, un tel il est mort, il avait un cancer. Tiens, un tel il est mort, il avait un cancer... des gens de notre âge qu'on a connus il y a longtemps quoi. Ou la famille, mais la famille ils ont, allez, 80 ans, ils sont morts. Bon ben tout ça, après on se dit, plus on vieillit, malheureusement plus on est seul quoi. C'est sûr que quand on a 25 ans, ou nos proches, ou les gens qu'on connaît ils ont plus ou moins notre âge, donc tout ça on en voit moins, ou alors, c'est des accidents ou des cancers. On en voit moins qu'à 58 ans, ça, c'est sûr ». (Mme Kcoa)

L'âge, au niveau social, constitue une référence : référence des attentes des autres, références de la perception que l'autre a de soi. « La question de l'identité n'est pas tant "qui suis-je ?" mais plutôt "Toi qui me regardes, que vois-tu de moi ? Toi, qui dis-tu que je suis ?" Vieillir, c'est accepter que l'autre, à ce moment, réponde : "Je dis que tu es vieux." Toi qui me regardes vieillir, qu'attends-tu de moi ? »⁴⁹⁸. Il est donc nécessaire de distinguer les événements dans leur fonction symbolique et sociale, de leurs implications à un niveau réel, et sur l'économie libidinale. Nous nous accordons donc avec Gorz, pour conclure que « l'âge — tant le nombre d'années que l'idée de maturation, de vieillissement, de vie et de mort sans laquelle le décompte du nombre des ans

⁴⁹⁸ Billé Michel, « Vieillir, comme une chance » dans *Comment l'esprit vient aux vieux*, Toulouse, Erès, 2016, p. 47.

n'aurait pas de sens — nous vient originellement des autres, que nous n'avons pas d'âge pour nous-mêmes, mais seulement en tant qu'Autres, par référence tant à la longévité moyenne des individus de notre société [...] qu'aux étapes et passages initiatiques à un statut nouveau que la société institue sur la base de cette longévité moyenne »⁴⁹⁹.

.....

Point d'étape

Arrive un moment où, sans forcément qu'un changement personnel qualitatif ait eu lieu, le comportement des autres à son égard change. Les plus jeunes se lèvent dans le métro pour laisser la place à la personne plus âgée ; la fréquence des jeux de séduction avec des inconnus semble se tarir ; les références culturelles au cœur de la construction subjective personnelle ne sont plus connues des plus jeunes ; le médecin propose un bilan de santé annuel même en l'absence de symptômes somatiques et des invitations à des dépistages sont reçues par la poste ; la personne est maintenant éligible à des réductions sur les places de cinéma et les billets de train... Le sentiment de vieillesse se forge en réaction aux images de soi renvoyées par autrui, autrui dont l'identité se forge en réaction aux images de lui renvoyées par soi. C'est selon nous en cela que la vieillesse se distingue comme moment spécifique de l'existence. Il est possible d'avoir le sentiment d'être vieux, de s'identifier au vieux, sans être personnellement malade, sans connaître l'accumulation de perte d'objets libidinalement investis. Et ce, dans la mesure où chez nos pairs, ceux avec qui nous nous identifions, les maladies et les pertes s'accumulent. Une personne, qu'elle ait personnellement des petits-enfants ou non, est modifiée, dans l'interaction avec ses pairs, par leur propre accession à la grand-parentalité ; elle est affectée par le développement de leurs petits-enfants, par le développement des enfants du monde entier, se multipliant les individus avec lesquels elle ne partage pas les mêmes références culturelles et historiques.

La spécificité des vieux par rapport aux autres adultes se situerait donc, selon nous, dans la rencontre du sujet avec le signifiant « vieillesse ». C'est dans la mesure où la vieillesse et l'âge se posent comme signifiants qu'ils deviennent agissants pour le sujet. Aux perturbations réelles, correspondant aux changements du corps et à leurs conséquences somato-psychiques, aux pertes réelles des objets d'investissement, s'adjoignent des permutations des places dans l'ordre symbolique. Il est important de noter que, si c'est la catégorie « vieillissement » qui nous a mené sur cette piste, la pathologie somatique n'est pas exempte de perturbations somato-psychiques entraînées par la rencontre à la première personne avec un signifiant. Certaines personnes, et notamment dans le cadre du dépistage, seront dites « malades », « pré-cancéreuses » ou « cancéreuses » sans avoir jamais ressenti de changements dans leur corps.

Mais ce qui nous intéresse surtout, dans cette partie, est que les personnes à qui est proposé le dépistage ont déjà vécu certaines de ces expériences de confrontation symbolique à la précarité.

⁴⁹⁹ A. Gorz, *Le traître/Le vieillissement*, *op. cit.*, p. 381.

Elles ont même sûrement été modifiées par elles. La pathologie somatique et le vieillissement entraînent, au-delà des changements du corps réels, des modifications du rapport à l'autre, des modifications des mouvements identificatoires et projectifs véhiculant l'inscription du sujet dans l'ordre symbolique. Reste à préciser comment une identification symbolique peut confronter le sujet à sa précarité, et par-là faire que certains événements peuvent, même en l'absence de fragilisation réelle du corps, constituer des événements perturbateurs.

4. Maladie et vieillesse : devenir un autre

Il est possible qu'une personne soit désignée « vieille », « malade » ou « handicapée », et ce même sans faire l'expérience de symptômes somatiques, dans la mesure où elle est assignée à cette place dans le lien à un autre, ou car elle s'identifie, du fait de la perception d'une analogie entre les moi, à une personne elle-même assignée à cette place. Nous nous sommes dans la section précédente attachée à définir les origines des assignations au « vieux », dont les implications sont plus complexes car elles s'inscrivent au cœur des relations intergénérationnelles. Nous allons maintenant relever les effets sur les personnes de telles identifications, assignations et désignations. Celles-ci peuvent en effet véhiculer un sens qui perturbent les sujets en exposant soudainement, et contre leur gré du sujet, leur précarité.

Mme Glaa : avoir ou être, vivre ou devenir

Nous rencontrons Mme Glaa lors de deux entretiens. Elle a 67 ans lors du premier entretien, 68 ans lors du second. Les éléments qui ont retenu notre attention dans l'analyse des entretiens avec Mme Glaa, et qui expliquent notre choix d'exposer ici cette vignette clinique, sont les opérations psychiques sous-jacentes à la qualification de ses troubles somatiques au long des entretiens, rendant apparente la présence d'un travail identificatoire complexe.

Lors du premier entretien, Mme Glaa répète de nombreuses fois, qu'à l'exception des troubles somatiques dont elle fait l'expérience depuis 1 an – 1 an et demi, elle n'a jamais été malade, ne sait pas ce qu'est être malade, ou n'a pas conscience de vieillir.

« Non, je n'ai jamais eu en tête l'idée d'être malade. C'est ça surtout, vous voyez ? Même quand j'étais enceinte, jusque...le samedi je travaillais encore, j'accouchais le lundi, vous voyez ? Je n'ai pas la notion de malade. En plus je suis très dure à la douleur donc...[...], dans ma tête, je ne sais pas. Non, non. Malade je ne sais pas ce que c'est. »

« Et c'est vrai qu'en dehors de ça, vieillir, je n'ai pas conscience en dehors de ça, je n'ai pas conscience de vieillir »

Toujours lors du premier entretien, elle décrit les symptômes qu'elle ressent actuellement du fait des artérites diagnostiquées environ un an et demi plus tôt. Elle est dans l'incapacité de

monter 10 marches d'un escalier, doit s'arrêter tous les 10-15 mètres pour se reposer. Elle a le sentiment d'avoir « du plomb, du béton dans la jambe ». Ses troubles affectent fortement sa vie quotidienne : elle ne peut plus visiter d'exposition, aller au cinéma, marcher dans la rue, promener son chien. Elle refuse de partir en vacances avec des amis parce qu'elle a le sentiment qu'elle serait alors un poids pour les autres, ne pouvant pas les accompagner se baigner, se promener, jouer avec eux dans le jardin. Elle a des douleurs très intenses dans les genoux, dans la plante des pieds, ne peut pas se relever seule si elle est à terre. Elle considère ses troubles « handicapant ».

« Et ce handicap me fait souffrir, moralement et physiquement. »

Son handicap l'empêche d'agir comme elle le voudrait, d'être comme elle se considère. Elle ne peut plus marcher vite et faire du sport, or elle a toujours été active et sportive. Elle ne peut plus nettoyer chez elle comme elle le voudrait, or elle a toujours été « maniaque ». Elle s'ennuie du fait de l'inactivité forcée, ce qui n'avait jamais été le cas avant.

Une autre dimension apparaît lors du second entretien, lorsque Mme Glaa remonte plus loin dans le passé, et raconte les autres affections et troubles somatiques dont elle a fait l'expérience. A 28 ans, elle connaît des premiers symptômes d'essoufflement qu'elle attribue au tabagisme, et qui rendent plus difficile la pratique d'une activité sportive. A 33 ans, à la suite d'un accident domestique impliquant la chute d'un miroir sur son bras, elle doit être opérée. Ayant 3 tendons et une artère sectionnée, elle manque de perdre sa main et ne peut plus utiliser son bras pendant plusieurs mois. Elle souffre déjà énormément à cette époque de ne pouvoir gérer son foyer comme elle l'entend, et de devoir faire appel à des aide-ménagères. Elle devient « infernale ». Elle fait par ailleurs fréquemment des œdèmes et des varices apparaissent régulièrement.

A 55 ans – 13 ans avant l'entretien –, des troubles somatiques sévères se déclarent. Le premier symptôme est l'incapacité de se lever de son siège de train, alors qu'elle rendait visite à une amie. S'en suivent quatre ans de souffrance qu'elle décrit comme « intolérable ». Pendant 8 mois, elle suit d'innombrables batteries d'examen relativement invasifs, pour diverses pathologies neurologiques. Tous ressortent négatifs. Il lui est diagnostiqué, par élimination, une polynévrite des membres inférieurs. Lorsqu'elle marche, poser son pied sur le moindre caillou est source d'intenses souffrances. Elle a un début de paralysie du côté droit du corps ; lorsqu'elle mange, elle se trouve parfois en difficultés pour mettre la nourriture dans sa bouche avec une fourchette, ce qu'elle juge profondément inquiétant. Elle a d'énormes difficultés à se déplacer. Pendant 18 mois, elle prend continuellement de la morphine. Mme Glaa dit avoir parlé plusieurs fois avec sa mère de mettre fin à ses jours si les souffrances ne diminuaient pas. Des infiltrations répétées soulagent cependant sa douleur. Un an après les premiers symptômes de la polynévrite des membres inférieurs, Mme Glaa est ménopausée. Elle a l'impression, à cette occasion, de perdre la maîtrise de son corps. Elle prend 30 kg et déclenche une ostéoporose sévère. Dans les années qui suivent, elle fera l'expérience de la fracture de 3 orteils d'un pied, de 2 orteils de l'autre, d'une double fracture du poignet, d'une fracture de la cheville, d'une fracture du péroné et d'un bras. Il lui est également diagnostiqué un trouble thyroïdien.

Quatre ans après le début des symptômes de la polynévrite des membres inférieurs, elle connaît une période de rémission lors de laquelle les douleurs se font beaucoup plus raisonnables, et ne nécessitent plus le recours aux infiltrations ou à la morphine. Pendant cette période de rémission, en 2013, son médecin lui prescrit un doppler, toujours dans le cadre de douleurs aux jambes. Le médecin de l'hôpital lui prescrit une pose de stent immédiate face à l'obstruction des artères. Mme Glaa vit très violemment cette prescription – nous y reviendrons –, signe une décharge et repart de l'hôpital sans s'être fait opérer.

Deux ans après, ayant totalement oublié avoir déjà passé un doppler, elle demande à son médecin – elle a, par suite d'un déménagement, changé de médecin généraliste – de lui prescrire cet examen face à la recrudescence inquiétante de ses douleurs aux jambes. C'est à l'occasion du second doppler que le médecin de l'hôpital, après avoir cherché son nom dans la base de données, retrouve le précédent doppler et lui rappelle qu'elle avait déjà passé cet examen deux ans plus tôt.

Chronologiquement, nous voilà revenue aux symptômes très invalidants qu'elle décrivait lors du premier entretien, qui durent sans amélioration depuis un an et demi. L'opération qu'elle subit n'améliore pas sa situation significativement, à son grand désespoir.

Revenons à la qualification par Mme Glaa de ses souffrances. Pour chaque trouble, que ce soient les varices, l'accident à 33 ans, la polynévrite des membres inférieurs, l'ostéoporose, les artérites, Mme Glaa fait une distinction claire entre l'avoir une maladie, un problème ou une infirmité, et l'être malade ou infirme. Lors des deux entretiens, l'« être malade » est systématiquement convoqué sous forme de négation :

« Non, je n'ai jamais eu en tête l'idée d'être malade [...] Malade je ne sais pas ce que c'est. Mais ça [les artérites], oui, ça, je sais ce que c'est »

« Et effectivement, bon heureusement ça a été mieux et si je n'avais pas eu ce problème [la polynévrite], bon, je ne serais pas malade. Parce que je n'ai jamais été malade. »

« ...enfin non, j'ai eu une artère de sectionnée et trois tendons. Parce que j'ai reçu un miroir sur la...sur le bras. Mais sinon, rien. Non, je n'ai jamais été malade. » ; « J'avais 33 ans, mais c'était la première fois véritablement, bon à part les problèmes d'anesthésie, je faisais des œdèmes, ok. Mais, je veux dire, je n'avais jamais rien eu, moi dans ma vie. [...] Mais je n'ai jamais été malade, jamais, jamais, jamais. »

Il lui arrive cependant de parler de sa « maladie » :

« ...j'ai...pour voir pourquoi eux n'arrivaient pas à déceler ce qu'il y avait avec cette maladie qui n'est pas visible. Les polynévrites c'est...voilà. [...] Non, non, c'était bien là et j'ai laissé tomber...enfin je n'ai pas laissé tomber, je n'ai pas fait ce qu'il fallait...j'aurais dû prendre la maladie bien plus avant. »

« Donc ça fait...ça fait...ça fait 13 ans. Et bien, voilà. 13 ans que je subis cette maladie et je me disais "bon, ça va, je me fais soigner quand même, donc ça devrait s'améliorer". »

Si la distinction des termes, entre l'avoir ou l'être, est plus nette – parce que systématique –, à propos de la maladie, un processus similaire nous semble à l'œuvre, et plus révélateur des enjeux psychiques sous-jacents, lorsque Mme Glaa fait référence à la question du « vieillir » et du « vieux » ou du « handicap » et du « handicapé ». Nous pouvons en effet repérer une ambivalence similaire quand elle se réfère au vieillir. Les deux verbatims suivants nous montrent, bien que sous forme de négation, l'émergence de la question du vieillir dans l'expérience de Mme Glaa :

« Mais enfin, c'est dû principalement à cette poitrine énorme, qui, avec ce médicament, a également pris. Bon, et donc ça ne m'a jamais...je n'ai jamais été obsédée par le vieillissement...moi je me portais très bien hein ? Je...je faisais de la marche, je courrais, je faisais du tennis. Alors là, vieillir, je ne savais même pas ce que ça voulait dire. Et après la ménopause, bonjour. Là, je me suis dit "Oh là..." et c'est là où tous mes ennuis d'ailleurs, sont arrivés hein ? »

« ...Mais voilà, je savais que je devais faire attention, que j'avais les os qui s'étaient fragilisés, bon. Mais...mais vieillir...non. Même aujourd'hui, hein ? Je n'ai pas ce truc...la seule chose c'est que je me dis que oui, c'est vrai, pendant toute la période où j'ai été très à l'aise jusqu'à 56 ou 57 ans, et bien c'est vrai que... [c'était différent] »

Avant la pathologie somatique et la ménopause, Mme Glaa n'était pas concernée par le vieillissement, nous laissant suggérer qu'aujourd'hui, au moins en partie, elle l'est. La question du « vieux » se pose pour Mme Glaa, à la première personne, en référence à des caractéristiques réelles personnelles. Si la représentation du « vieux » ou du « vieillir » comme moment d'existence apparaît, cela ne s'accompagne pas pour autant de l'émergence du sentiment d'être vieille. Bien au contraire, car un hiatus s'établit entre l'expérience personnelle et la représentation du vieux :

« Et ce handicap me fait souffrir, moralement et physiquement. Parce que pour moi c'est vraiment une...c'est vraiment là...c'est comme si j'étais vieille vieille, vous voyez ? Ne plus pouvoir, ça, c'est quelque chose que je n'admets pas quoi, c'est un truc...ne plus pouvoir ».

« Et là, ça m'angoisse d'être obligée de faire attention, de m'arrêter...j'ai l'impression, là vraiment, d'être une petite vieille. Je dis : "oui voilà, alors là t'es comme tous les gens qui ont passé la soixantaine... T'es obligée de t'arrêter, tu fais attention, il ne faut pas qu'on te bouscule parce que sinon t'es tellement déséquilibrée, tu risques de tomber" »

Portons une attention particulière au « comme si », au « j'ai l'impression », à l'« être comme ». Il nous semble que Mme Glaa, activement – bien qu'inconsciemment – refuse l'identification au « vieux » ou au « malade », malgré la reconnaissance en elle d'un processus du vieillir, et de la présence de la maladie. C'est même l'idée d'être malade, lorsqu'elle passe un premier doppler, qui la fait quitter l'hôpital s'en s'être fait opérer, malgré les douleurs évidentes qu'elle ressent et le repérage d'une obstruction des artères importantes lors de l'examen médical :

« Je lui dis [à son médecin] : "Vous m'avez dit simplement que j'allais faire des examens. Je me retrouve hospitalisée pour me mettre des trucs dans les artères". Elle me dit :

«bon ben écoutez il faudra y retourner...». J'ai dit : «non, non, laissez-moi, c'est bon».
[...] *Cherchouse* : *C'était... ?* Oui. De me dire que j'étais malade. Bon. »

Le refus d'identification au « vieux », ne nous paraît pas tellement surprenant, lorsque, quelques minutes plus tard, apparaît l'imaginaire de Mme Glaa associé à cette catégorie d'âge :

« Si vous avez une canne, c'est déjà "impotent, vieux, impotent" »

Le cœur des souffrances de Mme Glaa se situe dans le rapport à l'autre. Ses affections somatiques entraînent une rencontre à la première personne de l'imaginaire associé au « vieux », au « malade », le « handicapé ». Mais à ces termes n'est associée qu'une vision péjorative ; l'écart avec son vécu d'elle-même est irréductible. Le vieux, le malade, le handicapé est celui qui est « impotent », qui « marche à trois à l'heure », qui est « diminué », « anormal ». Lorsqu'elle se déplace avec une canne, elle reçoit en miroir, dans le regard des gens, l'horreur que représente pour elle le fait d'avoir des difficultés visibles à se déplacer :

« Et je le vois dans le regard des gens hein. Quand je suis dans la rue, c'est terrible. Les gens vous regardent différemment à partir du moment où vous êtes avec une canne. Si je prenais la canne que j'ai...mais ce n'est pas une canne hein ? C'est le truc quand on a une jambe dans le plâtre, ce n'est pas pareil. Mais ça me fait tellement mal que je ne peux pas. Le truc...je suis obligée de prendre ça, mais le regard n'est pas le même. [...] C'est dégradant des fois, le regard des gens. Mais ça, on le sait...parce que quand...on fait peut-être la même chose hein ? Quand on est...sans...justement sans cette canne, on regarde les gens qui en ont avec...“oh il ne peut pas se pousser. Oh, il va encore marcher à trois à l'heure”. Bon. Peut-être...mais quand on est soi-même dans cette situation, on voit les gens. On regarde les gens différemment et eux nous regardent différemment. C'est incroyable hein. L'espèce humaine est très bizarre quand même. C'est...drôle d'animal. ». (Mme Glaa)

Notons rapidement l'articulation du rapport à l'autre et des manifestations somatiques dans le cas du devenir vieux : la question du « vieux » ne s'est pas posée pour Mme Glaa, ni dans le cas du handicap – pourtant important bien que passager – qu'elle a connu à 33 ans, ni ne se serait posée si elle utilisait des béquilles à cause d'une jambe dans le plâtre. La question du vieillir ne se poserait pas non plus en l'absence de symptômes somatiques : c'est donc la confrontation entre le symptôme somatique et sa signification dans la relation à l'autre, que l'imaginaire de la vieillesse surgit. Imaginaire de la vieillesse fondamentalement négatif pour Mme Glaa. Le regard de l'autre est majoritairement vécu par elle comme dégradant.

Elle dépose un jour, avec l'aide de son médecin, une demande d'aides financières pour compenser son handicap. L'expérience au tribunal est traumatisante. Elle a le sentiment qu'on l'accuse de simuler, elle doit réaliser des exercices physiques en plein tribunal devant le regard du juge et des médecins. Elle a l'impression de vivre l'inquisition, d'être l'objet de blagues désobligeantes. Elle en garde un souvenir douloureux et humiliant. C'est bien d'une disqualification en tant qu'être humain, en tant qu'être « normal », qui est en jeu dans ce cas. Mme Glaa fait une différence très nette entre les maladies visibles et les maladies invisibles. Un cancer,

pour elle, est largement moins délétère qu'une affection qui entraîne un handicap, dans la mesure où on peut rester « normal » dans le regard de l'autre, si le trouble n'est pas visible. Elle se réfère à l'exemple de sa mère, qui, tout au long des traitements pour son cancer du sein, n'a révélé sa maladie à personne. Mme Glaa découvre que sa mère a eu un cancer lorsque la rémission est annoncée : elle admire grandement sa mère de n'en avoir jamais parlé, et voudrait réagir de la même manière si elle se trouvait dans une situation similaire.

« Je ne sais pas si vous... parce que je pense... à partir du moment où les gens sont au courant, après c'est les larmoiements, c'est "oh ma pauvre..." non, ça non. Moi j'ai besoin qu'on soit normal. Voilà. Donc non, je pense que je n'en parlerais pas. Je pense que ma mère a eu raison, parce que mon frère et moi, sinon on aurait été "oh la la, qu'est-ce qu'elle est en train de faire ? Mon Dieu". Là on ne savait même pas donc, on ne lui faisait pas de cadeaux quoi. »

A l'inverse, aujourd'hui, elle est dans l'incapacité de cacher ses troubles, visibles. Empêchée de marcher, sa fragilité est exposée au regard de tous. Elle devient dépendante d'aide-ménagères, doit demander des aides financières pour compenser son handicap, elle devient anormale :

« Non, je ne peux pas m'imaginer vivre sans mes jambes. Voilà c'est... pour moi c'est l'essence même de l'humain, les jambes, c'est on marche hein, on est debout. Donc on est en vie. C'est tout, c'est comme ça. Bon, maintenant je me dis c'est tant mieux j'ai encore mes deux bras, j'ai encore les jambes, mais je n'attends qu'une chose ; c'est l'opération. Parce que je me dis, bon, là je sais qu'avec l'opération j'ai des chances de pouvoir remarcher sans ma canne, me retrouver comme un être humain normal. »

Mme Glaa, malgré un début des symptômes près de 12 ans auparavant, l'échec des opérations chirurgicales et l'absence de perspectives thérapeutiques, n'a qu'un souhait : redevenir « comme tout le monde. [Elle] veu[t] être Madame comme tout le monde. Voilà, c'est tout. ».

* * *

Mme Glaa, comme de nombreux patients, fait face, du fait la rencontre entre une caractéristique personnelle et une représentation anticipatrice, à la question de la vieillesse à la première personne, sans pour autant s'y identifier personnellement. Un hiatus entre l'expérience personnelle et le rapport à la vieillesse apparaît dans de nombreux entretiens. Mr Leje et Mme Pair, par exemple, notent un écart entre leur âge sur l'état civil et l'âge qu'ils ressentent :

« ... je n'arrive pas à réaliser que je vais avoir 60 ans. Je n'arrive pas à réaliser. Parce que dans ma tête, d'abord, c'est clair que l'évolution dans votre mental ne se fait pas à la même vitesse que l'évolution de votre corps. [...] ... quand je dis par exemple, je vois des personnes, alors là je dis "oh non, il est vieux". "Ah oui, il a 62 ans", vous voyez ? Et je n'arrive pas à réaliser que je suis dans sa tranche d'âge quoi. Non, non ça c'est... et je suis persuadé que... personne, enfin tout le monde connaît ce genre de trucs... on ne se sent pas vieillir intellectuellement, psycholo... enfin psychologiquement... intellectuellement, par contre effectivement, le corps, lui il vieillit » (Mr Leje)

« Ben là j'ai, vu mon âge, j'en ai 63, je n'ai pas ma tête à 63 ans moi. Je suis plus jeune dans ma tête que de mon âge » (Mme Pair)

Mr Deht dira par exemple également, qu'à 80 ans, on n'est pas vieux ; Mr Nare, qu'à 64 ans, on est encore jeune ; Mr Soje, qu'il a l'impression de n'avoir jamais changé depuis ses 20 ou 30 ans ; Mme Syet, qu'il est possible d'avoir un esprit de 20 ans dans un corps de 50, et l'inverse. La plupart des patients, comme dans d'autres études portant sur le sentiment personnel du vieillir⁵⁰⁰, ne se considèrent pas vieux, bien que la représentation de la vieillesse soit convoquée par eux sans être suggérée par le chercheur. Ce qui peut expliquer les sentiments de « surprise » ou d'« étonnement », souvent évoqués par les auteurs abordant la question du vieillissement⁵⁰¹. Ce sentiment de surprise est aussi identifié par Sébastien Dalgarrondo et Boris Hauray dans le cadre d'une étude sur le vieillissement : pourtant toujours anticipé, le vieillissement semble frapper les participantes de leur étude, qui ne sont en réalité pas préparées à cet événement qui s'annonce tout au long de l'existence. Comment expliquer que ce moment de vieillesse, qui peut depuis la naissance s'anticiper, soit, lorsque la problématique survient à la première personne, l'occasion de surprise, d'étonnement, voire comme dans le Mme Glaa, de refus ? Ici, nous pouvons étendre la question au signifiant « malade », ou au signifiant « handicapé ». Comment expliquer qu'ayant admis la présence d'une maladie en soi, l'utilisation du terme « malade » à la première personne ne soit parfois pas possible ?

4.1. L'inquiétante étrangeté

Nous nous référerons ici au concept freudien d'inquiétante étrangeté, pour faire sens de certains propos réunis dans la catégorie « Expression d'affects et d'émotions ». L'inquiétante étrangeté a été largement utilisée pour décrire l'expérience des personnes malades et vieillissantes. L'usage de cette notion nous permettra de faire le lien avec des éléments développés par Freud dans son texte explicatif, éléments qui nous paraissent particulièrement pertinents pour expliquer l'expérience des personnes vieillissantes et malades. Mais nous nous démarquons de certains auteurs qui mettent au centre de l'expérience du handicap ou du vieillissement le sentiment d'inquiétante étrangeté. Notre perspective est plutôt la suivante : le sentiment inquiétant se retrouvant chez certains patients, il nous permet de mettre à jour les ingrédients permettant sa survenue, et donc ce à quoi sont exposées les personnes malades ou vieillissantes, sans pour autant qu'il se retrouve chez tous. Nous distinguerons par ailleurs différentes acceptions du terme d'inquiétante étrangeté dans le cadre du vieillir ou de la pathologie somatique.

Freud définit « l'inquiétant »⁵⁰² comme le surgissement d'un sentiment de l'ordre de l'effroyable, suscitant l'angoisse et l'horreur. La spécificité de l'inquiétant par rapport à d'autres

⁵⁰⁰ Vincent Caradec, « Être vieux ou ne pas l'être », *L'Homme & la Société*, 2003, vol. 1, n° 147, p. 151-167 ; Sébastien Dalgarrondo et Boris Hauray, « Interpréter son vieillissement », *Gérontologie et société*, 2015, vol. 37, n° 148, p. 23-34.

⁵⁰¹ Simone de Beauvoir, *La Vieillesse*, Paris, Gallimard, 1970 ; Eugène Ionesco, *La Quête intermittente*, Paris, Gallimard, 1988 ; Marcel Proust, *A la recherche du temps perdu*, Paris, Gallimard, 1999.

⁵⁰² Sigmund Freud, « L'inquiétant » dans *OCF XV (1916-1920)*, Paris, PUF, 2002, p. 147-188.

éprouvés d'angoisse est le lien avec le familier ; c'est ce qui amène Freud à postuler à la base du sentiment inquiétant, par rapport aux sentiments d'angoisse pouvant survenir face à l'inconnu, quelque chose qui a été pour la vie d'âme familier, rendu par la suite étranger. Il distingue deux telles formes de contenu : le refoulé et le surmonté. Avec le surmonté, c'est un mode de pensée – ici, particulièrement l'animisme, mode de pensée du très jeune enfant comme du primitif – qui était effectif à un moment de l'existence mais qui fut rendu obsolète par le développement de la psyché. Avec le refoulé, il s'agit plutôt d'un contenu, d'une représentation psychique issue de complexes infantiles – il note comme exemple le complexe de castration et le fantasme du ventre maternel, sans pour autant réduire à ces deux-là les complexes pouvant être à l'origine du sentiment de l'inquiétant –, ayant été refoulés et faisant retour dans la psyché. « On pourrait dire que dans un cas, ce qui se trouve refoulé, c'est un contenu de représentation, dans l'autre, la croyance en sa réalité (matérielle). [...] Notre résultat s'énoncerait alors : l'inquiétant dans l'expérience de vie se produit lorsque des complexes infantiles refoulés sont ramenés à la vie par une impression, ou lorsque des convictions primitives surmontées paraissent de nouveau confirmées »⁵⁰³. L'inquiétant surgit alors, lorsque la frontière entre fantaisie et réalité se trouve effacée, quand quelque chose qui avait été tenu pour fantaisie s'offre au sujet de façon réelle, et s'exprime alors par de la « surprise », de l'« étonnement », du « choc », de l'« incrédulité »⁵⁰⁴, de l'« ébahissement »⁵⁰⁵, la « révélation d'une odieuse, affreuse, implacable vérité »⁵⁰⁶.

Freud se livre au détail des situations, des impressions sensorielles, des expériences pouvant révéler le sentiment d'inquiétant, et en vient à la conclusion qu'« avec l'animisme, la magie et la sorcellerie, la toute-puissance des pensées, la relation à la mort, la répétition non intentionnelle et le complexe de castration, nous avons à peu près épuisé l'ensemble des facteurs qui font que l'angoissant devient l'inquiétant »⁵⁰⁷. Nous pourrions rajouter – c'est le premier point qu'il développe longuement dans son texte – le double. Double, animisme et relation à la mort, voici trois ingrédients parmi les facteurs identifiés que nous pensons retrouver fréquemment chez les participants de l'étude et pouvant expliquer la fréquence particulière de surgissement du sentiment de l'inquiétant dans le devenir vieux, malade ou handicapé. Deux exemples nous paraissent particulièrement bien réunir ces trois occurrences, que nous avons identifiés dans la catégorie « Expérience de la maladie et la mort de l'autre ».

Mr Nare et Mme Kcoa ont tous deux un choc lorsqu'ils atteignent l'âge auquel un de leur proche est mort : pour Mr Nare, son oncle à 51 ans ; pour Mme Kcoa, à 58 ans, sa mère étant décédée d'un arrêt cardiaque à 59 ans :

« Maladie, tout ça, j'y suis habituée, je travaille avec des gens qui sont malades. Sauf que quand on est de l'autre côté de la barrière [...] Quand on est très jeune, on ne se rend pas compte, parce que ça paraît tellement loin, loin, loin. Mais en fait le temps il passe

⁵⁰³ *Ibid.*, p. 184.

⁵⁰⁴ M. Proust, *A la recherche du temps perdu*, *op. cit.*

⁵⁰⁵ S. de Beauvoir, *La Vieillesse*, *op. cit.*

⁵⁰⁶ E. Ionesco, *La Quête intermittente*, *op. cit.*

⁵⁰⁷ S. Freud, « L'inquiétant », *art cit.*, p. 177.

tellement vite, que de 25 ans, on se retrouve comme moi à 58 ans. Ben on se dit “wow”. » (Mme Kcoa)

Après le constat qu'il a atteint l'âge du décès de son oncle, Mr Nare va se promener dans les cimetières pour regarder les âges auxquels sont décédés des anonymes :

« Et puis, je vous dis, je pourrais être déjà mort hein ? Il y en a (*rires*) avant je m'amusais à faire ça, je regardais dans les cimetières, avant je n'aimais pas les cimetières, maintenant ça ne me dérange plus. Je regardais les dates des décès, il y a plus de...il y a pas mal de moins de 50 ans qui...autrement après c'est vraiment des vieux après. Mais entre les deux...Je regardais les dates, je me disais “Tiens, il est mort il avait à peine 50 ans. À peine 60.” Plus qu'on ne croit. [...] J'ai commencé à regarder et j'ai dit “tiens...”. J'ai commencé à regarder. Je crois que je m'étais aperçu que mon oncle, il était mort et il avait 51 ans. Je me suis dit “tiens je vais regarder”, j'avais dépassé son âge. Après j'ai regardé, je me suis dit “tiens oui, en effet, il y en a plein qui...je pourrais être déjà mort presque.” (*Rires*) » (Mr Nare)

Quant à Mme Kcoa, avant ses 58 ans, il lui arrivait déjà de dire à sa collègue qu'elle ne partirait jamais à la retraite car elle mourrait jeune, en se basant sur l'âge de décès de sa mère.

« Souvent je disais : “ah, je ne serai pas vieille, ma mère elle est morte à 59 ans”. Même ma meilleure amie, rien que quand...des fois au boulot je dis : “je n'irai pas à la retraite, ma mère est morte à 59 ans, il ne me reste plus qu'un an à vivre”. Et en plus on en avait parlé il n'y avait pas longtemps, vous voyez ? Pareil elle a pensé la même chose hein ! » (Mme Kcoa)

Mme Kcoa, à 58 ans, doit être amenée d'urgence à l'hôpital du fait de l'arrêt complet de circulation sanguine dans une jambe ; elle survit de justesse grâce à l'intervention des ambulanciers et médecins. Après-coup, elle dit ne pas être surprise : le lien à l'histoire de sa mère existait déjà, il se renforce.

« Et puis bon, moi j'ai perdu ma mère elle avait 59 ans. J'ai 58 ans, donc automatiquement je fais un rapprochement avec ça quoi. Je me dis, ben oui ben, ben je le dis à mes proches. Peut-être ma mère est morte à 59 ans, je vais mourir, oui il faut vous y attendre. Peut-être que j'ai 59 ans je vais mourir quoi. Bon après je ne dis pas ça tous les jours, et franchement je n'y pense pas tous les jours » (Mme Kcoa)

Double, mort et animisme se conjuguent dans ces deux événements.

Il nous semble bien que dans la psyché, le vieux, le malade, le handicapé, sont toujours l'autre. Si ce n'est pas le cas pour tous, la majorité des personnes commencent par se considérer comme saine, avant, éventuellement, d'être atteintes de troubles somatiques. Tout le monde – à part Benjamin Button⁵⁰⁸ – commence par être jeune avant de devenir – sauf accident interrompant le cours de la vie – vieux. Dans la constitution de soi en référence à l'autre, le soi est souvent d'abord

⁵⁰⁸ Dans ce film réalisé par David Fincher (2008) un homme, Benjamin Button, qui naît vieux et rajeunit au fil des années, est mis en scène.

considéré comme jeune et sain, le vieux et le malade sont quant à eux, le non-soi, l'autre. Avec le développement des pathologies somatiques, comme dans le devenir vieux, venant des autres, il s'agit pour le sujet de s'engager dans une expérience psychique de devenir quelque chose ou quelqu'un qui, dans la psyché, est d'abord considéré comme autre. Comme le dit Pierre Ancet, « être "soi-même vieux", sonne comme un oxymore »⁵⁰⁹.

Dans la constitution de l'identité en rapport à l'altérité, le vieux est d'abord celui qui est autre ; la vieillesse est toujours un événement appréhendé au futur.

4.2. Double, mort et animisme : un vacillement identitaire

Nous avons plutôt insisté, précédemment, sur le rôle de l'identification dans la constitution du moi en rapport à l'autre ; des précisions sont ici nécessaires sur le rôle de la projection.

Freud identifie la projection d'abord dans le cadre de la paranoïa, comme un mécanisme de défense consistant à attribuer à l'autre des contenus psychiques, qualités, sentiments, désirs, que le sujet refuse en lui. Klein, nous l'avons vu, étend la projection à la genèse de la constitution du moi en référence à l'objet, et relativement à la différenciation du dedans et du dehors, du bon et du mauvais. Le bébé est, au tout début de sa vie, sujet à des angoisses de type psychotique – angoisse de morcellement, d'annihilation, d'être empoisonné ou dévoré. Ces angoisses sont selon Klein ce qui surgit, ce qui est ressenti par le bébé de l'action de la pulsion de mort, nous y reviendrons. « La nécessité vitale d'administrer l'angoisse oblige le premier moi à développer des mécanismes de défense fondamentaux. La pulsion destructrice est en partie projetée à l'extérieur (déflexion de la pulsion de mort) et, à mon avis, s'attache au premier objet extérieur : le sein de la mère »⁵¹⁰. Lors de la position qu'elle nomme « schizo-paranoïde », le bébé se défend des angoisses en clivant l'objet en un objet partiel « bon » (le sein à la source de la satisfaction) et un objet partiel « mauvais » (le sein à la source de la frustration). L'idéalisation – nous pouvons nous rappeler ici nos développements sur le Moi-Idéal et l'illusion d'omnipotence du bébé – est selon M. Klein liée au clivage de l'objet : les aspects bons du sein sont exagérés afin de protéger le bébé contre la crainte des angoisses d'anéantissement. La projection libère le moi du mal, du mauvais, en permettant son rejet vers l'extérieur : « ...l'objet « mauvais » n'est pas seulement maintenu séparé de l'objet « bon », mais on dénie jusqu'à son existence [...] Cela est lié au déni de la réalité psychique. Celui-ci n'est rendu possible que par d'intenses sentiments d'omnipotence – une des caractéristiques essentielles du premier psychisme »⁵¹¹.

Bien que ces fonctionnements psychiques soient dans le meilleur des cas dépassés et remplacés par d'autres au fil du développement de la psycho-sexualité, plusieurs auteurs avec lesquels nous nous accordons pointent l'importance de la persistance des mouvements projectifs et introjectifs comme moyens pour le sujet de gérer la tension entre le monde extérieur et le

⁵⁰⁹ Pierre Ancet, « Identité narrative, déprise et vécu du vieillissement », *Gérontologie et société*, 2018, vol. 40, n° 155, p. 49.

⁵¹⁰ M. Klein, « Notes sur quelques mécanismes schizoïdes », art cit, p. 278.

⁵¹¹ *Ibid.*, p. 281.

monde intérieur, et particulièrement en ce qui concerne le rapport à la mort⁵¹². Corolairement au mécanisme de projection dans le traitement psychique du mauvais, et à la catégorisation dans la constitution identitaire, Gargiulo propose le terme de « stigmatisation ». Le stigma permettrait aux personnes d'identifier rapidement les « bons » et les « mauvais », ceux qui portent le stigma et ceux qui ne le portent pas. La mort, impensable à la première personne, est un objet privilégié de projection sur l'autre. Notamment, projection sur l'autre vieux, l'autre malade, l'autre handicapé. Il nous suffit pour cela de penser à toutes les phrases qui peuvent être proposées aux enfants face à la maladie et à la mort : « il est mort mais c'est parce qu'il était vieux, toi au contraire tu es très jeune donc la mort ne te concerne pas » ; « il est mort mais parce qu'il avait une maladie, toi tu es sain, donc la mort ne te concerne pas ». L'opposition entre omnipotence et rejet de la mort sur les autres (notamment le vieux, le malade) est bien toujours présente :

« Non et puis je m'en souviens... des gens malades autour de moi, j'en ai vus plein mais... [...] Donc oui, et puis dans ma famille avec l'écartement des générations j'en ai vus, des malades. [...] Mais, pour moi c'était ...ça touchait les vieux. Alors les vieux c'était tout ce qui n'avait pas 20 ans quoi. (*rires*). Aujourd'hui ça me fait rire parce que je dis : "Ah, du coup..." (*rires*), les vieux...oui mais alors écoute. Bon, oups » ; « Donc non, non. La maladie je l'ai toujours vue autour de moi. Mais, je ne l'avais jamais intégrée comme un possible pour moi. » (Mr Leje)

Cette impossibilité à considérer la mort pour soi perdue par-delà l'avancée en âge, et amène à repousser l'âge de la vieillesse. Le vieux, celui qui n'est pas immortel, reste toujours un autre, il est toujours l'autre que le sujet n'est pas ; le sujet, quant à lui, reste inconsciemment immortel :

« C'est vrai que...on ne sait pas quand on est jeune, on est immortel. Heureusement que les jeunes, à 20 ans ils ne pensent pas qu'il va mourir ou qu'il va être à la retraite. On nous dit "il faut préparer sa retraite", mais un jeune de 20 ans, il ne pense pas qu'il aura 60 ans ou 70 ans. Moi quand j'étais jeune je n'y pensais pas. Vous savez quand on vous dit "Oh en l'an 2000", je pense à moi-même. "En l'an 2000 j'aurai 45 ans", pour moi 45 ans ça faisait vieux. (*rires*). Alors que 45 ans c'est jeune. Et même comme moi, là 64, bientôt 64 c'est jeune aussi. » (Mr Nare)

« Voilà, j'en viens toujours au même point quoi. Et c'est vrai qu'en dehors de ça, vieillir, je n'ai pas conscience en dehors de ça, je n'ai pas conscience de vieillir. Mais ça, je crois

⁵¹² C'est d'ailleurs bien sûrement du fait de la persistance des mouvements identificatoires et projectifs que le décès des parents expose le sujet à sa propre mortalité. Les mouvements projectifs et identificatoires permettent la conservation d'un lien entre le monde externe et le monde interne, et par-là, rendent le monde vivable pour le sujet. Le sujet rend d'une part son monde interne supportable grâce à une projection sur le monde extérieur des parties inconciliables avec le moi, telles que les angoisses d'annihilation. Le monde extérieur devient d'autre part « identifiable, manipulable, différencié » (K.-L. Schwering, « L'idéal en quête d'identité », art cit, p.37) dans la mesure où il est peuplé par le sujet grâce à une exportation de son désir vers l'extérieur. « La projection n'a par elle-même de sens que si le sujet peut garder un certain contact avec ce qui est projeté » (A. Ciccone, *La transmission psychique inconsciente, op. cit.*, p.52). Le décès des parents met à l'épreuve le sujet d'une part par un retour des contenus agressifs projetés sur eux, d'autre part par disparition de ceux qui, par projection de leur Moi-Idéal, avaient introduit le sujet à la toute-puissance narcissique.

que c'est propre à l'homme hein ? On est invincible. Même si on se regarde dans la glace, on ne voit pas les rides hein ? On ne voit pas le cheminement qui nous amène à la dure réalité, qu'un jour et bah on va y passer, comme tout le monde. Je crois que...bon, on est immortels » (Mme Glaa)

Le rapport entre le malade, le vieux, le handicapé et le mauvais a largement été développé par Simone Korff-Sausse au prisme du concept d'inquiétante étrangeté⁵¹³. Selon elle, la rencontre avec une personne handicapée sidèrerait la personne qui la regarde, forcerait le sujet à regarder quelque chose touchant l'horreur, l'effroi, c'est-à-dire quelque chose qu'il ne saurait voir. Cette terreur inspirée par le handicap ou la vieillesse proviendrait des couches archaïques de la psyché, des angoisses d'anéantissement, de morcellement, de mort. Rappelons-nous d'ailleurs Mme Glaa qui, regardant des personnes vieilles ou en fauteuil roulant, doit détourner le regard face à l'« impotence », à l'équivalence entre impossibilité d'utilisation des jambes et la perte de l'humanité. La rencontre avec une personne comme cela stigmatisée, « suscite un effroi lié à ce qui reste informe ou évoque la mort et l'altérité. [...] Le handicap nous confronte aux limites de ce que nous considérons comme humain, une nature d'avant l'humanité »⁵¹⁴. A propos des personnes devenant elles-mêmes vieilles ou handicapées, Korff-Sausse utilise la notion d'inquiétant pour définir la survenue, en soi, de ce qui relève de l'effroyable, ce qui était voué à rester caché. Il nous semble cependant qu'elle parle ici de deux choses distinctes, que nous préférons séparer, bien que toutes deux pourraient en effet être à la source de sentiments d'inquiétante étrangeté.

D'une part d'abord, elle situe l'inquiétante étrangeté dans le surgissement d'éprouvés corporels inédits, étranges, douloureux parfois, mettant en brèche le sentiment de continuité d'existence. Le corps serait source d'inquiétante étrangeté dans la mesure où « de compagnon docile et silencieux, [il] devient un persécuteur bruyant et rebelle, source d'inquiétudes et de menaces »⁵¹⁵. Nous y voyons ici – et nous l'avions développé en première partie – la possibilité que le corps se mette à surfonctionner sur le mode de l'organicité, entraînant une déstabilisation de l'organisation libidinale du corps. Ce qui fait alors retour inquiétant, c'est l'organicité, dont toute une partie – par le processus du refoulement organique – était restée sans qualification psychique. Les excitations inédites introduisent des décalages entre le corps organique et le corps pulsionnel, peuvent remettre en question le sentiment de faire partie de la communauté des humains et à ce titre, être source d'inquiétante étrangeté. Voilà le sujet exposé au retour de la mort – les forces destructrices au sein du vivant –, du double – le corps organique travaillant à côté du corps pulsionnel –, et d'un fonctionnement psychique originaire, normalement dépassé – celui de la situation anthropologique fondamentale. Cette source du sentiment d'inquiétante

⁵¹³ Simone Korff-Sausse, « Une figure de l'inquiétante étrangeté : Méduse » dans *D'Œdipe à Frankenstein: figures du handicap*, Paris, France, Desclée de Brouwer, 2001, p. 17-27.

⁵¹⁴ *Ibid.*, p. 19.

⁵¹⁵ Simone Korff-Sausse, « Entre honte et idéal : la vieillesse » dans *23ème journée de l'ARAGP: Entre honte et idéal : la vieillesse*, Lyon, ARAGP, 2010, p. 7.

étrangeté, correspondant à la reviviscence du corps organique remettant en question l'architecture du corps pulsionnel, est selon nous à distinguer d'une autre.

La seconde relèverait du surgissement du signifiant « vieux », du « malade » du fait du rapprochement de l'expérience avec un élément imaginaire associé. Ce qui équivaut au surgissement du contenu effroyable issu de la pulsion de mort, dans la mesure où elle a été gardée hors de soi par projection sur l'autre. Mr Nare et Mme Kcoa, comme d'autres, projettent les contenus de mort sur l'autre : pour Mr Nare, son oncle, pour Mme Kcoa, sa mère. Lorsque symboliquement, ils atteignent l'âge de leur décès, la distanciation se réduit radicalement. Fugitivement, Mr Nare et Mme Kcoa deviennent cet autre par rapport auquel la distanciation les protégeait de la présence de la mort en eux. Nous l'avons vu, et Freud l'énonce dans son texte sur l'inquiétante étrangeté : « le double est à l'origine une assurance contre la disparition du moi, un « démenti énergétique de la puissance de la mort », et l'âme « immortelle » fut vraisemblablement le premier double du corps »⁵¹⁶. Il poursuit : « La création d'un tel dédoublement comme défense contre l'anéantissement a son pendant dans une présentation figurée de la langue du rêve qui aime à exprimer la castration par le dédoublement ou la multiplication du symbole génital ; dans la culture des anciens Egyptiens, elle donne une impulsion à l'art de modeler l'image du défunt dans un matériau durable. Mais ces représentations sont nées sur le terrain de l'amour de soi illimité, celui du narcissisme primaire, lequel domine la vie d'âme de l'enfant comme celle du primitif, et avec le surmontement de cette phase l'indice affectant le double se modifie ; d'assurance de survie qu'il était, il devient l'annonciateur inquiétant de la mort »⁵¹⁷. L'apparition d'un signe convoquant le signifiant « vieux » ou « malade » expose le sujet à la problématique du double. Ce qui avait été exclu de la psyché comme étranger, qui avait été projeté défensivement sur l'autre, est mis à la place du moi propre.

Au-delà de cela, la réduction de la distance avec la cible de projection des angoisses peut provoquer – et nous le voyons chez Mr Nare et Mme Kcoa – la résurgence d'un fonctionnement psychique dépassé par le développement des strates supérieures de la psyché. Pour Mme Kcoa, le fait qu'elle manque de peu de mourir à un âge si rapproché de l'âge de sa mère, entraîne chez elle une « surestimation narcissique des processus animiques propres »⁵¹⁸. Elle le savait, elle le disait, sûrement sans vraiment y croire, qu'elle mourrait sûrement jeune comme sa mère ; son affection somatique grave lui confirme la « toute-puissance des pensées » remarquée par Freud. Chez Mr Nare, l'association avec l'âge de son oncle est également une occasion de résurgence des processus de pensée animique : ni croyant ni superstitieux par ailleurs, il doit aller calmer son angoisse de la mort suscitée par le fait qu'il ait l'âge de son oncle en allant regarder les dates de décès sur les pierres tombales des cimetières. « Il semble qu'au cours de notre développement individuel nous ayons tous traversé une phase correspondant à cet animisme des primitifs, qu'elle ne se soit déroulée chez aucun d'entre nous sans laisser des restes et des traces encore capables

⁵¹⁶ S. Freud, « L'inquiétant », art cit, p. 168.

⁵¹⁷ *Ibid.*

⁵¹⁸ *Ibid.*, p. 174.

de s'exprimer, et que tout ce qui nous paraît aujourd'hui « inquiétant » remplisse la condition qui est de toucher à ces restes d'une activité d'âme animiste et de les inciter à s'exprimer »⁵¹⁹.

Ainsi le concept freudien d'inquiétante étrangeté nous permet de dégager certaines coordonnées de l'expérience des personnes faisant face à la première personne à la question de la maladie, du handicap et de la vieillesse, bien qu'il ne soit pas dit que toutes les personnes exposées à cette question fassent l'expérience du sentiment d'inquiétante étrangeté. L'enjeu se situe bien dans la réduction soudaine, du fait de l'apparition d'un signe dans la réalité, de la différenciation entre soi et l'autre. Un cheveu blanc, une ride, une affection somatique, la proposition d'un plus jeune de laisser sa place dans le train, sont autant d'occasions pour le sujet de faire face, pour lui-même, à la possibilité d'être un vieux, un malade, si ce n'est pour lui, au moins pour d'autres. Or le vieux, le malade, est d'abord toujours un autre ; pas n'importe quel autre, car le lieu privilégié de projection des angoisses archaïques de morcellement, d'annihilation, de mort. Rejeton de la tendance première de l'être humain à projeter hors de soi le mauvais pour assurer un sentiment de continuité d'existence tributaire de l'omnipotence et du contrôle magique, le vieux et le malade deviennent les dépositaires de la mort afin d'assurer le sujet dans son illusion d'immortalité. L'imaginaire associé à la vieillesse et à la maladie est issu de notre tendance à la catégorisation et à la généralisation : un vieillard meurt, les vieux meurent, la vieillesse est la mort. Les jeunes, en tant que génération, projettent sur les vieux, comme les sains projettent sur les malades, les contenus psychiques liés à la mort, pour l'exclure de leur actualité.

Comme l'indique Ancet, bien que le vieillissement soit connu, puisse être préparé, anticipé, il survient toujours par surprise. Il fait partie des « irréalisables ». « Ce que nous sommes pour autrui (vieux, malade...), il nous est impossible de le vivre sur le mode du pour soi »⁵²⁰. Il ne peut y avoir qu'inadéquation entre la représentation anticipatrice du vieillissement et l'expérience personnelle. Le sujet vieillissant est exposé à la rencontre entre la singularité de son parcours, nécessairement différent des représentations homogénéisées des groupes stigmatisés par le processus culturel, et l'homogénéité de cet imaginaire. D'où les sentiments d'inquiétant identifiés parfois ou l'impossibilité d'identifier soi au vieux si fréquemment retrouvée lors des entretiens, lorsque cet écart irréductible entre soi et l'autre disparaît fugitivement et met le sujet face au double, à la mort, à la toute-puissance de la pensée.

Glissement de l'identité furtif, l'identification à l'autre désoriente le sujet quant à son moi.

4.3. L'élaboration d'un rapport à la mort : entre Moi-Idéal et Idéal du Moi

Messy en vint à théoriser un « temps du miroir brisé » aboutissant à la formation d'un « Moi hideur »⁵²¹ lors de la rencontre avec un signe de la vieillesse, sorte d'inverse du « Moi idéal » issu de la première rencontre jubilatoire de l'enfant avec son image. Selon Lacan, le stade du miroir est le moment où la perception de son image par l'enfant lui donne l'illusion triomphante

⁵¹⁹ *Ibid.*

⁵²⁰ P. Ancet, « Identité narrative, déprise et vécu du vieillissement », art cit, p. 50.

⁵²¹ J. Messy, *La personne âgée n'existe pas*, op. cit., p. 47.

d'habiter son corps. Cette image spéculaire, c'est-à-dire un corps appréhendé comme une silhouette, saisi comme une forme, sert de modèle identificatoire pour le tout jeune enfant et participe du sentiment de soi. Si l'enfant n'est pas tout de suite capable d'identifier cette image comme étant la sienne, il acquiert d'abord l'impression d'être une unité cohérente et en mouvement. Toutes les sensations érogènes, orales, anales, digestives, qui animent le corps de l'enfant de manière chaotique peuvent être réunies grâce à ce mouvement d'identification à sa propre image. L'enfant peut alors se reconnaître dans le miroir, grâce à l'accompagnement par un autre : parce qu'il reconnaît l'autre dans le miroir, il peut identifier son propre reflet comme étant le sien et ressent de la jubilation. Cette conquête de l'identité permet de nouer trois grands registres du psychisme humain : le réel, l'imaginaire et le symbolique. L'enfant interprète l'image dans le miroir comme un être réel, un corps en substance, puis il comprend que cette image n'est pas une chose mais son reflet, et enfin il identifie cette image comme étant la sienne, elle lui permet de se distinguer des autres images spéculaires qu'il perçoit. L'image spéculaire « est une image idéale qui va se confondre avec l'image du semblable et constituer le moi-idéal »⁵²², ou plutôt, selon Lacan « cette forme serait plutôt au reste à désigner comme « je-idéal » »⁵²³.

Le moment du miroir brisé correspondrait pour Messy à l'envers de ce processus, au moment où la rencontre avec la vieillesse débouche sur la chute de l'idéal. « Alors que l'enfant jubile en anticipant son unité corporelle et la maîtrise de sa motricité, première pierre du narcissisme secondaire, l'adulte s'afflige, au cours de son avancée en âge, en anticipant un corps morcelé, éclaté, un corps pour la mort. La forme fugitive, entrevue dans le miroir, n'est plus la projection de l'ébauche du moi, selon la proposition lacanienne, mais la projection de la débauche du moi [...] Ces failles viennent réactiver l'image ainsi entrevue, qui n'est plus celle d'un moi idéal, mais celle d'un moi hideur révélé par la chute de l'idéal »⁵²⁴. La différence principale entre ces deux stades serait que le premier est rétroactif – l'angoisse de morcellement précède la rencontre avec le miroir – alors que le second serait antéroactif – la perception dans le miroir fait resurgir l'angoisse de morcellement. « La perception anticipée du morcellement à venir fait resurgir le fantasme du corps morcelé, cause d'angoisse, vécu rétroactivement par l'enfant du miroir »⁵²⁵. C'est bien parce que la rencontre à la première personne avec la mort vient bouleverser le sujet au niveau de ce qui du Moi-Idéal perdure dans l'investissement de soi qu'elle peut entraîner des réactions de refus et sentiments d'inquiétante étrangeté, d'abord identifiés.

Mais la relation du moi avec l'instance de l'idéal est régulée par le surmoi qui vient modifier l'Idéal du moi par sa dimension structurante. L'inscription symbolique dans la société, dans les lois, fait médiation dans cette relation duelle imaginaire. Selon Messy, « pour un grand nombre d'adultes concernés, cette épreuve optique inconsciente repérée comme temps du miroir brisé est traversée seulement par une phase dépressive : l'idéal du moi, suffisamment introjecté, peut

⁵²² *Ibid.*, p. 48.

⁵²³ *Ibid.*, p. 49.

⁵²⁴ *Ibid.*

⁵²⁵ *Ibid.*, p. 50.

résister aux quolibets sociaux et ne pas se retourner en hideur du moi »⁵²⁶. L'ampleur de la déstabilisation entraînée par la rencontre à la première personne avec le « vieux », le « malade », dépendrait donc de la qualité de l'introjection du surmoi, de son impact structurant sur l'Idéal du moi, ou au contraire de la persistance au sein de la psyché du fonctionnement sous le régime du narcissisme primaire. Ne voulant pas déborder sur des données que nous traiterons plus longuement dans la partie suivante, lorsque nous étudierons les possibilités de vivre avec la précarité, nous ne développerons pas plus ce point ici. Il était néanmoins nécessaire de noter que l'individu n'est pas sans défense vis-à-vis de ces expériences de déstabilisation, et que dans de nombreux cas, la déstabilisation peut se limiter à un moment d'inquiétante étrangeté ou à la traversée d'un moment dépressif transitoire.

.....

Point d'étape

Des mouvements identificatoires et projectifs sont impliqués dans l'expérience singulière de la précarité, dans la mesure où ils véhiculent un sens sur l'existence en fonction des places respectivement adoptées par les personnes. La mort de l'autre confronte le sujet à la précarité de différentes manières : par refusé lorsque le décès brise les liens libidinaux objectaux liant les personnes entre elles ; par savoir sur soi entraîné par identification à la personne morte lorsqu'est perçue une analogie entre les moi ; par retour de contenus liés à l'effroi tenus à distance de soi par projection sur l'autre différent. Quelle qu'en soit la façon, devenir cet autre associé à la mort ou sur lequel étaient projetés des contenus psychiques en lien à la destructivité, à l'horreur et à la mort, peut être source d'inquiétante étrangeté par confrontation soudaine à la précarité.

Ces mouvements identificatoires et projectifs sont au cœur de l'expérience du vieillissement ou de la pathologie somatique. Ils sont la raison pour laquelle, même en dehors de toute fragilisation somatique réelle, il est possible de connaître des moments d'inquiétante étrangeté, des moments dépressifs, c'est-à-dire d'être exposé à sa précarité. En cela, l'expérience singulière de la précarité n'a pas uniquement une dimension réelle mais a également des coordonnées symboliques et imaginaires. Les personnes que nous rencontrons sont déjà malades, elles sont déjà vieillissantes et ont déjà été exposées à certains sens véhiculés par des identifications ou des savoirs sur leurs comportements et leurs troubles, ce qui influencera la façon dont elles recevront une proposition de dépistage des cancers. C'est cela que nous voulions surtout mettre en évidence dans cette partie, en ayant suivi les associations des patients. Après avoir conclu ce chapitre, nous mettrons ces éléments en lien avec leur expérience du dépistage.

Notons par ailleurs que ces mouvements identificatoires et projectifs, au cœur de la confrontation symbolique à la précarité, sont également au cœur du fonctionnement de la médecine préventive. La crainte de tomber soi-même malade, le sentiment de risque, ne peut

⁵²⁶ *Ibid.*, p. 53.

venir que de la connaissance préalable de la maladie de l'autre. Les associations de malades ou de proches de malades, à l'origine des premières démarches préventives, sont développées en réponse à l'accroissement du sentiment de précarité des adhérents. Les démarches préventives visent à échapper à ce destin vécu par le passé par l'autre et en anticipation par soi. La prévention invite à agir aujourd'hui pour contrer un avenir non advenu mais pouvant être anticipé car s'étant déjà produit. Ce sont ces mêmes mouvements psychiques véhiculant l'horreur que certaines campagnes de communication massive visent par ailleurs à réveiller. Nous pensons par exemple aux photos de malades et aux messages alarmistes sur les paquets de cigarettes, ou aux campagnes de sécurité routière à la radio mettant en scène des personnes à qui il est possible de s'identifier, qui ont un accident et meurent ou voient leurs proches mourir. Golden et al.⁵²⁷ concluent leur étude par l'idée de provoquer une réponse émotionnelle forte pour modifier le comportement tabagique. Il y est indiqué que si les participants de leur étude n'arrêtent pas de fumer, c'est qu'ils savent déjà qu'ils ont un risque de développer un cancer du poumon, le dépistage n'apportant donc aucune nouvelle information. C'est donc dans une volonté de leur rendre visible leur précarité qu'est proposée la communication d'informations portant sur les autres risques encourus par les personnes mais moins connus par elles : les troubles cardiovasculaires.

Si le fait de favoriser les comportements préventifs ne nous intéresse pas ici, nous rejoignons ces auteurs en observant un impact du « savoir préalable » sur les attentes vis-à-vis du dépistage.

5. Conclusion intermédiaire

Il est apparu de l'analyse des propos des participants de l'étude Detector que leur expérience du vieillissement et de l'avancée en âge influençait la manière dont ils percevaient et vivaient les procédures de dépistage. Ce chapitre avait pour but de nous aider à cerner comment les personnes étaient affectées par l'avancée en âge et par le vieillissement, afin d'avancer dans notre analyse des liens entre ces expériences et celle de la médecine préventive. Les trois sections de ce chapitre correspondent à trois mouvements et étapes distinctes de notre réflexion.

Le premier mouvement, presque exclusivement théorique, poursuivait l'objectif d'abraser la différence entre vieillissement et maladie en ce qui concerne la réalité des affections, c'est-à-dire les altérations des personnes dans leur chair. L'organisme humain adopte et crée ses propres allures de vie. Toute évolution corporelle correspond à la succession des allures de vie qu'adopte une personne, un nouvel état pouvant avoir pour elle une valeur négative ou positive en fonction de l'impact du changement sur ses possibilités d'habiter son corps. Appeler ces changements « maladie » ou « vieillissement » et les séparer en disant que l'une est brutale, anormale (en réalité

⁵²⁷ S.E. Golden et al., « I Already Know That Smoking Ain't Good for Me », art cit.

anomale, peu fréquente) et éventuellement guérissable, alors que l'autre est progressif, universel et inévitable, relève déjà d'un sens que nous attribuons à ces changements. Ce sens est la conséquence de l'accumulation de savoir, d'un point de vue profane ou scientifique, grâce à l'expérience des personnes qui nous ont précédés dans l'existence. Il nous paraît important de toujours nous demander si les confrontations à la précarité vécues par les personnes sont de l'ordre réel ou symbolique. Cette distinction sera particulièrement importante lorsque nous étudierons les moyens psychiques mobilisés par les personnes pour vivre avec la précarité.

Ces savoirs qui n'appartiennent pas à la réalité matérielle et n'ont donc pas de substance, peuvent néanmoins être perturbateurs pour les sujets. Nous avons dans la seconde section – grâce à l'étude des mouvements des places dans l'ordre générationnel vécus par les personnes –, illustré comment les identités des personnes étaient liées entre elles, par les mouvements psychiques identificatoires et projectifs. Les changements d'une personne peuvent affecter l'autre au plus profond de son identité et en dehors de tout changement personnel réel. Cela peut expliquer en quoi les sujets peuvent être confrontés à leur précarité en dehors de tout changement personnellement vécu, et même lorsque les autres qui changent ne sont pas des proches mais des anonymes, du fait du lien collectif générationnel. Cela est rendu apparent par l'étude de catégories telles que « Expérience de la maladie et de la mort de l'autre », « Se situer par rapport à d'autres ou à la norme », « Estimation du risque cancéreux », « Discours extérieurs et réactions associées ».

Nous nous sommes focalisée dans la dernière section, non plus sur l'origine des changements, mais sur leur caractère perturbateur. Devenir « vieux », devenir « malade », devenir « handicapé » en ce qui concerne les positionnements intersubjectifs, n'est pas équivalent d'autres changements dans l'ordre générationnel ou symbolique. Le sujet devenant « vieux » ou « malade » s'expose à devenir un autre. Pas n'importe quel autre, mais un autre grâce auquel et par lequel la personne se définissait, par opposition, comme soi. Autre qui a souvent été la cible des projections de contenus psychiques intolérables d'annihilation et de mort, auquel le sujet ne peut survivre que grâce à la mise à distance salutaire que permet ladite projection sur l'autre. La réduction de l'écart entre soi et l'autre peut dès lors entraîner le sujet dans une expérience de captation imaginaire et de résurgence des angoisses précoces et d'anéantissement.

Nous résumons le lien entre les concepts mobilisés et les catégories d'analyse par théorisation ancrées étudiées dans cette partie, dans le tableau 10.

Il apparaît donc que les personnes de cette étude ont déjà vécu, avant de recevoir par le médecin la proposition de dépistage des cancers liés au tabagisme, plusieurs événements. Ces événements relèvent tantôt de fragilisations réelles du soma, tantôt de confrontation à la précarité de l'ordre symbolique et imaginaire. Quoi qu'il en soit, l'étude des catégories nous montre que le récit de ces expériences est mobilisé par les personnes lorsque la question d'amorce les invite à nous parler de la façon dont elles vivent le dépistage.

Ce sont maintenant les liens entre ces diverses expériences passées de confrontation à la précarité, et celle de la médecine préventive, que nous allons étudier.

Tableau 10 Perturbations imaginaires et symboliques : liens entre les notions et les catégories

Participer à un essai clinique	Etats du corps, maladie
-	"Expression d'affects et d'émotions" Inquiétante étrangeté (réduction distance entre soi et l'autre), Moments dépressifs. Refus d'identification
Prise en charge médicale	"Changements identitaires induits" Echange des rôles dans l'ordre intergénérationnel (enfants, parents, etc.)
"Evènements liés à la recherche, au diagnostic" Assignations, sens lié au diagnostic, identifications métonymiques, "le cancéreux", "le diabétique". Véhicule sens sur l'existence	"Etiologie ou sens donné aux symptômes" Nomination des troubles : être "le vieux", "le malade", "le handicap" différent d'avoir des symptômes. Véhicule sens sur existence
L'avenir et la mort	"Se situer par rapport à d'autres ou la norme" Identification par analogie entre les Moi. Toutes les références à l'âge.
"Être en relation dans la maladie" Sens sur soi donné par l'autre : échanges ou mouvements des places dans le fantasme (devenir le soigné, la personne aidée)	"Estimation du risque cancéreux" Rapprochement entre savoir sur le cancer et la situation personnelle (les signes réels permettant des analogies avec un savoir)
"La maladie et la mort de l'autre" Devenir soignant de son parent ou de son conjoint. Identification à l'autre. Retour sur soi de contenus projetés sur l'autre	Gérer sa santé
La vie hors maladie	"Discours extérieurs et réactions associées" Association entre tabagisme et risque personnel de cancer. Injonctions normatives
"Parcours de vie" Statut de vie : 'retraité', 'au chômage'.	"Parcours de vie, finances et santé" Allocations Adulte Handicapé par exemple

Chapitre 5.

La proposition de dépistage : un évènement perturbateur ?

1. Introduction

Est-il possible que la proposition de dépistage constitue, pour le sujet, un évènement perturbateur ? Si oui, à quel titre ? Nous pensons que la proposition de dépistage peut être l'occasion chez le sujet de l'émergence d'angoisse de mort. Seul certains des arguments nous ayant permis de formuler et d'étayer cette hypothèse seront présentés au sein de ce chapitre, les autres seront exposés ultérieurement.

Le dépistage serait donc l'occasion du développement d'angoisse, et plus particulièrement encore, d'une angoisse de mort. Nous pourrions supposer un chemin court : les patients sont invités, par leur médecin, à se projeter dans un avenir qui pourrait bien être habité par un cancer dû au tabagisme au bout duquel se situerait la mort. Cette invitation à la projection vers le futur pourrait dès lors déclencher, chez le sujet, la peur de tomber malade, et éventuellement, d'en mourir. L'idée de la mort serait intrinsèquement liée à la notion de dépistage, puisqu'il s'agit d'une procédure visant à prévenir et éviter la mort de la population par la pathologie visée par le dépistage. Une hypothèse pourrait donc être que les sujets aperçoivent par-là la possibilité de leur mort à venir, et déclenchent à ce sujet de la peur.

Le chemin nous semble en réalité différent, ou, tout du moins, effectuer un détour. Nous pouvons déjà tout de suite mentionner que la proposition de dépistage n'entraîne pas d'affects de peur chez les participants de l'étude. Si certains sujets, comme Mr Chez, ressentent bien de la peur de mourir, nous avons pu constater que cette peur était alors présente préalablement, et n'a pas été déclenchée – elle aura été éventuellement, remobilisée – par la proposition du médecin. Dans la plupart des cas, les personnes adhèrent simplement à l'idée du dépistage, et leur réaction émotionnelle s'apparente soit à de l'enthousiasme, soit à de l'indifférence. Certaines disent en effet avoir accepté le test, non par intérêt personnel particulier, mais plutôt parce qu'elles ne voyaient pas de raisons spécifiques de s'y opposer : « pourquoi pas ? ». Certaines perçoivent un intérêt personnel, mais sans ressentir pour autant de la peur lors de la proposition ou après.

« Ben écoutez j'ai fait confiance à Mme (nom), qui m'avait déjà fait faire un protocole [...] ...il y a quand même la...le suivi. Bon comme je suis suivi à l'hôpital et que ça ne consistait pas à ingérer des choses...c'est-à-dire il n'y a pas de plus simple qu'une prise de sang et un scanner. D'autant plus qu'ils sont légers. Alors, pourquoi pas ? » (Mr Sial)

« Ah ben je le vis très bien. Je n'y pense pas...il me l'a proposé j'ai dit : "pourquoi pas ?" [...] Oui, quand il m'a expliqué je...j'ai dit "ben pourquoi pas ?" [...] Oui parce qu'il y a des gens qui ne veulent pas savoir, de toute façon. Tant que je ne sais pas, je suis bien. Ce n'est pas que je tiens à savoir, mais je trouvais que c'était intéressant comme démarche. » (Mme Ouna)

« Quand le Dr (nom) m'a parlé de cette expérience j'étais tout à fait d'accord, au contraire ça ne peut qu'aller dans le sens "vaut mieux prévenir que guérir", et si d'aventure il était détecté au travers de cette méthode, qu'il y avait un risque quelconque, autant effectivement le savoir. Donc c'est plutôt l'esprit léger et encouragé par le progrès de cette...de cette médecine, que je me suis engagé dans ce processus. » (Mr Deht)

« Non, je n'ai pas réfléchi, je me suis dit, "ben pourquoi pas quoi?". Du moment qu'on ne m'injecte rien. [...] Oui les prises de sang moi ce n'est rien quoi. » (Mme Pair)

« Franchement, j'ai d'autres choses à penser (*rires*). Non, non, non, franchement ma...je ne sais pas, les médecins m'ont proposé puisque je rentrais dans le cadre. Euh...j'ai dit "écoutez, si ça peut aider, oui" Moi j'ai dit oui quoi. » (Mme Kcoa)

« Puis j'ai réfléchi, je me suis dit oui, en fin de compte, ça peut être un atout. C'est venu comme ça. Ça ne m'a pas...voilà, ça ne m'a pas surprise. Et puis je me suis dit "oui, pourquoi pas ?". [...] A la limite, elle m'aurait demandé le jour même de signer, j'aurais signé. Ça ne me posait aucune...je ne me suis pas posé de questions. » (Mme Glaa)

Pourquoi alors maintenir l'hypothèse d'un déclenchement d'angoisse de mort ? A quoi correspondrait-elle ?

2. L'angoisse comme répétition d'un état d'affect

Freud, dans plusieurs écrits, ramène l'angoisse de mort à l'angoisse de castration : « je m'en tiens fermement à la supposition que l'angoisse de mort doit être conçue comme analogon de l'angoisse de castration »⁵²⁸. Cela demande à préciser la vision freudienne de l'angoisse.

Selon Freud, l'angoisse serait un état d'affect qui se répèterait lorsqu'une certaine analogie est perçue entre une circonstance actuelle vécue et la situation prototypique dans laquelle a été d'abord ressentie l'angoisse. Cette angoisse prototypique est selon lui la situation de naissance, lors de laquelle a été éprouvé un « groupement de sensations de déplaisir, de motions d'éconduite et de sensations corporelles »⁵²⁹. L'acte de naissance correspondrait à un moment d'accroissement d'excitations ressenties par l'enfant comme du déplaisir, excitations qui seraient éconduites grâce à la stimulation d'organes tels que ceux de la respiration ou encore le cœur. « Les innervations de l'état d'angoisse originel étaient vraisemblablement elles aussi pleines de

⁵²⁸ S. Freud, « Inhibition, symptôme et angoisse », art cit, p. 246.

⁵²⁹ S. Freud, « Leçons d'introduction à la psychanalyse », art cit, p. 411.

sens et appropriées à une fin [...] il est vraisemblable que pendant la naissance l'orientation de l'innervation vers les organes de la respiration a préparé l'activité des poumons, l'accélération des battements du cœur s'est proposée de travailler contre l'empoisonnement du sang »⁵³⁰.

Si cet état d'affect est répété dans d'autres situations ultérieures, c'est donc selon Freud dans la mesure où est perçue une analogie avec la situation de naissance : « Les états d'affect sont incorporés à la vie d'âme en tant que précipités de très anciennes expériences vécues traumatiques et sont évoqués dans des situations similaires comme symboles mnésiques »⁵³¹. Le point commun entre les diverses situations angoissantes serait de se rapporter à une situation éprouvée comme danger. Ainsi les situations d'absence d'une personne connue au chevet de l'enfant – par exemple, en cas de solitude réelle ou de présence d'un étranger – seraient angoissantes pour lui dans la mesure où elles l'exposeraient à la reviviscence d'excitations débordantes, après que l'enfant a intégré que la personne proche assure une fonction pare-excitante. « Si le nourrisson réclame la perception de la mère, c'est seulement bien sûr parce qu'il sait déjà par expérience qu'elle satisfait sans délai tous ses besoins. La situation à laquelle il donne une valeur de « danger », contre laquelle il veut être assuré, est donc celle de la non-satisfaction, de l'accroissement de la tension de besoin, face à laquelle il est impuissant [...]. La situation d'insatisfaction, dans laquelle des grandeurs de stimulus atteignent une hauteur empreinte de déplaisir, sans trouver à être maîtrisées par utilisation psychique et éconduite, doit être pour le nourrisson l'analogie avec l'expérience vécue de la naissance, la répétition de la situation de danger »⁵³².

A la situation économique se substitue donc une autre situation de danger : la perte d'objet. A la phase phallique, la perspective de réalisation pulsionnelle serait vécue comme un danger par l'enfant, danger devant le parent interdictif et devant l'impossibilité en découlant d'éconduire l'excitation. La revendication pulsionnelle, cette fois ciblée, déclencherait l'angoisse de castration. « Être dépouillé de ce membre [...] signifie donc être de nouveau livré en désaide à une tension de besoin empreinte de déplaisir (comme lors de la naissance). Mais le besoin, dont la montée est redoutée, est maintenant un besoin spécialisé »⁵³³. Quant à l'angoisse devant le surmoi, ou angoisse sociale, elle consiste selon Freud en un prolongement de l'angoisse de castration, le père étant devenu « impersonnel »⁵³⁴. L'angoisse ressentie est alors une angoisse plus diffuse de perte de soutien des pairs, une angoisse de conscience, sociale.

Freud place au bout de cette chaîne l'angoisse de mort. « Il m'est apparu que la transformation ultime de cette angoisse devant le surmoi était l'angoisse de mort (angoisse pour la vie), l'angoisse devant la projection du surmoi dans les puissances du destin »⁵³⁵.

⁵³⁰ S. Freud, « Inhibition, symptôme et angoisse », art cit, p. 249.

⁵³¹ *Ibid.*, p. 211.

⁵³² *Ibid.*, p. 252.

⁵³³ *Ibid.*, p. 254.

⁵³⁴ *Ibid.*, p. 245.

⁵³⁵ *Ibid.*, p. 255.

3. La construction du rapport à la mort

L'angoisse pour la vie ne peut être là dès le départ ; le rapport à la mort se construit avec le temps. A l'inverse de l'hypothèse selon laquelle l'enfant aurait dès le départ la capacité de percevoir les dangers pour la vie et de s'en protéger, Freud note : « l'enfant, au début, surestime ses forces et a un comportement exempt d'angoisse parce qu'il ne connaît pas les dangers. Il courra au bord de l'eau, montera sur l'appui de la fenêtre, jouera avec des objets coupants et avec le feu, bref fera tout ce qui peut lui apporter dommage et causer du souci à ceux qui prennent soin de lui. C'est entièrement l'œuvre de l'éducation si l'angoisse de réel finit par s'éveiller chez lui, car on ne peut pas lui permettre de faire lui-même l'expérience qui l'instruirait »⁵³⁶.

L'association de l'idée de la mort propre à du déplaisir, la possibilité que la perspective de la mort déclenche de l'angoisse, ne sont également pas présentes dès le départ. Nous nous appuyons en cela sur quelques études établies sur la base d'observations d'enfant : celles de Michel Hanus, de Sophie de Mijolla-Mellor ou encore de Marc Bonnet⁵³⁷.

La mort pour l'enfant ne concerne d'abord que celle de l'autre. Les enfants, notent de Mijolla-Mellor, peuvent montrer une curiosité pour la mort, par exemple à l'occasion de décès de personnes de leur entourage. « Les questions posées par les enfants confrontés à la mort d'un proche sont assez semblables. Ils demandent qu'on leur explique le sens du terme, ce à quoi il leur est généralement répondu par l'absence (« il n'est plus là », ou « on ne le reverra plus »), puis butent sur le caractère définitif de l'absence en question »⁵³⁸. La tendance est alors plutôt au doute : doute que ce sort puisse arriver aux personnes qui leur sont chères, et encore plus à eux-mêmes. L'absence de déplaisir marqué associé à cela est par exemple repérable dans la facilité avec laquelle ils peuvent énumérer les personnes qu'ils supposent devoir mourir.

Selon Hanus, les idées d'irréversibilité et d'universalité de la mort seraient à 8 ans en voie d'acquisition. Elles feraient suite à l'acquisition progressive des notions d'immobilité, d'insensibilité qui se développeraient vers 6-7 ans. A 8 ans, l'enfant peut avoir encore des difficultés à distinguer entre l'animé et l'inanimé, et donc à distinguer ce qui est vivant, mortel, de ce qui ne l'est pas. « Plus de la moitié des enfants de 7 à 8 ans considèrent la mer comme vivante, essentiellement par qu'elle bouge, ensuite parce qu'elle contient des êtres vivants, des animaux ; c'est [...] la pensée par contiguïté. Au total, les critères donnés plus ou moins directement par les enfants pour caractériser le vivant sont le mouvement et l'action, la possibilité

⁵³⁶ S. Freud, « Leçons d'introduction à la psychanalyse », art cit, p. 423.

⁵³⁷ Michel Hanus, *La Mort retrouvée*, Paris, Frison Roche, 2002 ; Sophie de Mijolla-Mellor, *Le besoin de savoir. Théories et mythes magico-sexuels dans l'enfance*, Paris, Dunod, 2002 ; Marc Bonnet, « Représentations infantiles de la mort et destins pulsionnels », *Topique*, 1991, vol. 48, p. 207-225.

⁵³⁸ S. de Mijolla-Mellor, *Le besoin de savoir. Théories et mythes magico-sexuels dans l'enfance*, op. cit. Section : Mort et naissance selon les mythes magico-sexuels.

de remplir une fonction comme manger, parler, se reproduire »⁵³⁹. Le vivant et le mort sont des concepts qui s'acquièrent donc par l'apprentissage, avec le temps.

Les situations de perte de personnes proches influent naturellement sur cet apprentissage, et sur la curiosité de l'enfant pour ces notions. Le rapport à la mort des enfants est également tributaire de leurs mouvements pulsionnels, et notamment, au départ, des pulsions agressives. Bonnet note la fréquence des mises en scène de meurtre dans l'activité de jeu de l'enfant. La mort de l'autre pourrait être jouée sans danger dans la mesure où dans la sphère fantasmatique, elle serait sans conséquence pour le sentiment d'impunité et d'immortalité personnel. Au-delà, même, tuer l'autre pourrait permettre d'affirmer le narcissisme. « Nous pouvons comprendre alors la nécessité narcissique que peut revêtir la répétition de la représentation du mort, en tant que traduction d'un scénario inconscient de meurtre »⁵⁴⁰. Elles confirment les affirmations freudiennes développées dans *L'interprétation des rêves*, qu'au contraire des adultes, les enfants ne sont pas dérangés par les représentations de destruction, de tombe, de cadavre, de cimetière. La mort n'est alors pas source de crainte. Hanus et de Mijolla-Mellor notent que jusqu'à un certain âge, la mort n'est pensée par l'enfant que comme pouvant venir de l'extérieur, c'est-à-dire venant d'une force destructrice extérieure. Selon de Mijolla-Mellor et Catherine Weismann-Arcache⁵⁴¹, cette perception de la mort serait une conséquence de la projection des pulsions destructrices de l'enfant, sur l'extérieur. Ainsi, lorsqu'existent des angoisses des petits concernant la mort, cela témoignerait « d'une interprétation de la mort en termes de meurtre. Trouvant le matériel dans leurs propres pulsions agressives, ils le réorganisent de façon qu'il ne s'agisse pas seulement d'attaques destinées à décharger leur déplaisir, mais d'assassinats dont le but est de les débarrasser de l'autre, opération cependant aisément susceptible de se retourner sur eux-mêmes »⁵⁴².

Freud situe le développement d'affects négatifs vis-à-vis de la mort au développement du sentiment d'ambivalence. « Il existe aussi pour notre inconscient un cas où les deux attitudes opposées à l'égard de la mort, l'une qui la reconnaît comme anéantissement de la vie et l'autre qui la dénie comme ineffective, se heurtent et entrent en conflit. Et ce cas est le même qu'aux temps originaires, la mort ou le danger de mort d'un de nos êtres chers, d'un parent ou d'un conjoint, d'un frère ou d'une sœur, d'un enfant ou d'un ami cher. D'un côté ces êtres chers sont pour nous une possession intérieure, des parties constituantes de notre propre moi, mais de l'autre ils sont aussi partiellement des étrangers, voire des ennemis »⁵⁴³. La naissance de l'ambivalence, prenant le relais d'une époque où bons et mauvais étaient clivés plutôt que réunis, signe un changement dans l'attitude de l'enfant à l'égard de la mort. La traversée de l'Œdipe confèrera par ailleurs une dimension fantasmatique différente au meurtre de l'autre, les scénarios

⁵³⁹ Michel Hanus, « Pulsion de vie, pulsion de mort », *Thanatologie*, 1991, n° 85/86, p. 85-100.

⁵⁴⁰ M. Bonnet, « Représentations infantiles du mort et destins pulsionnels », art cit, p. 210.

⁵⁴¹ Catherine Weismann-Arcache, « Rêver d'amour pour penser la mort. Les théories sexuelles infantiles comme traitement psychique de la mort » dans *Mort et travail de pensée : Points de vue théoriques et expériences cliniques*, Ramonville Saint-Agne, Erès, 2011, p. 171-188.

⁵⁴² S. de Mijolla-Mellor, *Le besoin de savoir. Théories et mythes magico-sexuels dans l'enfance*, op. cit.

⁵⁴³ Sigmund Freud, « Actuelles sur la guerre et la mort » dans *OCF XIII (1914-1915)*, 3e édition., Paris, PUF, 2005, p. 155.

de mort seront alors reconnus comme « des mises en scène du procès de la castration »⁵⁴⁴. Le tabou fondamental du meurtre repose bien sur le lien entre le meurtre et les mouvements libidinaux interdits. « Les représentations du mort se définissent alors comme représentations préférentielles de la pulsion sexuelle et retracent le trajet libidinal des investissements d'objet et du processus identificatoire, en prise sur les imagos parentales. En tant que telle la représentation du meurtre est marquée du sceau du refoulement et sauvegardée sur la scène de l'inconscient, prête à faire retour mnésique ainsi que nous l'avons remarqué dans le rêve de mort, mais aussi dans la mise en jeu des représentations du mort »⁵⁴⁵.

Ainsi, si la question de la mort est présente précocement chez l'enfant, il s'agit bien plutôt au départ de la mort de l'autre, et le danger associé est un danger pour le moi devant la force des pulsions et les conséquences réelles de leur potentielle réalisation. La mort, en tant que mort de l'autre, peut déjà s'associer dans la psyché au danger pour le moi dans la mesure où elle exposerait le sujet au débordement libidinal – l'angoisse y est alors encore de débordement pulsionnel général ou de destructivité et, plus tard, de castration. La mort comme mort de l'autre peut donc déjà dans l'enfance s'associer à différents contenus annonciateurs de danger : le danger pulsionnel issu des pulsions destructrices ou des pulsions libidinales œdipiennes ; la perspective de la disparition de l'être aimé et pare-excitant.

L'angoisse de mort dont nous parlons, à propos des participants de cette étude, est bien une angoisse provoquée par la perspective de la mort propre. Or, selon Freud, « dans l'inconscient il ne se trouve rien qui puisse donner un contenu à notre concept d'anéantissement de la vie [...], quelque chose de semblable à la mort n'a jamais été vécu ou bien n'a laissé, comme l'évanouissement, aucune trace décelable »⁵⁴⁶. Selon les termes de Jean-Paul Valabrega, la mort personnelle est « l'inconcevable, l'impensable, l'inimaginable, l'irreprésentable [...] La mort est la négativité, la non-entité, le non-être, bref en ce seul mot que l'on va créer : la néantité absolue »⁵⁴⁷. Lorsque mort est là, il n'y a plus personne pour vivre l'expérience. Mais l'homme pense néanmoins sa propre mort, il la conceptualise. « Le hiatus de la mort creuse donc un écart infini entre les deux catégories capitales distinguées et définies par Freud : les représentations de chose et les représentations de mot »⁵⁴⁸. Aucun lien n'est possible entre la mort comme absence et le mot mort. La mort se construit comme un concept auquel chacun ne pourra rapporter que des expériences personnelles vécues qu'il pense au plus proche et donc au plus apte à se rapporter au concept. La « résonance affective » de la mort ne peut exister qu'associée à des expériences passées vécues, des traces inscrites dans le « fonds de mémoire » de la personne⁵⁴⁹. C'est, selon Piera Aulagnier, le « capital fantasmatique » du sujet qui peut rendre « le mot apte à l'affect »⁵⁵⁰. Cette idée est retrouvée chez Alexandra Triandafillidis, qui indique que la possibilité d'imaginer

⁵⁴⁴ M. Bonnet, « Représentations infantiles du mort et destins pulsionnels », art cit, p. 211.

⁵⁴⁵ *Ibid.*

⁵⁴⁶ S. Freud, « Inhibition, symptôme et angoisse », art cit, p. 246.

⁵⁴⁷ Jean-Paul Valabrega, « Représentations de mort », *Topique*, 1991, vol. 48, p. 166.

⁵⁴⁸ *Ibid.*

⁵⁴⁹ P. Aulagnier, « Se construire un passé », art cit, p. 715.

⁵⁵⁰ *Ibid.*, p. 716.

quelque chose qui n'a pas eu lieu repose sur la capacité – inconsciente – de s'appuyer sur un savoir du passé⁵⁵¹. Voici encore ce qu'en dit Nathalie Zaltzman : « Nous tenons pour évident, inutile à expliquer, le fait que notre mort, notre disparition inévitable, recèle une charge d'effroi, produise un mouvement de recul violent. Nous tenons pour évident que son anticipation comme son avènement constituent une épreuve douloureuse, voire la plus douloureuse des épreuves. Pourtant, comment un événement extérieur et futur posséderait-il d'avance cette aura intense, aux contenus à peu près universels si sa perspective ne rencontrait pas quelque résonance intime, quelque expérience déjà connue, déjà chargée d'effroi, avant tout relais extérieur ? »⁵⁵². Elle répond à cette question en développant son point de vue – la question étant sujette à controverse – sur le lien entre la mort comme événement et la pulsion de mort agissant au sein de la psyché.

Selon elle, les pulsions de mort sont bien nommées ainsi car elles se rapportent à la mort. Elles concernent, comme le développe Freud, cette force au sein de l'homme poussant au retour à l'inorganique, retour à l'état antérieur à la perturbation par la vie. C'est-à-dire une force pulsionnelle au sein de la psyché, fonctionnant antérieurement au principe de plaisir, dont les buts ne sont pas traduisibles en termes de désir. Lorsque Zaltzman réfléchit à une source corporelle éventuelle des pulsions de mort, elle en vint à la lier à l'expérience de l'effroi. « Je supposerais maintenant que l'activité psychique des pulsions de mort dérive d'une tension des besoins corporels et de leur déprivation, sans relais possible de satisfaction hallucinatoire, mais surtout que la déprivation (point de départ équivalent non comparable pour les pulsions de mort de l'étagage assuré pour les pulsions sexuelles par la satisfaction) ne devient une source somatique de cette catégorie pulsionnelle qu'en association avec *l'effroi* »⁵⁵³.

L'enfant ferait donc, par le biais des expériences de l'effroi, en opposition aux expériences de satisfaction, l'expérience de la mort en son sein. Notre vision de la mort comme événement terminal de la vie en serait donc une limitative. « L'articulation entre l'angoisse et la mort est dans un rapport inverse de celui qu'on lui attribue communément. C'est l'effroi qui constitue la condition favorable pour le passage du fonctionnement silencieux des pulsions de mort à leur déploiement audible et tangible »⁵⁵⁴. Si l'idée de la mort ne contient pas nécessairement de l'effroi ou de la terreur, ressentir de la terreur impliquerait le déploiement d'une force de mort. L'angoisse serait dans ce sens directement associée avec la mort dans la mesure où il s'agirait d'une réaction du moi face à la perception d'un danger issu de l'expérience du travail interne de la pulsion de mort. Ainsi, Zaltzman note que se crée progressivement une figurabilité de l'activité des pulsions de mort, grâce à des représentations liées au concept : « tête de mort, signes abstraits d'éclatement ou d'implosion, de torches qui flambent, d'étoiles qui splashent »⁵⁵⁵. Ces représentations seraient

⁵⁵¹ Alexandra Triandafilidis, « Stratégies d'immortalité », *Adolescence*, 2010, vol. 2, n° 72, p. 443-460.

⁵⁵² Nathalie Zaltzman, « Une volonté de mort », *Topique*, 2007, n° 100, p. 85.

⁵⁵³ *Ibid.*, p. 91.

⁵⁵⁴ *Ibid.*, p. 101.

⁵⁵⁵ *Ibid.*, p. 89.

profondément relatives aux affects d'effroi et de terreur, aux expériences d'« agonies primitives » de l'enfant, relatives à l'anéantissement, au vide, c'est-à-dire aux expériences sources d'effroi.

Or, nous l'avons vu avec Freud, l'attribution, à une situation, du caractère de danger, son potentiel à provoquer l'effroi, évolue avec le temps et au gré des évolutions libidinales et de la maturation du moi. « Le danger de désaide psychique s'accorde avec le stade de l'immaturité précoce du moi, le danger de perte d'objet (perte d'amour) avec la non-autonomie des premières années d'enfance, le danger de castration avec la phase phallique, enfin l'angoisse devant le surmoi, qui occupe une position particulière, avec la période de latence »⁵⁵⁶.

Avec la maturation du moi, les différents progrès psychiques, les différentes situations n'entraînent progressivement plus la même impression de désaide du moi face à elles. Si toutes ces angoisses peuvent perdurer les unes à côté des autres, a minima car elles sont liées entre elles comme ayant été un jour vécues comme situations de danger, le primat de l'une sur l'autre est amené à évoluer au cours du développement et de l'existence. Certaines sont délaissées dans la mesure où le caractère de danger y étant associé est dévalué par le moi. « Les progrès dans le développement de l'enfant, l'accroissement de son indépendance, la partition plus tranchée de son appareil animique en plusieurs instances, la survenue de nouveaux besoins, ne peuvent rester sans influence sur le contenu de la situation de danger »⁵⁵⁷.

Au fil de l'évolution du sujet, peut être envisagée l'hypothèse que la dernière angoisse éprouvée par le sujet soit donc l'angoisse de mort comme évènement, c'est-à-dire angoisse de mort comme détérioration et disparition de soi. L'angoisse de mort comme évènement vient alors recouvrir l'angoisse de mort comme tendance, force de retour à l'inorganique. Par associativité, la mort devient cette menace ultime pour le sujet, seule situation – ou presque – ayant le potentiel de le ramener à l'état de déréliction vécu lors du moment traumatique de la naissance. Ainsi, selon André Green, « le déplaisir lié à l'idée de la mort s'expliquerait par le fait que celle-ci, comme la précédente [la menace de castration], a les mêmes implications. Elle est porteuse des mêmes dangers. En mettant fin au plaisir de vivre, elle touche, au fond à la perte du plaisir de jouir »⁵⁵⁸. En cela, elle suscite l'horreur et l'effroi le plus extrême, se substitue à l'angoisse de castration et à l'angoisse devant le surmoi, tout en n'en étant qu'un analogon.

Pour ce qui est du vécu intime, la mort comme mot s'associerait aux expériences précoces traumatiques, dans une rencontre entre des contenus orphelins dans la psyché : d'une part des représentations de choses privées de mots pour les border, et des représentations de mots ne pouvant correspondre à aucune expérience réelle. L'angoisse de castration, l'angoisse devant le surmoi, sont les derniers dangers pouvant réellement être représentés par le sujet ; l'angoisse de mort sera définitivement marquée par ce lien à la psycho-sexualité, et ce risque non aisément représentable pour le sujet. « Il faut aussi que le danger (de réel) externe ait subi une intériorisation

⁵⁵⁶ Sigmund Freud, « Nouvelle suite des leçons d'introduction à la psychanalyse » dans *OCF XIX (1931-1936)*, Paris, PUF, 2004, p. 171.

⁵⁵⁷ S. Freud, « Inhibition, symptôme et angoisse », art cit, p. 255.

⁵⁵⁸ André Green, *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, Format Kindle., Paris, Minuit, 2016 Empl. 5393.

pour pouvoir devenir significatif pour le moi ; il faut qu'il soit reconnu dans sa relation à une situation de désaide. Une connaissance instinctive des dangers menaçant de l'extérieur semble ne pas avoir été accordée à l'être humain, ou seulement dans une mesure très modeste »⁵⁵⁹.

Si la perspective de la mort propre, non représentable dans l'inconscient, provoque presque universellement du déplaisir, c'est donc du fait de ce réseau associatif s'établissant, relativement tardivement, entre la notion de mort et d'autres situations d'effroi et de danger. Le danger reste, comme aux confins de l'existence, non pas tant le risque de la fin de l'existence, mais plutôt celui d'une « tension de besoin excessivement grande »⁵⁶⁰, état d'impossibilité d'utilisation et d'éconduite de la libido, de déprivation, d'absence de relai possible de satisfaction.

4. Dépistage et situations vécues traumatiques

Ce n'est qu'en faisant ce détour par les situations précoces de désaide et de danger pulsionnel que peuvent être comprises les réactions des participants à la proposition de dépistage des cancers. Comme nous allons l'introduire avec le cas de Mr Node, le dépistage va s'associer à ces contenus, dans la psyché, liés à l'effroi.

Mr Node : dévoilement associatif d'un rapport à la mort

Nous rencontrons Mr Node à deux reprises. Une des premières associations qu'il effectue, après la question d'amorce, le ramène au décès de son père par un cancer du poumon.

« Chercheuse : Vous avez accepté aujourd'hui de rejoindre l'étude Detector de dépistage des cancers liés au tabac. Est-ce que vous pourriez me parler de votre réaction à la proposition de rejoindre cette étude ? Et depuis, comment vous vivez la possibilité qu'une maladie soit détectée par ce biais ? Mr Node : Oh, déjà c'est formidable. Bien sûr. Deuxièmement, j'ai vu mon père partir de ça, du tabac... du cancer du poumon, ça a duré 6-7 mois, et il avait fumé pendant... comme moi, pendant 30 ou 40 ans, ou 50 ans. Il avait 74 ans. »

A partir de là, Mr Node suivra une chaîne associative qui l'emmènera sur des considérations politiques, concernant la guerre, la religion, etc., au point que nous tenterons au moins une fois de le ramener sur le sujet du dépistage, ce que Mr Node refusera :

« Chercheuse : Je vous ramène un peu sur... Mr Node : Sur quoi ? Sur rien ! (Rires) Ça fait partie de mes sujets ça. Chercheuse : Oui, oui, bien sûr. Mr Node : Ça fait partie de mes sujets. De mes histoires. Qu'est-ce que vous voulez que je vous dise ? J'ai bientôt 70 ans, j'ai vécu tout ça. C'est par tranches hein ? »

⁵⁵⁹ S. Freud, « Inhibition, symptôme et angoisse », art cit, p. 282.

⁵⁶⁰ *Ibid.*, p. 256.

Nous ne comprendrons que plus tard, en étant plus avancée dans l'analyse des entretiens, sur quelle piste nous mènent les associations de Mr Node. Celui-ci retrace l'évolution de son rapport à l'effroi et la mort, à partir de ses 7 ans et jusqu'à aujourd'hui.

Expérience infantile de la guerre

Se décrivant comme juif algérien, Mr Node habite jusqu'à ses 10 ans en Algérie. Il émigrera en France avec sa famille pour fuir les violences de la guerre. Il est en effet exposé très jeune à des violences extrêmes, mais se rappelle les avoir vécues à l'époque avec ses yeux d'enfant, au contraire de sa mère qui essayait, comme elle le pouvait, de l'en protéger.

« C'était la bagarre et donc lui [son grand-père], il tenait le coup et il était pour que tout aille bien quoi, toujours. Malheureusement, je ne me rendais pas compte, j'avais 10 ans. 8, 10, 9 ans. Donc je ne me rendais pas compte, mais pour moi c'était un jeu. C'était...j'étais un enfant de la guerre et c'était un jeu. C'est-à-dire que je voyais dans la rue...on n'avait pas de télévision à ce moment-là, et je regardais par les deux premiers étages comme ça, et je regardais les gens qui carrément étaient avec le pistolet, qui se tuaient entre eux. Vraiment. [...] C'était violent, c'étaient des attentats. [...] Et je regardais dans la rue comme ça, j'avais 7, 8, 9 ans et je les voyais mettre deux balles dans la tête à un mec qui passait. Ce gars-là, il passait, il allait travailler. Ça ne m'a pas traumatisé, je me disais que c'était un western quoi, que c'était "ah bon, ben tiens". [...] Ah c'était régulier. Parce que j'allais à l'école comme vous diriez, au bout du jardin qui est en face jusque-là. Et je rentrais tout seul, j'y allais tout seul et c'est vrai que ces gens-là quand ils mettaient une balle dans la tête à quelqu'un qui passait, il n'y avait pas de...qu'il y ait des gosses ou pas, ils s'en foutaient. C'était l'extrême, vraiment. Et pour moi c'était un film, pas un film parce qu'à l'époque on n'avait que des jeux et de machin, mais pour moi c'était normal, en disant "tiens, ils se bagarrent. Ce sont des gens qui se bagarrent". C'est ce que je disais à ma mère en arrivant. Alors ma mère elle fermait toutes les portes, les volets, les machins, elle mettait des matelas aux fenêtres presque. »

Si la violence des événements a bien laissé des traces dans la psyché liées à l'effroi, comme nous pourrons le voir plus tard dans l'entretien, le rapport à la mort de l'enfant, pas aussi développé que celui de sa mère, ne fait pas la différence entre le meurtre dans le jeu et le meurtre dans la réalité. La guerre et la mort ne sont pas associées à un danger dans la psyché de l'enfant.

Articulation des angoisses de castration, sociale et de mort

Il relatera en revanche un épisode ayant eu lieu des années plus tard et l'ayant profondément affecté. Travaillant dans un restaurant, Mr Node rencontre un plongeur qui lui lit son avenir :

« ...quand j'étais gosse, j'avais 18 ans, je travaillais dans un restaurant. J'ai commencé très tôt hein ? Comme dans mon métier, on commence tôt, c'est très dur, on se pourrit la vie, c'est terrible. Et j'avais un plongeur, il était Manouche, un gentil garçon, vraiment il avait mon âge. Il m'a regardé dans les yeux et il m'a dit "tu sais que je peux lire l'avenir ?". "Oh, c'est génial ça. Dis-moi ce qui va m'arriver." Alors il me regarde dans les yeux et puis il m'a dit "ah oui, oui. Ben non, je ne peux pas tout te dire. Non, je ne

peux pas tout te dire, mais profite de la vie. Si tu aimes pêcher, va pêcher. Si tu veux un bateau, achète-toi un bateau”. Donc ça, c’était en 69. [...] J’avais 18 ans. Alors j’ai dit “oui ben...pourquoi ?” “Je ne peux pas t’en dire plus, mais profite bien de la vie. Tu vas mourir riche. Tu vas être très riche”. Alors après, avec le temps, avec la vie, avec l’évolution je suis devenu très riche. J’ai tout perdu hein ? Je me suis mal... (*rires*). J’aurais pu. Enfin, je m’en fous plus. Et à chaque fois que je gagnais des sous, je me disais, “putain, celui-là il m’avait dit ça. Je ne vais pas tarder à mourir”. Donc je dépensais, j’allais en voyage... », « Donc à chaque...aujourd’hui j’ai 68 ans presque, l’année prochaine et je sais que je suis en sursis intellectuellement depuis ce temps-là. [...] Depuis 20...40 ans. 50 ans. Parce qu’il m’avait dit ça ce garçon et j’avais trouvé ça très ingénieux et je me disais qu’il ne pouvait pas se tromper. [...] Oui. Je savais que j’aurais un accident, que ce soit médical ou physique ou en voiture. Je savais que j’aurais un accident qui...qui me ferait mourir, qu’il fallait que je profite de tout un peu avant »

Mr Node, à cette occasion, entrevoit la perspective de sa mort propre. Mort qui est alors l’équivalent de la fin des plaisirs, de la fin des possibilités de jouir de la vie. Apercevoir sa mort le pousse à profiter plus, aujourd’hui, de sa vie. A la mort personnelle s’associe un caractère de danger. Il n’est pas le seul danger l’exposant à l’effroi.

Le père de Mr Node, au courant dans sa chair des méfaits possibles du tabagisme, le met en garde contre ses effets délétères. Lorsque Mr Node fume, il ressent de la culpabilité. Sa culpabilité n’est cependant pas issue d’une crainte des conséquences possibles du tabagisme pour sa santé, mais plutôt des conséquences pour les relations avec son père, si celui-ci le voyait fumer.

« Je n’ai jamais fumé devant lui. Mais j’ai fumé en même temps, bien sûr. Je n’ai pas...il savait que je fumais. Mais non, jamais devant lui, mais je me cachais. Il y a une notion de culpabilité, quand on sait qu’on fait quelque chose qui n’est pas bien. [...] Vis-à-vis des autres [la culpabilité]. Ah oui, oui. Bien sûr. Oui, moi je croyais que c’était bien tout ce que je faisais. »

Le principal, à l’époque, n’est pas pour lui de protéger sa santé, mais bien de ne pas perdre l’amour de son père. Le tabagisme, tantôt expose Mr Node à la menace de perte d’amour – avec son père –, tantôt est un moyen de se l’assurer. Il a commencé à fumer pour « faire comme les copains », et notamment à l’armée où les nombreux temps d’attente ne sont ponctués que par les pauses cigarette. Il voulait alors paraître chic, différent. Ne pas fumer rendait les gens « suspect », dans un contexte après-guerre où fumer était la marque de la liberté, de la victoire. Ce rapport à la cigarette évoluera des années plus tard, lorsque lui-même est atteint d’affections somatiques.

Effroi intergénérationnel et actuel

Lorsqu’il parle de son père, cela le ramène par ailleurs à l’expérience de la guerre de celui-ci, quand, soldat, il a été fait prisonnier et torturé dans un camp de concentration. Cela le ramène également au sort des millions de juifs pendant la seconde guerre mondiale, sort auquel il a « échappé ». Ce n’est que tardivement, alors adulte, que Mr Node pourra faire sens de l’expérience vécue par son père, expérience l’affectant étant enfant mais sans mots pour la border :

« Depuis vraiment toujours. Ils se sont mariés après la guerre, mon père est sorti de camps de concentration parce qu'il était en France à ce moment-là. Donc il était militaire d'abord, ils l'ont chopé, ils l'ont mis au camp de concentration qui était à Struthof, au Struthof en Alsace. [...] Bon, c'étaient des histoires...il nous en a jamais parlé hein ? Jamais. C'est ma tante qui... [...] Un petit peu. En disant "Ah quand ton père il est rentré il n'était pas beau à voir hein ?". "Et pourquoi ?" "Ah ben non, je te dirai". C'est drôle comme le non-dit était... », « Des 50 ans de la rafle du Vel d'Hiv. Je me souviens bien, c'était en 92, ça faisait 50 ans. Ils ont un petit peu plus commémoré ça, à ce moment-là. Et donc j'avais vu une vitrine de libraire avec tous les livres qui étaient parus là-dessus, je les ai achetés tous et c'est là que j'ai pris conscience de ce à quoi moi j'avais échappé. Je suis né en 51 et mon père il a eu la chance de revenir hein ? Et...parce qu'en France ils ont essayé de réussir, mais ce n'était quand même pas ça, c'était une horreur, même si on dit qu'il y avait 300 000 juifs à peu près en France, avant la guerre et ils en ont exterminé 76 000. Il y en aurait eu qu'un, ça aurait été déjà trop » (Mr Node)

Il parle également de la mort de sa mère, qui le ramène directement aux attentats du 11 septembre. Il était en effet aux Etats-Unis quand sa mère est décédée, en France. Profondément choqué de cette absence auprès de sa mère lors de son décès, il retourne en France pour les funérailles, puis revient aux Etats-Unis quelques jours avant les attentats du 11 septembre.

« Et ensuite, je suis reparti à Los Angeles, j'avais une maison et tout. J'étais bien. Et puis il y a eu le 11 septembre. Alors le 11 septembre ne m'a pas...c'était terrible, parce que d'un seul coup tout downtown de Los Angeles était fermé. C'est-à-dire qu'on regardait le ciel...il y a des gratte-ciels là. On regardait s'il n'y avait pas un avion qui allait tomber, qui allait percuter encore un... Ça a duré deux jours hein ? Deux ou trois jours, où on ne savait pas. S'il y avait les avions qui sont tombés, qui ont explosé les tours et on s'attendait à ce que des centres comme Los Angeles, très très particulier, très symbolique...[...] et vraiment c'était une ambiance...pas une ambiance, mais, c'était mortifère. Mortifère. C'était terrible. Et alors c'était le téléphone sans arrêt parce qu'en France ils s'inquiétaient. Ils voyaient ça à la télévision avec des journalistes qui disaient "faites gaffe, ce n'est pas un jeu vidéo". C'était tout d'un jeu vidéo, pour les gosses. »

Par la référence aux jeux vidéo, est perceptible également le rapprochement entre deux évènements : celui du 11 septembre, où Mr Node est adulte et perçoit l'horreur et l'effroyable de la situation, et les scènes dont il a été témoin étant enfant. Si l'effroi n'a pas été perçu sur le moment, il prend sens après-coup, par liaison à des évènements ultérieurs, et notamment lorsque Mr Node comprend ce qu'ont vécu son père, son grand-père, sa famille et le reste du peuple juif.

Pathologies somatiques et angoisses

Mr Node est diabétique depuis des années, il a développé des artérites sévères qui ont mené à plus de 4 opérations, dont certaines au niveau de l'aorte, d'autres au niveau des jambes.

« Et en fait, elle [l'infirmière] me dit "vous allez passer un scanner ce soir" et le docteur, le chirurgien est venu me voir, il m'a dit "on t'opère demain matin 6 heures". Pour l'aorte. J'avais un anévrisme de l'aorte qui mesurait 5 cm au lieu de 1 cm. L'artère donc

l'aorte. Donc moi je ne me rendais compte de rien et c'est toujours le Dr (nom) qui m'a opéré et ça s'est très très mal passé. L'opération était impeccable. Très mal passée parce que ça stoppe la circulation des jambes, donc vous avez l'impression de ne plus avoir de jambes. [...] Une opération sérieuse. Et le lendemain il m'a dit...il est venu me voir, il me dit "tu sais quand je t'ai opéré de l'artère de la jambe ? C'était pour marcher un petit peu, mais là je t'ai opéré de l'aorte pour vivre". C'était impressionnant hein »

S'en suivent différentes occasions de ressentir ce sentiment d'inquiétante étrangeté donc nous avons déjà parlé. Par exemple lorsque Mr Node connaît un instant de délire de type paranoïaque lorsqu'au réveil de sa chirurgie, encore sous l'effet des anesthésiants, il pense qu'on veut l'attaquer dans sa chambre d'hôpital. Ou encore lorsqu'il atteint l'âge du décès de son oncle.

« Mon oncle il a eu le cancer du foie, mais il ne s'en plaignait jamais, jamais. On ne savait pas. On ne savait pas. Il continuait à boire du Whisky, il continuait à...il fumait lui aussi. Et... il est mort jeune, il avait 62 ans. Donc quand j'ai eu 62 ans, vous voyez ? Ça m'a un peu choqué. Bon, j'ai passé le cap. »

Bien que cela soit tout à fait entremêlé avec des inquiétudes pour sa vie et sa santé, ce sont des considérations différentes qui font qu'il arrête vraiment de fumer. Il s'inquiète en effet de troubler les relations avec les médecins qui prennent soin de sa santé, relations qui lui importent beaucoup. Il craint également de troubler ses relations avec sa nièce, qui le menace de ne plus venir le voir s'il n'arrête pas de fumer.

« ...ils ont mis une prothèse à chaque fois. Mais il faut savoir que je fumais derrière hein ? Je refumais. J'allais me cacher et je fumais. [...] J'étais à (hôpital), je me cachais des infirmières, des médecins pour ne pas qu'ils m'engueulent. Alors je me cachais et je fumais », « C'est ma nièce qui m'a...elle avait 8 ans à l'époque, qui m'a plutôt dit "Tonton, si tu vas à l'hôpital, à cause de la cigarette, je ne viendrai pas te voir" elle m'avait...Ohlala, toute petite comme ça. Je me suis dit "non, non". Il faut que j'arrête...et le Dr (nom) qui m'a dit "on ne savait pas où couper, c'est tout". Alors il a dit "au lieu de déconner avec mes assistantes, tu ferais bien d'arrêter de fumer". J'ai dit "écoutez, docteur, je sors d'ici et j'arrête". »

Si nous retrouvons des traces de l'angoisse de perte d'amour, la perspective de la mort est bien présente pour Mr Node, qui va jusqu'à acheter une place au cimetière pour lui et sa famille.

« Ben j'ai acheté une place. Maintenant il faut faire le trou. (*Rires*). Parce que j'ai acheté le terrain. [...] C'est en sortant de...des divers hôpitaux où j'étais, en sortant des divers ennuis où j'étais, où je me suis engouffré que je me suis dit "quand même, ça risque d'arriver". Donc j'ai acheté la place, pour être à côté de mes parents, déjà, parce que mon oncle et mes parents sont à (ville), dans le cimetière juif de (ville) et pour être à côté, ouais. C'est vrai. Ça n'a pas de résonance hein ? Ce n'est pas...c'est une...ce n'est pas une tombe, c'est un terrain de 2 mètres carrés, il faut faire le trou maintenant »

Il prend sa retraite aussi rapidement qu'il le peut, après être passé proche de la mort.

Dépistage et fil associatif : une histoire de mort et d'effroi

La perspective d'être malade, lorsque le médecin lui propose le dépistage, le ramène donc, par associativité, à sa propre expérience de la maladie, ainsi qu'à celle de ses parents.

« Non je... je ne sais pas comment vous le dire. Ce qui est sûr c'est que je n'ai pas envie de traîner si je suis malade hein ? Ce serait terrible pour moi. D'ailleurs je n'ai vu personne traîner, mon père est parti en 6 mois, rapidement, d'un cancer des poumons. Ma mère est partie à 80 ans et sans... sans rien de précis, de ponctuel, juste avant. Elle est partie, elle est tombée d'une chaise roulante. En fait quand je dis qu'elle n'avait rien de précis, c'est-à-dire qu'elle a tellement été malade toute sa vie (*rires*). On se moquait d'ailleurs d'elle. Et puis bon, la vie elle s'est passée comme ça hein. Mais on n'a pas vu souffrir qui que ce soit. C'est vrai. Mon père est parti très vite et... la cigarette, ça... »

Son expérience personnelle de la maladie, la mort de ses parents, son expérience de la guerre d'Algérie, celle de son père et des milliers de juif de la seconde guerre mondiale, les attentats du 11 septembre, la rencontre avec le jeune Manouche à ses 18 ans, sont autant d'occasions pour Mr Node de rencontrer la mort, qui, d'inoffensive, s'associe progressivement à des dangers. Danger de débordement d'excitation, lié à des pulsions – danger social de perte d'amour, danger de castration, de perte des plaisirs, ou au débordement traumatique – la guerre.

Il apparaît que le véritable mortifère, pour Mr Node, ne se situe pas tant dans la maladie, que dans la violence de la rue et de la guerre. Quand il pense à la mort aujourd'hui, il pense à l'évolution politique en France. Il parle des progrès de la Révolution française, des régressions des mentalités et des politiques depuis 50 ans, de la violence des rues aux massacres, en passant par le vol et les attentats.

« Et là c'est tout... ça me désole. Tout ça me désole, l'attitude me désole, de certains jeunes, de... j'en suis malade. C'est... je vous jure c'est intrinsèque hein ? J'en suis malade de voir des attitudes dans la rue, je suis malade de voir des vieux qui se font bousculer pour une carte bleue et 4 chiffres du code. Ou pour une chaîne en or. Ou pour un... une guerre de territoire de trafic de drogue, je suis révolté par ça. Voilà. »

En cela, sont retrouvées les implications intrapsychiques derrière la notion de mort, allant des violences innommables qu'ont vécues son père et des millions de juif, ainsi que son grand-père, sa mère et lui-même lors de la guerre d'Algérie. Ces événements traumatisants laissent des marques profondes en Mr Node, et sont les émois intimes et précoces auxquels se rapporteront l'idée de la mort. Traumas qui sont mobilisés, par associativité, à l'occasion du dépistage, par le biais de ce mot « mort », qui lie entre eux les contenus psychiques inconscients relatifs à l'horreur et à l'effroi. Mot mort qui, dès lors qu'il se rapporte à soi, peut être source d'angoisse en tant qu'annonciateur de danger.

Lorsque le médecin propose aux personnes de participer à un dépistage, il leur en explique souvent les raisons : il le leur propose parce qu'ils ont entre 55 et 80 ans, parce qu'ils sont fumeurs, parce qu'ils ont déjà des pathologies liées au tabagisme. La manière dont sont reçues ces informations sont réunies dans les catégories « Réactions et émotionnel liés au dépistage », et « Être un sujet d'étude ». Le médecin invite les personnes à agir pour éviter mais donc bien en anticipation d'un futur qui pourrait être habité par la pathologie, et, à son bout, la mort. Il en sera de même dans tous les types de prévention, ainsi par exemple dans les campagnes de prévention du tabagisme, avec les messages « fumer tue » sur les paquets de cigarette. Ou encore dans les campagnes de prévention des risques routiers, mettant en scène des personnes mourant ou perdant leurs proches, à la radio. Il s'agit donc d'un appel à la perspective de la mort propre ou de celle des proches.

Les patients, à défaut de pouvoir se projeter dans un avenir difficilement voire non représentable, anticipent en faisant appel à leur expérience passée. Nous retrouvons alors les catégories principales d'analyse identifiées grâce au codage : « L'avenir et la mort » ; « Les états du corps et la maladie », « La prise en charge médicale ». Autant d'occasions pour les participants d'avoir pu associer, au fil de leur existence, la mort à l'effroi. Si Mr Node offre un tableau assez exceptionnel en ce que la mort est très présente pour lui, et très tôt, dans la mesure où il a été en contact précocement avec la guerre, toutes les personnes ont vécu des expériences permettant de lier l'effroi avec la maladie ou la mort – qu'il s'agisse d'expériences précoces ou plus tardives. Nous avons rapporté ces expériences dans les chapitres 3 et 4.

Nous avons en effet longuement montré le potentiel perturbateur et traumatique des pathologies somatiques. Elles privent les sujets des moyens de décharge libidinale, des moyens d'expression de leur subjectivité en limitant leurs mouvements et leurs interactions avec le monde. Elles sont l'occasion de développement de sensations corporelles étranges, violentes, les personnes peuvent faire l'expérience de leur corps sur un mode persécutif. Elles sont également l'occasion de mettre les sujets dans une position de dépendance accrue vis-à-vis de leur entourage, et, par le biais de la technique médicale, de les exposer à des messages surexcitants en provenance de l'autre. Dans ces cas spécifiques, il ne s'agit pas d'un effroi anticipateur de danger, par analogie avec la situation de naissance, mais bien d'un moment traumatique ayant lieu dans le présent du sujet. « On ne peut écarter l'idée que, en cas d'abstinence, de perturbation par mésusage dans le cours de l'excitation sexuelle, de déviation de celle-ci hors de son élaboration psychique, de l'angoisse naît directement de la libido, c.-à-d. qu'est instauré cet état de désaide du moi face à une tension de besoin excessivement grande, état qui, comme lors de la naissance, débouche sur un développement d'angoisse »⁵⁶¹. Si toutes les situations ne sont pas également traumatiques, peut s'établir un lien dans la psyché entre ces différentes occasions de

⁵⁶¹ S. Freud, « Inhibition, symptôme et angoisse », art cit, p.256. Nous retrouvons ici les deux théories freudiennes de l'angoisse : d'une part, l'angoisse comme affect libéré lorsque la pulsion ne trouve pas de voie de décharge ; d'autre part, l'angoisse comme affect mobilisé par le moi comme alarme face au danger.

surfonctionnement du somatique et de débordement par la quantité d'excitation. Dans le « fonds de mémoire »⁵⁶², un lien se crée entre expériences précoces et expériences tardives d'effroi.

Ainsi, Mr Sial et Mr Liam remonteront tous deux loin dans leurs souvenirs pour raconter les expériences de privations et d'excitations corporelles débordantes et traumatiques qu'ils ont vécues étant enfant, à l'école où lorsqu'ils ont dû rester des mois au sanatorium face à une suspicion de tuberculose.

« Parce qu'on est tous traumatisés par quelque chose dans la vie. J'ai été traumatisé étant jeune [...] Et à l'école ils faisaient passer des radios aux enfants, à cause de la tuberculose qui était omniprésente. C'était une maladie comme aujourd'hui le cancer. Et à l'époque ce n'était pas le cancer, c'était la tuberculose. Donc, notre médecin, c'était l'après-midi [...] Il m'a vu une tache au poumon, alors ils m'ont envoyé au préventorium [...] On m'a gardé 6 ou 7 mois en observation, on n'a jamais retrouvé une tache. Mais comme la tuberculose c'était omniprésent, il y avait plein de monde avec moi. Alors c'étaient des soins à la con, bien sûr. A l'époque c'était de l'huile de foie de morue le matin, de l'huile de foie de morue le soir, c'est dégueulasse comme tout. Je crachais tout dans la serviette. Et quand on se battait, voilà pourquoi on m'a traumatisé sur les soins. On se voit entre mômes, et quand on se battait, pour nous soigner à votre avis qu'est-ce qu'ils faisaient ? Ils nous envoyaient à l'infirmerie, une piqure chacun dans le cul. Mais c'était sûrement de l'eau qu'ils nous envoyaient et vite, on ne pouvait plus s'asseoir sur la fesse pendant toute la journée. On n'allait pas se retaper avec l'autre garçon tout de suite après hein ? Il y avait le temps de mûrir comme il fallait avec notre mal de fesse. Ça calmait le jeu. Et le dentiste, j'avais une dent arrachée, comme d'habitude, tous les mômes. Ce n'étaient pas les seringues d'aujourd'hui, ce sont des aiguilles de cheval qu'il y a aujourd'hui. Ces aiguilles-là c'est pour des chevaux aujourd'hui, ce n'était pas la toute petite aiguille. Traumatisé avec ça, je me suis mis...je n'ai jamais soigné mes dents, et puis quand j'allais me les soigner, je disais "faites-moi une piqure avant sinon ce n'est pas la peine" ». « Ah oui, un autre traumatisme de jeunesse, les amygdales et les végétations. [...] ...on vous enroule dans un drap, pour ne pas bouger. [...] Donc les végétations je ne me rappelle de rien, mais les amygdales je m'en souviens encore, on vous enroule dans un drap pour ne pas bouger. Et on nous met le masque. Mais on nous met une pince pour tenir la bouche ouverte, pour ensuite faire l'ablation des amygdales. Mais en mettant la pince, il m'a coincé la langue sous...avec les dents, donc moi j'étais là, la langue coincée je ne peux pas parler. Eux ils croyaient que j'avais peur, donc personne n'a réagi, j'avais plus mal à ma langue coupée qu'à mes amygdales ».

Mr Sial nous parlera également d'expériences précoces au sanatorium. Mme Ouna évoque les angoisses qu'elle ressent en pensant au vieillissement. Ces angoisses sont associées à des crises de débordement pulsionnel qu'elle vit lorsqu'elle doit « partir », qu'il s'agisse de vacances ou de déménagement. Ces expériences font écho à des expériences de débordement d'excitation pulsionnelle lorsqu'elle était enfant. Mme Kcoa parme de la fois où elle a lu, quand elle était

⁵⁶² P. Aulagnier, « Se construire un passé », art cit, p. 715.

également enfant, un livre sur la mort qui la laisse à ce jour terrorisée à l'idée de se réveiller dans sa tombe.

Nous avons bien sûr été frappée par l'émergence de ces récits après une amorce portant sur le dépistage. Mais entre ces expériences infantiles et le dépistage, il y a les expériences de la maladie, qui occupent une place importante des entretiens. Il peut être suggéré que quasiment toutes les personnes de plus de 55 ans, notamment chez les fumeurs, auront, dans un passé proche ou lointain, fait l'expérience de la maladie somatique comme ayant ce potentiel traumatique, potentiel d'être à la source d'un « état d'excitation sous haute tension, qui est ressenti comme déplaisir et dont on ne peut se rendre maître par la décharge »⁵⁶³.

La maladie acquiert dans la psyché un caractère de danger pour le moi. « Chaque situation de danger correspond à une certaine époque de la vie ou phase de développement de l'appareil animique et apparaît justifiée pour celle-ci »⁵⁶⁴.

Le dépistage ramène également les personnes à la mort comme idée. Soit dans la mesure où elle est incluse dans le but du dépistage, soit par le lien au cancer, soit par les connaissances que les personnes ont accumulées quant au risque du tabagisme. Mais cette mort propre est bien, comme nous le voyons lorsqu'en parle Mme Daso, difficilement représentable.

« ...oui bien sûr que ça m'arrive de penser à la mort. Je me dis c'est un moment à passer, voilà. C'est...on ne sait pas ce que c'est, personne n'en est revenu donc...c'est le grand mystère quoi. Donc, pourquoi s'angoisser puisque... [...] ...enfin, c'est nous qui souffrons parce qu'on ne sait pas ce que c'est que la mort. C'est...je ne sais pas moi...je ne suis pas croyante en plus donc je n'ai pas beaucoup de perspective de ce côté-là, à quoi me raccrocher. Pour moi, c'est le...voilà ça fait partie de la vie, parce qu'il y a la vie et la mort c'est lié. Il y a un début et une fin comme...mais personne n'en est revenu, est-ce que c'est douloureux ou pas ? De quoi on a peur en fait ? De la douleur ? De...de... » (Mme Daso)

Face à ce vide représentatif, le dépistage ramène les personnes aux expériences de maladie et de mort de leurs proches. Très nombreux sont les participants à parler des maladies ou décès de leurs parents, frères, sœurs, oncles, cousins, amis, collègues. Mr Liam et Mr Chez évoqueront chacun le décès de plus de 10 personnes de leur entourage. Cela les ramène aux souffrances ressenties en cas de décès de ces proches et également, surtout, en ce qui concerne notre sujet, aux expériences passées de rencontre à la première personne avec la mort ayant lieu à ces occasions. Les patients relatent alors ces expériences déstabilisantes de mouvements des places dans l'ordre générationnel, de rapprochement identificatoire avec leurs parents morts, de rapprochement de soi avec les signifiants « vieux », « malade », « handicapé », objets de projection par lesquels le sujet tenait à distance les contenus non traitables pour la psyché. A l'instar de Mr Node qui rencontre la perspective de la mort propre à ses 18 ans, c'est à 33 ans que surviendra

⁵⁶³ S. Freud, « Nouvelle suite des leçons d'introduction à la psychanalyse », art cit, p. 176.

⁵⁶⁴ S. Freud, « Inhibition, symptôme et angoisse », art cit, p. 261.

un tel moment pour Mr Chez. Il fait l'expérience d'inquiétante étrangeté lorsqu'il atteint 33 ans, âge de la mort du Christ, moment à partir duquel il déclenche des angoisses hypocondriaques :

« Ben...oui, si je peux...je me souviens très bien d'une angoisse assez forte, comme ça. En fait, je pense que depuis un bon, bon moment, mais depuis l'âge de...avoir...ouais 32, 33 ans. C'est une référence culturelle, 33 ans. Non. Non, non, mais...ouais, à peu près à...chargé de...enfin avec de la famille, des enfants, fatigue... je me souviens très bien comme ça, à regarder "ah j'ai un bouton là" dans la glace quoi, le matin. [...] Christ, l'âge du Christ, il meurt à 33 ans, voilà. Ça, c'était un truc que j'avais en tête, mais ça, c'est très culturel, même si on n'est pas du tout croyant, pratiquant, machin. Voilà, bon. Je ne sais pas, c'était aussi un âge de maturité, un âge de...voilà, on a peut-être...on change aussi. Je pense qu'on change. » (Mr Chez)

Les angoisses deviennent alors d'atteintes du corps. D'angoisse de perte d'objet, d'angoisse de castration, d'angoisse sociale, l'angoisse s'habille aussi de mort. Mais elle n'est qu'un analogon, réveillant les expériences précoces ou plus tardives de dérégulation et de débordement traumatique. Expériences précoces qui n'ont parfois rien à voir avec la maladie et la mort, mais qui s'y associent dans la mesure où elles révèlent ce caractère de danger pour le moi. Par le lien à l'angoisse et à l'effroi, se lient donc différents contenus dans la psyché ayant lien à l'excitation débordante, qu'elle vienne de circonstances extérieures ou de la force de la pulsion sexuelle qui ne trouve pas de voie d'éconduite. La mort et la maladie sont, au fil de l'expérience de vie, progressivement associées à un danger, source de désaide et de tension de besoin.

.....

Point d'étape

La proposition de participer à un test de dépistage ne fait pas directement courir le risque au sujet d'un excès d'excitations. Mais par les associations s'étant constituées dans la psyché entre les mots « cancer », « maladie », « mort », « tabagisme » – notions incluses dans la proposition – et les expériences d'excitations traumatiques, qu'elles soient récentes ou précoces, le dépistage peut être vécu comme annonciateur de danger pour le moi. La maladie et la mort ont été, avec le temps et l'expérience, intériorisées comme danger réel, faisant courir le risque au sujet d'un retour de l'effroi. Le développement d'angoisse vise « à signaler et à prévenir une telle situation »⁵⁶⁵, il agit comme une mise en garde. « Je m'attends à voir se produire une situation de désaide, ou bien, la situation présente me remémore l'une des expériences vécues traumatiques faites antérieurement. C'est pourquoi j'anticipe ce trauma, je vais me conduire comme s'il était déjà là, pendant qu'il est encore temps de le détourner. L'angoisse est donc d'une part attente du trauma, d'autre part une répétition atténuée de celui-ci »⁵⁶⁶.

⁵⁶⁵ *Ibid.*, p. 250.

⁵⁶⁶ *Ibid.*, p. 281.

L'émergence des catégories principales est en elle-même révélatrice des différentes associations avec le dépistage. Nous ajoutons dans le tableau 11 certains liens spécifiques.

L'appréhension psychanalytique de l'angoisse permet d'interpréter différemment les résultats des travaux étudiant quantitativement l'impact psychologique du dépistage, et notamment les mesures de l'anxiété. L'observation d'une angoisse transitoire chez les personnes se faisant dépister pourrait s'expliquer par le développement d'une angoisse-signal ne s'installant pas durablement mais motivant plutôt le déploiement d'un travail psychique. Cela pourrait expliquer certaines observations d'études qualitatives, et notamment les études de Wiener et al.⁵⁶⁷ et de Kummer et al.⁵⁶⁸, dans lesquelles les réactions émotionnelles des participants à certaines étapes des procédures de dépistage influençaient leurs réactions émotionnelles aux étapes ultérieures. Cela pourrait également expliquer les importants écarts en matière de réponses émotionnelle entre les personnes chez qui est détecté un nodule de manière fortuite, à l'occasion d'un examen médical sans rapport avec le cancer du poumon, et les personnes chez qui un nodule est repéré dans le cadre d'un programme de dépistage. L'étude de l'impact psychologique du dépistage pourrait donc bénéficier d'un abord de l'angoisse ne se réduisant pas à la mesure d'une réponse émotionnelle négative, en prenant également en compte sa fonction dans la psyché. Nous exploiterons pleinement ces liens dans la partie discussion de la thèse.



Tableau 11 Dépistage et angoisse-signal : liens entre les notions et les catégories	
Participer à un essai clinique	Etats du corps, maladie
<p>"Réactions et émotionnel" Peur du cancer, peur de la mort, inquiétudes liées aux procédures médicales</p> <p>"Être un sujet d'étude" Association entre les facteurs d'éligibilité (être âgé, être malade, être fumeur) et soi</p> <p>"L'étude psychologique" Sens véhiculé par la présence de la psychologue clinicienne : inquiétudes</p>	<p>"Estimation du risque cancéreux" Rapprochement entre le savoir sur le cancer et la situation personnelle</p>
	L'avenir et la mort
	<p>"Ressenti actuel en pensant à l'avenir" Savoir sur l'universalité de la mort. Construction du rapport à la mort. Association de la mort au déplaisir. Anticipation = appel au fonds de mémoire</p>
Gérer sa santé	La vie hors maladie
-	
Prise en charge médicale	"Culture, Religion, politique"
-	Expérience de la guerre, de la violence

⁵⁶⁷ R.S. Wiener et al., « “The thing is not knowing” », art cit.

⁵⁶⁸ S. Kummer et al., « Mapping the spectrum of psychological and behavioural responses to low-dose CT lung cancer screening offered within a Lung Health Check », art cit.

Conclusion de la partie II

Il nous a donc semblé qu'il serait plus pertinent, pour étudier l'impact psychologique de la proposition de se soumettre à un test de dépistage des cancers liés au tabagisme, d'étudier l'« avant » proposition, plutôt que l'« après », c'est-à-dire d'étudier en quoi l'histoire passée des personnes influence les possibilités de réception de la proposition.

Les personnes relatent de nombreuses expériences de confrontation à la précarité. Dans certains cas, les perturbations sont de l'ordre de l'évènement réel. Ainsi, par exemple, lors des modifications corporelles, qu'elles soient fonctionnelles ou esthétiques, ou qu'elles soient qualifiées de « pathologie somatique » ou de « vieillissement » par le médecin ou la personne qu'elles touchent. Les personnes sont également fragilisées, d'un point de vue somato-psychique, lors d'évènements de vie tels que le décès ou une séparation d'avec les proches, ou encore par la perte ou l'arrêt d'un emploi. Les perturbations peuvent également être de l'ordre imaginaire ou symbolique, et notamment lors du mouvement du sujet dans l'ordre générationnel, ou encore à l'occasion d'un diagnostic de maladie. Le sens donné à la vie et à l'existence peut être modifié par ces assignations et les mouvements identificatoires et projectifs liant les personnes entre elles dans l'échange intersubjectif. Ces expériences se montrent parfois directement traumatiques, dans la mesure où elles exposent le sujet à des excès d'excitation qui le laissent en incapacité de les traiter. Elles sont parfois perturbatrices en ce qu'elles engendrent le retour dans la psyché de contenus projetés, refoulés, traumatiques. Dans tous les cas, elles exposent le sujet à un retour du non lié, de la pure quantité, et l'exposent à une surexcitation traumatique.

Il n'est donc pas étonnant que la maladie et la mort soit considérées par Freud comme au bout de la chaîne des dangers pour la psyché humaine. Après le surmontement progressif – et souvent uniquement partiel – des différentes conditions d'angoisse qui jalonnent le développement humain – angoisse de perte d'objet, angoisse de castration, angoisse sociale –, la perspective de la maladie et de la mort semble bien constituer le risque le plus significatif, pour le sujet, d'être exposé à des excitations traumatiques. La perspective de la maladie annonce le retour des privations, des refusements, des douleurs et sensations inédites, étranges et inquiétantes. Elle annonce le retour de situations d'impuissance, de dépendance, de situations où l'autre – le soignant – est parfois plus surexcitant que pare-excitant. Quant au concept de mort pour soi, nous avons vu qu'il risquait bien de s'associer, au cours du développement, à cette chaîne de l'angoisse allant des angoisses archaïques de morcellement, d'anéantissement, aux angoisses plus tardives de privation, de refusement des plaisirs, d'exclusion du groupe des pairs. Et ce, dans la mesure où la mort pour soi n'est pas représentable inconsciemment, et en vient à s'associer à d'autres contenus orphelins dans la psyché, éprouvés de terreur et d'effroi.

Il nous paraît dès lors plausible que les personnes, exposées à la maladie et à la mort par le biais de la médecine préventive – et même si elles ne sont évoquées qu'en négatif comme dans le cas du dépistage – soient sujettes à une angoisse de mort, c'est-à-dire sensibles au danger de survenue d'un moment traumatique auquel les expose le risque de détérioration du corps.

La proposition de se soumettre à un dépistage des cancers liés au tabagisme serait, dès lors, vécue comme un danger pour le moi. Il ne s'agit pas d'un moment traumatique en soi, mais bien d'un moment où le sujet, par associativité, anticipe la survenue possible d'un tel moment traumatique alors que celui-ci n'est pas encore là. Le but de l'angoisse est selon Freud, l'apprêtement au danger. « Plus le développement d'angoisse se limite à une simple amorce, à un signal, plus la transposition de l'apprêtement d'angoisse en action s'effectue sans encombre, plus l'ensemble du déroulement prend une forme appropriée. Dans ce que nous appelons angoisse, l'apprêtement d'angoisse me semble donc être ce qui est approprié à une fin, le développement d'angoisse ce qui est contraire à toute fin »⁵⁶⁹. Dans la mesure où les participants de l'étude disent ne pas ressentir d'inquiétudes, de peur, ou d'angoisse à la proposition de dépistage par le médecin, ou en tous cas ne ressentir ces affects que de façon modérée et transitoire, la possibilité qu'il ne s'agisse que d'un apprêtement par l'angoisse nous paraît plausible.

Reste à savoir de quelle nature est la réponse apportée par les sujets face au danger qu'ils perçoivent. Freud explique : « Ou bien le développement d'angoisse, répétition de l'ancienne expérience vécue traumatique, se limite à un signal et alors le reste de la réaction peut s'adapter à la nouvelle situation de danger, aboutissant à la fuite ou à la défense, ou bien c'est l'ancien qui conserve le dessus, toute la réaction s'épuisant dans le développement d'angoisse, et alors l'état d'affect devient paralysant et, pour ce qui est du présent, inapproprié à une fin »⁵⁷⁰. Il convient ainsi de se demander, si la réaction des participants de l'étude est bien adaptée à la situation à laquelle ils sont exposés. Nous nous demanderons ainsi, dans la partie III, quels sont les moyens trouvés par les personnes pour vivre malgré leur précarité. Nous étudierons pour cela le travail psychique que les personnes mobilisent lorsqu'elles vivent des expériences les fragilisant et les confrontant de manière répétée à la précarité qui leur est intrinsèque.

⁵⁶⁹ S. Freud, « Leçons d'introduction à la psychanalyse », art cit, p. 410.

⁵⁷⁰ S. Freud, « Nouvelle suite des leçons d'introduction à la psychanalyse », art cit, p. 165.

TROISIEME PARTIE

Entre précarité et préservation : coordonnées du traitement psychique

Supposer que la proposition de dépistage est vécue par les personnes comme un danger, qu'elles y réagissent par un apprêtement à l'angoisse, mais sans que perdure l'angoisse, implique que soit, d'une manière ou d'une autre, traité le danger. La disparition d'angoisse devrait ainsi correspondre à la disparition du facteur de danger attribué à la situation. Les participants de l'étude Detector ne sont donc pas passifs vis-à-vis des expériences de déstabilisation, mais se montrent plutôt capables de mettre en œuvre un travail psychique pour y faire face.

Or, les mesures psychiques mobilisées par les personnes pour faire face au dépistage n'ont pris sens qu'en étudiant comment elles vivaient la pathologie somatique et le vieillissement, c'est-à-dire en étudiant le travail psychique mobilisé lors de leurs précédentes expériences d'exposition de la précarité. La question que nous nous poserons ici est donc la suivante : comment les personnes peuvent-elles vivre en étant malades, en étant fragiles ? Comment peuvent-elles vivre avec leur condition précaire d'homme mortel ? Qu'est-ce que cela implique quant au vécu des procédures de dépistage pour les participants de l'étude ? Nous développerons l'idée selon laquelle les personnes exposées à la possibilité d'être malades peuvent vivre dans la précarité en mobilisant leur appareil psychique pour subvertir les expériences, ce travail psychique rendant compte de la nécessité qu'a l'homme de vivre non pas uniquement à la fin mais tout au long de l'existence, dans la précarité qui lui est intrinsèque.

Nous présenterons dans **le chapitre 6** une revue ciblée de théorisations portant sur le travail psychique du vieillir. Ces théorisations ont largement contribué à l'analyse du fonctionnement psychique des personnes se faisant dépister des cancers, et au développement de nos conclusions. D'une part, dans la mesure où nous avons utilisé de nombreux concepts en commun : leurs hypothèses théoriques et observations cliniques nous ont permis d'avancer dans l'analyse des

mouvements psychiques à l'œuvre chez les participants de l'étude. Il nous a fallu parfois, d'autre part, construire notre développement en contradiction avec leurs conclusions, nous en décaler ou les approfondir. Identifier les points d'accord et de désaccord nous permettra de mettre en avant des conclusions originales permises par la rencontre avec les personnes que nous avons rencontrées, dans le contexte spécifique du dépistage.

Les chapitres 7 et 8 auront pour base le développement de notre point de vue sur deux dimensions du travail psychique rendu nécessaire par l'exposition de la précarité – la remobilisation libidinale et le renoncement. Il apparaît que l'homme est dans un état de grande fragilité et précarité, non pas tardivement, mais dès le début de son existence. Il est dès lors contraint au développement d'un appareil psychique qui lui permettra de vivre en prenant en compte cette réalité. La remobilisation libidinale et les renoncements rendus nécessaires par le vieillissement ne nécessitent pas de réorganisation structurelle, mais impliquent la capacité de mobiliser les processus psychiques ayant été développés au long de l'existence du fait de la fragilité humaine, et affinés lors de l'adolescence et de la vie d'adulte. Nous caractériserons en ce sens les mesures de préservation mobilisées par l'appareil psychique lors des expériences d'exposition de la précarité, et développerons la manière particulière dont elles sont mobilisées par le dépistage. Seront également étudiées des conséquences de blocages ayant lieu au cours du développement de l'appareil psychique sur la possibilité de vivre, aujourd'hui, dans la précarité.

Le chapitre 9 nous permettra de revenir à l'expérience des personnes dans l'étude Detector. Nous y concevrons le dépistage comme un événement participant de l'expérience du vieillissement. La possibilité pour le sujet de continuer à vieillir malgré la précarité à laquelle il est confronté implique qu'il soit capable de subvertir les expériences qu'il vit. La mobilisation de l'appareil psychique dans la foulée du développement d'angoisse signal permet au sujet d'inscrire l'expérience du dépistage dans son organisation psychique, de vitaliser une expérience mortifère, et lui permet par-là de continuer à vivre malgré la pression de la réalité exposant toujours davantage ses limites et son impuissance fondamentales.

Chapitre 6.

Les théories du vieillissement : points d'accord et de divergence

1. Introduction – Mr Paut

Nous avons envisagé, à un moment du processus de construction de l'objet de recherche, d'intituler cette thèse : « Prévention et vieillissement ». Nous partions notamment de certains constats déjà évoqués dans la partie II : les participants de l'étude n'ont pas de réactions émotionnelles fortes à la proposition de dépistage. Il semble que l'information selon laquelle ils sont « à risque » et pourraient développer une maladie mortelle, ainsi que, dans plusieurs cas, l'identification de nodule ou de CTC sur l'échantillon sanguin, n'ait pas un effet d'annonce, ne les désarçonne pas particulièrement car ils « savent déjà » qu'ils sont à risque ou car ils ont « d'autres priorités ». La mort, la maladie, ils y pensent déjà, et notamment par rapport à leur âge. Nous avons alors envisagé l'hypothèse selon laquelle vieillir impliquerait des changements en ce qui concerne le fonctionnement psychique – notamment par rapport à la perspective de la mort, du fait de l'écoulement du temps et du rapprochement de la limite de l'espérance de vie – qui affecteraient leur expérience de la médecine préventive. Qu'est-ce donc, en effet, que de prévenir une maladie, dans un contexte de rapprochement inéluctable de la mort ?

Nous nous sommes dès lors intéressée aux théories psychanalytiques sur le vieillissement ou sur le travail du vieillir, et avons étudié les potentielles évolutions de fonctionnement psychique chez les âgés. Un certain nombre de ces travaux – la majorité, bien que des écarts existent dans leur positionnement – postulent une inflexion du fonctionnement psychique des personnes âgées par rapport aux adultes plus jeunes. Les âgés traverseraient une « crise du vieillissement », du fait des événements vécus lors du vieillissement et du fait du rapprochement de l'échéance de la vie, qui déboucherait sur une désorganisation ou une nécessaire réorganisation de l'appareil psychique. Sont retrouvés alors certains concepts rendant compte de mouvements psychiques qui seraient particulièrement nécessaires ou mobilisés par les âgés : renoncement, deuil, sublimation, régression maturante, etc. Mais nous pouvons dire dès à présent que l'analyse de l'expérience et du fonctionnement psychique chez les participants de cette étude ne nous a pas permis de confirmer l'existence d'un « modèle crisal »⁵⁷¹ et d'une inflexion spécifique du fonctionnement psychique chez les âgés, même si cela nous a amenée à mobiliser de nombreux

⁵⁷¹ J.-M. Talpin, *Psychologie du vieillissement normal et pathologique*, op. cit. Chapitre : « Le vieillissement : entre crises et processus tout au long de la vie ».

concepts proches. Nous adopterons donc plutôt la perspective plus rare des auteurs concevant le vieillissement 'sain' comme un succès de la poursuite de la mobilisation de l'appareil psychique, et ses troubles comme d'une difficulté ou d'une impossibilité de continuer à vieillir.

Nous avons néanmoins choisi d'exposer dans ce sixième chapitre les différents points de vue repérés dans la littérature à propos du travail du vieillir, et ce, pour plusieurs raisons. D'une part la lecture de ces propositions théoriques a exercé une importante influence sur l'analyse des résultats, *a minima* car c'est à partir de leur étude que nous avons pu interpréter l'expérience des participants. Cela a impliqué que nous nous appuyons sur elles, mais également parfois que nous nous en décalions, que nous les approfondissions, voire que nous les critiquions ou réfutions leur caractère généralisable dans le sens où elles ne s'avéraient pas applicables pour les personnes que nous rencontrions. D'autre part, il nous semble que certaines théories du vieillissement témoignent de l'existence de représentations portées sur les personnes âgées, non seulement au niveau des psychologues et des psychanalystes, mais également chez tout un chacun. Il nous semble utile de déconstruire, quand nécessaire, certaines de ces représentations.

Nous choisissons donc, pour la rédaction de cette partie, de rester proche du processus de réflexion qui a été le nôtre dans l'analyse du matériel clinique, plutôt que de présenter directement les résultats finaux. Nous commencerons pour ce faire par présenter le cas de Mr Paut, dans la mesure où il pourrait correspondre à un tableau clinique présenté par Claude Balier⁵⁷², pionnier des théories narcissiques du vieillissement et premier auteur français, à notre connaissance, à avoir caractérisé le fonctionnement psychique des personnes engagées dans un vieillissement 'sain' et non seulement 'pathologique'.

Mr Paut : atteintes du corps et plainte mélancolique

Nous rencontrons Mr Paut à trois reprises dans le cadre de l'étude psychologique Detector. Il participe volontiers aux procédures de dépistage qui lui ont été proposées par les médecins qu'il consulte dans le cadre du traitement de ses artérites. Mr Paut dit être bien conscient du risque de cancer, y penser régulièrement, et demander environ tous les deux ans à son médecin généraliste des dépistages dans ce cadre :

« ...j'ai souvent demandé à faire des radios des poumons pour voir si...où j'en étais, quoi. Donc c'est...si si, si ç'avait été possible j'aurais fait la démarche personnellement ».

Les idées de Mr Paut relatives à la possibilité d'être malade, aujourd'hui ou à l'avenir, sont dans une certaine mesure liées, comme nous l'avons vu dans la partie précédente, aux différents bouleversements entraînés par la maladie et le vieillissement. Par le passé, Mr Paut avait déjà été victime d'un accident qui avait rendu nécessaires plusieurs opérations de l'épaule. Aujourd'hui, il éprouve des difficultés à se déplacer du fait de douleurs et de crampes liées aux artérites aux jambes, ainsi que d'un essoufflement et d'une arythmie cardiaque. Ayant été sportif toute sa vie,

⁵⁷² Claude Balier, « Pour une théorie narcissique du vieillissement », *L'information psychiatrique*, 1979, vol. 55, n° 6, p. 635-645.

il ne peut aujourd'hui plus nager, faire du tennis, ou marcher plus de 500 mètres car « les jambes n'en peuvent plus ». Ces manifestations somatiques le ramènent régulièrement à l'idée d'une fragilité du corps :

« Oui, enfin ça ne me préoccupe pas, je n'y pense pas tous les jours hein. Mais bon, je me rends compte que je m'essouffle que j'ai des problèmes de jambes parce que les artères se bouchent, donc je suis...je n'y pense pas, mais j'y suis confronté quand même tous les jours. J'ai un rappel, si vous voulez ».

Mr Paut rencontre sa précarité du fait de la symbolique liée à l'âge et aux périodes de la vie. 45 ans est l'âge à partir duquel il a commencé à s'interroger sur les conséquences de ses comportements sur sa santé, 69/70 ans sont des nombres qui évoquent pour lui la dernière période de la vie, l'impression d'un accroissement du risque de maladie et de mort :

« Ah je dirais 45 ans, ou...à partir du moment où on sait que ce n'est pas bon pour la santé, enfin je veux dire. Où on en prend conscience en tout cas », « Ben oui, ça me préoccupe. D'autant plus que j'ai 69 ans donc...si ça se produit ça...ça va gâcher les dernières années », « Et je vais avoir 70 ans la semaine prochaine, euh... je fume depuis 45 ans, euh je ne sais même pas si c'est récupérable, mais en tout cas bon, il faudrait limiter les risques quoi. »

La prise de conscience d'une fragilité du corps lui vient aussi de l'expérience des autres :

« Euh, à part ça euh...on avait évoqué les craintes éventuelles de maladies, bon ça, je veux dire, elles sont toujours là hein, donc...d'autant plus que j'ai un ami qui a eu une grosse intervention, qui a failli y passer, pas pour des raisons de tabac d'ailleurs, mais pour autre chose et, bon...ça perturbe et on pense à ça aussi, en avançant dans l'âge, c'est sûr », « Je veux dire j'y pense souvent parce que j'ai...enfin on a tous dans notre entourage des gens qui ont eu des...qui ont perdu la vie à 65 ans, 70 ans. Moi je vais avoir 69, forcément...je fais un peu d'arythmie cardiaque, etcetera, il peut arriver n'importe quoi tous les jours hein »

Notons ici le passage du « je » au « on » témoignant de la dimension collective du vieillissement et de l'avancée dans les générations, référence que nous retrouvons lorsque Mr Paut mentionne l'écart qu'il ressent avec la génération de ses enfants, en ce qui concerne l'évolution des idées liées à la santé, à l'alimentation, à l'addiction, à l'environnement (« La vie d'aujourd'hui n'est pas la même qu'il y a 30 ans »). Exposition de la précarité qui, comme pour beaucoup, ne se fait pas sans résistance...

« On a toujours l'impression que ça n'arrive qu'aux autres, c'est toujours la même chose. Donc...mais enfin ça fait réfléchir quand même », « Et puis un peu persuadé aussi peut-être aussi d'être à l'abri, contrairement à d'autres si vous voulez, plus ou moins conscient hein »

...perceptible également dans la sélection des termes qu'il utilise pour se définir :

« ...il ne faut pas non plus dramatiser, je marche, bon. Je...je...je n'ai plus 20 ans et si je marche 500 mètres ou que je monte 5 étages, j'ai du mal, si vous voulez. Enfin j'ai du mal, je m'arrête et puis ça redémarre, je ne suis pas encore handicapé si vous voulez, mais un peu diminué. Voilà. Il y a une nuance entre les deux »

Ce ne sont cependant pas les différentes composantes des perturbations somato-psychiques entraînées par la pathologie somatique et le vieillissement, déjà repérées par ailleurs, qui attirent notre attention à la lecture des entretiens avec Mr Paut et qui justifient que nous exposions ici cette vignette clinique.

Bien que Mr Paut adhère au but préventif du dépistage, il apparaît que les procédures sont également différemment investies par lui, c'est-à-dire dans ce que les résultats du test impliqueront pour sa consommation tabagique :

« Si on me dépistait aujourd'hui, un début de cancer, etcetera, j'ose espérer que ça m'aiderait à arrêter encore...encore plus si vous voulez », « C'est aussi...oui, oui bien sûr, oui, oui. Mais, bon le fait est que si on me...si ces examens ne montrent rien...d'anormal, je ne dirais pas que ça m'encourage à continuer à fumer, mais ça me rassure, si vous voulez. »

Mr Paut, sous forme de négation, associe les résultats négatifs ou « bons résultats des examens » à un « encouragement à fumer », et en vint à les considérer comme « un problème », dans la mesure où ils ne l'aideraient pas dans sa croisade contre sa consommation tabagique. Il comprend par ailleurs le but de l'étude comme un moyen « de mieux comprendre les raisons qui font que tel ou tel comportement peut amener à un cancer ou à un problème, une problématique liée au tabac », dans le but d'« aider à la prise de conscience [des méfaits du tabagisme] de façon encore plus efficace... ». Bien que les deux sujets soient entremêlés, il est frappant chez Mr Paut que, le mal, le danger véritable, ne soit pas tant la maladie, que le tabagisme en lui-même ; le but ultime n'est donc pas d'éviter d'être malade, mais bien d'arrêter de fumer.

Mr Paut ramène presque systématiquement chaque sujet abordé lors de l'entretien au tabagisme, et surtout à son incapacité à arrêter.

Il a commencé à fumer « très jeune », lorsqu'il avait environ 15 ans. Il explique mobiliser la cigarette partout, tout le temps. Allumer une cigarette est la première chose qu'il fait le matin. Il y a recours dans les moments positifs, de joie ou d'euphorie, dans les moments négatifs, de tension, de nervosité et de peine.

« ... j'y trouve toujours un plaisir si vous voulez. Enfin, un plaisir c'est beaucoup dire mais...c'est un réflexe...j'ai un côté très nerveux aussi, donc c'est un réflexe euh...à la fois en cas d'euphorie ou à la fois en cas de dépressivité si vous voulez. », « Alors si...un bon rayon de soleil je vais allumer une cigarette, s'il y a un orage je vais en allumer une aussi, parce que voilà. »

Les fonctions de la cigarette sont multiples : environ 5, d'après lui, lui procurent du plaisir. Les autres sont liées au fait de relâcher la maîtrise, de compenser une frustration, de se

récompenser ou de s'offrir un plaisir après un effort. Mais fumer équivaut également directement à l'idée d'être un poids pour les autres, un fardeau pour son ex-femme et ses enfants. Il a tout tenté pour arrêter de fumer : l'auriculothérapie, l'hypnose, l'acuponcture, la cigarette électronique, les patchs, les consultations de tabacologie, etc. Toutes ses tentatives se sont soldées par un échec, et tout, dans sa vie, le ramène à cet échec. Les nombreuses mentions à l'échec et à l'autodépréciation arrivent dès les premières minutes de chaque entretien :

« J'ai beaucoup de mal à arrêter de fumer », « Non, sans succès, sans succès réel », « j'ai beaucoup de mal », « ça n'a pas marché, ça n'a pas marché », « je tourne en rond depuis longtemps », « Ah non, j'ai beaucoup de mal oui. J'ai beaucoup de mal », « je devrais avoir contrôle sur mon cas personnel », « je me sens un peu...en tout cas je ne me sens pas fier de...de ne pas mener le combat, si je puis dire », « je n'ai pas progressé beaucoup », « je constate ma faiblesse si vous voulez, à ne pas lutter pour arrêter complètement », « ça m'ennuierait qu'on me dise demain, bon il vous reste trois mois à vivre. Et je me sentirais complètement responsable. Donc c'est un comportement d'irresponsable, quelque part [...] je n'aurais, quelque part, que ce que je mérite. Mais, oui, je m'en voudrais de m'être caché derrière mon petit-doigt quoi », « enfin je suis sûr que je ne fais pas ce qu'il faut pour que ça n'arrive pas [un malheur]. Donc quelque part, je suis...je suis un peu...je constate ma faiblesse si vous voulez, à ne pas lutter pour arrêter complètement ».

En contrepoint de l'autodépréciation, Mr Paut idéalise les personnes de son entourage :

« Je sais que globalement tout le monde a raison, euh, et que je n'arrive pas à adhérer à cette raison », « Oui, j'étais admiratif, oui, oui. Je suis admiratif et c'est là où je me rends compte que dans mon entourage certains ont décidé d'arrêter du jour au lendemain et ils ont réussi. Donc c'est bien un problème de volonté aussi ou un problème de...il y a peut-être un tempérament plus facile. Peut-être moins de nervosité, moins de tension, je n'en sais rien. Mais...ou une faculté plus facile à décider et à respecter sa décision, je n'en sais rien. En tout cas c'est des belles réussites, oui. Et j'en ai beaucoup dans mon entourage. [...] Ben je leur tire mon chapeau. Euh...et je constate que je n'y arrive pas, donc je continue mon petit bonhomme de chemin. [...] pfff je ne sais pas quoi vous dire parce que je...je...je ne me maîtrise pas dans ce domaine-là. »

L'ex-épouse de Mr Paut et leur fille partagent un gène qui prédispose à une forme de cancer du sein. Toutes deux ont été plusieurs fois atteintes de cancers – trois pour son ex-épouse, deux pour sa fille, dont une dont elle est actuellement atteinte – traités par mammectomie et chimiothérapie. Nous n'apprenons ces faits qu'au dernier entretien, et mention en est toujours faite par Mr Paut pour mieux illustrer son admiration face à leur comportement pour prendre soin d'elles et de leur santé, en comparaison à son échec à faire de même. Comme nous pouvons le constater dans les verbatims suivants, chaque mention à sa fille le ramène à la problématique de la capacité/incapacité à faire preuve d'une hygiène de vie qu'il estime correcte :

« Alors quant au risque de cancer j'ai en ce moment une fille qui est concernée, qui a une chimio parce que c'est son deuxième cancer du sein. Donc... je suis un peu dedans,

mais je suis suivi sur le plan cardio, je suis suivi sur le plan...en fait les bonnes mesures à prendre doivent venir de moi et je ne le fais pas. »,

« Elle a été opérée on lui a retiré un sein l'année dernière. [...] ...enfin sa mère en a eu trois. Donc c'est le même gène etc., donc elle est là en France pour 8 séances de chimio. Euh...bon mais elle, elle est au contraire, très positive, très combattante, très...très à l'écoute de son corps et attentive à en prendre soin. [...] moi je le vis de façon à la fois inquiète parce que c'est une récurrence, qui n'est pas tout à fait au niveau du sein parce que c'est...on a trouvé ça un peu, on a trouvé des métastases ailleurs, mais je le vis en même temps de façon positive grâce à elle parce que son attitude est telle qu'elle veut se bagarrer contre les cellules et...leur casser la gueule quoi, si j'ose dire. [...] Voilà. Alors, moi en ce qui me concerne je sais qu'il faut que je fasse des efforts, parce que le stent qui m'a été posé est efficace, mais malheureusement moi dès que je marche 300 ou 400 mètres j'ai mal aux jambes, donc j'arrête. »

Toutes les relations de Mr Paut sont abordées sous l'angle de l'idéalisation de l'autre et de la dévalorisation de lui-même. L'autre est investi dans un rapport narcissique plutôt qu'objectal, et est parfois dénié en sa qualité d'autre pouvant l'affecter :

« ...enfin j'ai des enfants, j'ai des petits-enfants. Et je ne me dis pas, bon il faut que j'arrête pour eux, etc., c'est...moi j'ai vraiment, je suis confronté à moi-même là-dedans et...[...] Je...je ne...je ne me dis pas : "bon allez, il faut arrêter parce que là t'as des enfants ou des petits enfants ou..." Enfin je ne m'accroche pas à ces arguments-là si vous voulez. Ou une femme. [...] Je les élimine si vous voulez quelque part. Je dis bon, il faut arrêter [...] parce qu'il faudrait arrêter. Pas parce que j'ai des enfants ou des petits-enfants, ou une épouse ».

Sa crainte d'être une charge pour les autres – qu'il présente par ailleurs comme la raison majeure de sa volonté d'arrêter sa consommation tabagique – nous paraît liée à un repli défensif face à un menaçant besoin d'étayage.

Si la thématique à laquelle se rapportent l'échec et la dévalorisation est presque exclusivement celle du tabagisme, cela reflète des failles narcissiques chez Mr Paut qui sont également repérables dans les nombreux appels au chercheur. Dès les premières minutes de chaque entretien, et régulièrement pendant leur cours, Mr Paut laisse percevoir un fort besoin d'étayage :

« Voilà. Qu'est-ce que je peux vous dire d'autre ? », « A part ça, si vous avez quelques questions plus particulières pour approfondir, n'hésitez pas, hein », « est-ce que je réponds à vos questions ? », « Voilà, qu'est-ce que je vous raconte, hein... [...] Je ne suis pas sûr de contribuer beaucoup à...je ne suis pas sûre de vous apporter beaucoup de lumière hein, parce que...j'ai l'impression d'être un cas un peu irrécupérable ».

Si Mr Paut dit tourner en rond, en ce qui concerne le tabagisme, sa présence en entretien, l'investissement du chercheur, la peur du vide de sa parole, suggèrent que le tabagisme et l'hygiène de vie sont les sujets sur lesquels se cristallise une atteinte narcissique qui dépasse bien ce cadre. Il tourne en rond face au tabagisme, cette problématique est projetée en entretien :

« Ben, si vous voulez c'est un vaste débat donc. Si vous faites une enquête, c'est que vous avez des questions à poser. Moi, je vous ai dit un peu quelle était mon approche, j'aimerais arrêter je n'y arrive pas. On tourne en rond depuis... je tourne en rond depuis longtemps », « non pas particulièrement [n'a rien à ajouter]. Sinon je vais rabâcher et je vais vous faire perdre votre temps », « Et donc, je ne suis pas très content de moi quoi. Mais encore une fois je ne fais pas ce qu'il faut pour l'être un peu plus. Ah là ça enregistre, bon, ben parfait, ça ne va pas être brillant comme interview », « si moi j'étais à votre place et que je devais faire une petite synthèse des trois entretiens avec (son nom), je me dirais : "ben pfiou ce n'est pas très brillant, parce qu'il n'a pas beaucoup avancé ce monsieur" ».

Les entretiens avec Mr Paut sont courts, il présente des difficultés à associer et le chercheur doit souvent le relancer après de nombreux silences. Il interrompt lui-même le dernier entretien au bout d'une vingtaine de minutes en expliquant qu'il « voudrai[t] pouvoir [m'] aider mais bon, ce sont des entretiens qui sont courts ». Il notera par ailleurs avoir des troubles de la mémoire, des difficultés à entreprendre, une tendance à la procrastination, une atteinte de l'action, et ressentir de l'impatience, de la fatigue, de l'énerverment et de la tension. Mr Paut, lors du troisième entretien, expliquera qu'il a été plusieurs fois suivi, dont récemment, par un psychologue, car il a régulièrement traversé des périodes de dépression...

« Mais, il y a peut-être un traitement psychologique aussi à remettre un peu en route, je n'en sais rien. Comme j'ai déjà eu l'occasion de faire des dépressions et de faire des analyses, je veux dire, j'ai donné aussi si vous voyez ce que je veux dire. Je ne me sens pas déséquilibré hein quand même. Comme j'ai pu éventuellement me sentir à des moments... à d'autres moments de ma vie. [...] Qu'est-ce que je vous raconte ! (*rires*) »

...même s'il note que sa dépressivité a pris récemment un tournant différent :

« ...si on part [meurt] un peu plus tôt ou un peu plus tard ça ne change pas grand-chose. De toute façon on part. Alors que j'ai toujours été... jusqu'à il y a une période relativement récente, très heureux de vivre, très amoureux de la vie, très dynamique, très entreprenant etc., donc ce problème de... Je suis plus inquiet pour les autres que pour moi. Alors c'est peut-être une façon de se cacher derrière son petit doigt. »

Mr Paut, pendant l'entretien, se décrit comme « fataliste ». Par fataliste, il entend le fait qu'il puisse « arriver n'importe quoi, tous les jours hein », « je veux dire, je peux me faire écraser dans la rue demain ». Toujours sur lit d'autodépréciation sévère, il associe cette caractéristique à un manque de volonté, à de la faiblesse face à ses échecs multiples. Sous forme de négation, il lie cela à des tendances suicidaires :

« J'aimerais mieux venir en vous disant, ah ben on ne s'est pas vus depuis longtemps, j'ai arrêté de fumer... euh, j'ai toujours un peu ce côté qui accompagne un peu la dépression, ce côté euh... un peu fataliste, je ne dirais pas suicidaire hein ? Parce que c'est un mot trop fort, mais "advienne que pourra" quoi. Et je vais avoir 70 ans la semaine prochaine, euh... je fume depuis 45 ans, euh je ne sais même pas si c'est

récupérable, mais en tout cas bon, il faudrait limiter les risques quoi. Mais je ne suis pas suffisamment discipliné avec moi-même »

Entre le 2nd et le 3^{ème} entretien, le médecin propose à Mr Paut une intervention chirurgicale qui pourrait améliorer sa circulation sanguine et diminuer les douleurs lors de la marche. Mr Paut choisit l'intervention, en entretenant l'espoir qu'il pourra nager à nouveau, et reprendre le tennis, au moins une ou deux fois par semaine : « *a priori* on repart comme en 14 ». Au-delà des possibilités sportives, il attend du dépistage et de l'intervention chirurgicale qu'ils lui permettent enfin de faire les efforts que, jusque-là, il n'arrivait pas à fournir. Récupérer un peu de marche lui permettrait de suivre enfin les recommandations du médecin.

« Parce que 10 minutes je commence à avoir mal et que...bon alors...enfin je...je ne me force pas à marcher 40 minutes si vous voulez. Mais je marche plusieurs fois par jour quand même. [...] Mais enfin, là aussi je pourrais faire un effort. Enfin c'est fatigant de dire "je pourrais, je pourrais", tout le temps. », « Euh...donc bon ben il y aura cette intervention, je pense, qui va me soulager, qui va peut-être me permettre de refaire un peu d'activité sportive, d'être mieux dans mon état général je dirais », « C'est parce que je n'en fais pas assez. Mais c'est pour ça aussi que j'ai...c'est une des raisons pour lesquelles j'ai choisi aussi de faire l'intervention. Parce qu'à partir du moment, si effectivement, je n'ai plus mal, je vais marcher davantage, c'est sûr »

Quitte à ce que cela doive passer par l'annonce d'une maladie dans le cadre du dépistage, il pourrait alors enfin avoir le déclic qui lui permettrait d'arrêter de fumer. Or, arrêter de fumer et se remettre au sport sont pour Mr Paut les clés contre l'énerverment, la tension psychique, la dépression. Améliorer sa situation somatique est investi par lui comme ce qui résoudra ses problèmes de mémoire, de procrastination, d'impatience, d'atteinte à l'action. Il apparaît au 3^{ème} entretien que l'intervention chirurgicale, bien qu'un succès du point de vue du médecin et des analyses médicales, n'a pas atteint le but recherché par Mr Paut :

« Alors, moi en ce qui me concerne je sais qu'il faut que je fasse des efforts, parce que le stent qui m'a été posé est efficace, mais malheureusement moi dès que je marche 300 ou 400 mètres j'ai mal aux jambes, donc j'arrête. [...] ... je prends un peu la solution de facilité et la voiture plutôt que la marche quoi. Donc ça c'est quelque chose que je voudrais quand même améliorer, en me forçant à faire une demi-heure de marche au moins par jour. Mais en essayant de ne pas trouver le bon prétexte pour ne pas le faire, parce qu'il pleut ou parce que ceci ou parce que cela quoi. Voilà. »

* * *

Selon la grille de lecture que nous propose Balier, le cas de Mr Paut pourrait être considéré comme une mélancolie d'involution, se caractérisant par l'émergence après la cinquantaine d'accès mélancoliques : « La mélancolie dite d'involution, qui survient vers la cinquantaine, et dans les cas les plus purs, sans autres accès mélancoliques dans les antécédents, atteste qu'il se

« passe quelque chose d'original à cet âge »⁵⁷³. La dépressivité de Mr Paut serait alors due, non pas comme chez les sujets les plus jeunes à une perte d'objet dont le choix a été effectué sur le mode narcissique, comme le suggère Freud lorsqu'il caractérise la mélancolie, mais plutôt à une « déplétion narcissique »⁵⁷⁴ due à la baisse d'estime de soi liée aux affections somatiques et diverses pertes dont il fait l'expérience du fait des outrages de l'âge. Balier relève également une fréquence importante des plaintes hypocondriaques⁵⁷⁵ chez les patients âgés, qui pourraient relever, cette fois selon la terminologie de Schwering, non pas d'une hypocondrie structurelle mais plutôt secondaire⁵⁷⁶ du fait de la capture de l'intentionnalité du corps par l'affection organique et l'abord fonctionnel du corps à l'hôpital, comme nous en avons présenté la possibilité dans la partie II. Ainsi Mr Paut, même après le succès de son opération, ne parvient pas à retrouver l'usage de son corps et à s'engager dans des relations objectales, son corps continuant à se manifester à lui par des douleurs persistantes qui l'empêchent de s'engager dans le monde. Ceci peut nous orienter vers la piste d'une stase de libido au niveau de l'organe.

Nous n'avons pas commencé par présenter le cas de Mr Paut dans la mesure où il serait représentatif du travail psychique à l'œuvre chez les participants de la cohorte, mais plutôt car il se rapproche le plus du tableau clinique amenant Balier à théoriser la théorie narcissique du vieillissement. Nous présenterons donc, à partir de maintenant, et à commencer par celle de Balier, les différents positionnements des auteurs quant au travail psychique mobilisé lors du vieillissement. Nous introduirons également nos conclusions en indiquant les propositions qui nous semblent devoir être retenues, celles devant à l'inverse être abandonnées. Du fait de l'utilisation, pour cette recherche, de la théorisation ancrée et donc de l'adoption d'un modèle itératif, ces différents points théoriques ont constitué des hypothèses qu'il nous a fallu explorer grâce à l'analyse du matériel clinique. L'étude des entretiens nous a progressivement permis de confirmer ou d'infirmer ces hypothèses, en les mettant à l'épreuve de l'expérience des personnes que nous avons rencontrées. Nous introduirons dès maintenant les points d'accord et de désaccord, de manière à faciliter la lecture de la thèse ; mais ces résultats n'ont en réalité émergé que progressivement au cours du processus de rédaction.

Ce chapitre est essentiellement théorique et nous ne reviendrons que dans le suivant à l'analyse du matériel clinique.

Il apparaîtra que nous ne pouvons souscrire aux conclusions de Balier en ce qui concerne le cas de Mr Paut. Si nous nous accordons sur l'existence des plaintes hypocondriaques, nous serons amenée dans le chapitre 8 à proposer une autre interprétation de l'étiologie des manifestations psychiques relevées chez lui, et de leur articulation avec les événements qu'il vit.

⁵⁷³ *Ibid.*, p. 642.

⁵⁷⁴ *Ibid.*, p. 637.

⁵⁷⁵ C. Balier, « Des changements de l'économie libidinale au cours du vieillissement », art cit, p. 63.

⁵⁷⁶ K.-L. Schwering, *Corps d'outrance, op. cit.*, p. 130.

2. La théorie narcissique du vieillissement par Balier

Balier est le premier à tenter de réunir en une seule représentation – sous l'appellation de « théorie narcissique du vieillissement » – non seulement les manifestations pathologiques du vieillissement, mais aussi les vieillissements considérés comme « sains », « heureux », « ordinaires ». Cette tentative englobante fait des travaux de Balier une théorie pionnière dans l'étude du vieillissement à partir de laquelle se développeront d'autres théorisations, ce qui justifie que nous lui accordions une place particulière dans cette section de thèse.

2.1. Vieillissement sain et vieillissement pathologique selon Balier

Est donc repérée par Balier et d'autres avant lui une prévalence particulièrement élevée de troubles d'allure narcissique chez les personnes âgées, tels que les manifestations dépressives et mélancoliques, ou encore les plaintes somatiques et hypocondriaques. Ferenczi parlait déjà, en 1921 et dans les traces de Freud, de « psychonévroses du retour d'âge »⁵⁷⁷, se caractérisant par une modification de la répartition de la libido en faveur des investissements narcissiques, comme il le développe dans cette longue citation bien connue des études psychanalytiques sur le vieillissement : « L'homme a tendance en vieillissant à retirer les émanations de la libido des objets de son amour et à retourner sur son Moi propre l'intérêt libidinal dont il dispose probablement en moindre quantité. Les gens âgés redeviennent – comme les enfants – narcissiques, perdent beaucoup de leurs intérêts familiaux et sociaux, une grande partie de leur capacité de sublimation leur fait défaut, surtout en ce qui concerne la honte et le dégoût ; ils deviennent cyniques, méchants et avarés ; autrement dit leur libido régresse à des « étapes pré-génitales de développement » et prend souvent la forme franche de l'érotisme anal et urétral, de l'homosexualité, du voyeurisme, de l'exhibitionnisme et de l'onanisme. Le processus paraît donc être le même que celui considéré par Freud comme au ressort de la paraphrénie : dans les deux cas, il s'agit d'un abandon des investissements d'objet et d'une régression au narcissisme »⁵⁷⁸.

Selon Balier, les cas pathologiques du vieillissement relèvent d'un retrait libidinal sur le moi, qui, s'il s'installe, ouvrirait la voie au travail de la mort au sein du psychisme tel qu'il apparaît lors de profonds désinvestissements du monde, lorsque le moi ne peut plus s'alimenter grâce à l'investissement objectal. « Le « moi » du sujet sénescence, dans ses fonctions d'adaptation et d'investissement, butte contre la réalité qui l'entoure et ne parvient plus à investir dans le monde extérieur les énergies qui émanent des appétits et des pulsions, encore vives et parfois exacerbées »⁵⁷⁹. La prévalence des névroses actuelles et celle des dépressions chez le sujet âgé s'expliqueraient respectivement par l'impossibilité d'écoulement suffisant de la libido psychique

⁵⁷⁷ Sándor Ferenczi, « Pour comprendre les psychonévroses du retour d'âge » dans *Psychanalyse III. Œuvres complètes (1919-1926)*, Paris, Payot, 1990, p. 150-155.

⁵⁷⁸ *Ibid.*, p. 151.

⁵⁷⁹ C. Balier, « Pour une théorie narcissique du vieillissement », art cit, p. 639.

et la « déplétion narcissique avec perte de l'estime de soi »⁵⁸⁰. Ajoutons à ce tableau les régressions narcissiques mentionnées par Ferenczi, et voilà que « tout le champ de la pathologie est effectivement marqué par le repli narcissique »⁵⁸¹.

L'originalité de Balier est de postuler, au-delà de l'hypothèse d'une régression pathologique narcissique permettant d'expliquer les manifestations psychopathologiques de la sénescence, un fonctionnement psychique propre aux personnes vieillissantes par rapport aux autres adultes, même dans les cas de vieillissement heureux. Les cas pathologiques de la sénescence permettraient de rendre visible un processus psychique ayant lieu chez tout un chacun et témoignant d'un remaniement systématique de l'équilibre libidinal lors du vieillissement. « La pluralité des influences nous a fait précisément rechercher un fil conducteur qui nous permette de rendre compte de l'ensemble des faits observés, aussi bien au cours du vieillissement se déroulant dans des conditions heureuses mais n'entraînant pas moins des remaniements de la personnalité, que dans les cas pathologiques. Ce fil conducteur, nous pensons l'avoir trouvé dans le concept du narcissisme »⁵⁸². Un court-circuitage de l'alliage du narcissisme avec la pulsion de mort, facteur de régression et désorganisation, serait possible dans la mesure où une relance des investissements du moi aurait lieu. S'articulent alors différents ingrédients : nous noterons particulièrement une régression maturante de l'Idéal du Moi, une intégration de la diminution de l'importance personnelle par le sujet, et une déssexualisation des pulsions.

L'hypothèse principale de Balier en ce qui concerne les vieillissements heureux consiste en un abandon de l'idéalisation du père œdipien au profit d'une idéalisation de la mère archaïque. « L'idéal du moi n'est plus représenté par l'action, les réalisations, la maîtrise des objets, la consécration sociale, comme on le voit dans le jeune âge »⁵⁸³, « l'estime de soi ne procède plus du reliquat infantile qui fait croire à l'enfant que le monde lui est soumis ou est à conquérir. Elle vient d'un Idéal du Moi qui n'a d'autre but que de s'inscrire dans la chaîne des générations et de prendre sa place dans l'ensemble des significations de l'univers »⁵⁸⁴. L'intégration de la position féminine passive a ici toute son importance, le sujet peut alors avoir recours à l'idéalisation d'un objet extérieur qui permet de retrouver la mère satisfaisante d'une manière qui puisse être confirmée par la réalité. L'idéal du moi se rapproche alors du narcissisme primaire dans une régression qui permet « une nouvelle façon d'être au monde qui entre dans l'équilibre des âges de la vie et de la succession des générations »⁵⁸⁵. Cette découverte de nouveaux rapports avec son environnement s'exprimerait dans le meilleur des cas, selon Balier, par l'augmentation de la tolérance, l'abandon de la quête de réalisations personnelles, un appétit pour la transmission. Cela équivaut à un nouvel équilibrage topique et à un abandon par l'Idéal du Moi du « détour par l'identification au père »⁵⁸⁶. La déssexualisation des pulsions aurait dès lors un rôle de première

⁵⁸⁰ *Ibid.*, p. 637.

⁵⁸¹ *Ibid.*, p. 643.

⁵⁸² *Ibid.*, p. 635.

⁵⁸³ *Ibid.*, p. 644.

⁵⁸⁴ *Ibid.*, p. 645.

⁵⁸⁵ C. Balier, « Des changements de l'économie libidinale au cours du vieillissement », art cit, p. 69.

⁵⁸⁶ *Ibid.*, p. 68.

importance, car elle favoriserait une intégration au monde dominée par la culture, la découverte, la curiosité plutôt que l'ambition.

La cohésion du Moi serait paradoxalement maintenue grâce à une acceptation par le sujet de sa fragilité et de sa finitude : « le maintien d'un narcissisme satisfaisant au cours du vieillissement ne passe-t-il pas par l'acceptation d'une moindre importance du sujet au profit de son « inscription » dans un environnement, représentant symbolique de la mère satisfaisante ? »⁵⁸⁷.

2.2. Points d'accord et de divergence avec la théorie de Balier

Il nous paraît ici essentiel de comprendre la démarche de Balier et le contexte du développement de sa théorisation, pour pouvoir présenter nos points d'accord et de divergence.

Cette conceptualisation s'inscrit, comme nous le rappelle Franck Rexand-Galais⁵⁸⁸, dans une réflexion psychanalytique produite sur le narcissisme et le Soi, dans les années 1970, en France et outre-Atlantique. Le but de Balier est alors de se situer à contre-courant de la vision classique de l'époque qui selon lui attache une trop grande importance à la structure de la personnalité dans l'étiologie des états pathologiques, et particulièrement de la dépression, chez les sujets âgés. Il cite par exemple des auteurs qui expliquent les dépressions de la sénescence par un certain type de mode relationnel de la personne, ou encore des fixations à certains stades de développement. « N'y a-t-il pas lieu de s'attacher davantage, en ce qui concerne le vieillissement, à l'aspect économique des investissements objectaux et narcissiques en fonction des nouvelles conditions faites à l'individu et de contrebalancer ainsi la référence structurale. On comprend aisément que lorsque tant de modifications se font aussi bien chez le sujet lui-même qu'au niveau du milieu, la répartition des investissements entre l'objet et soi-même change, quelle que soit la personnalité de base »⁵⁸⁹. Dans une perspective presque sociale, il invite à prendre plus en compte les modifications du milieu qui affectent les possibilités d'investissement des sujets âgés. Il caractérise alors les événements qui les affectent.

Son postulat de base est que les personnes vieillissantes sont sujettes, du fait des fragilisations biologiques et de l'accumulation d'évènements du registre de la perte, à une confrontation à la réalité du corps et à la réalité sociale dans le sens du déficit, qui entraînerait une fragilisation du Moi. « Les modifications biologiques ne sont peut-être pas toujours les premières à être perçues par le sujet vieillissant, mais elles constituent une constante qui va dans le sens du déficit et introduit une fragilisation de l'organisme à une période de la vie où les événements vont se précipiter. Se manifestent de diverses façons : au niveau de l'apparence du corps qui joue un rôle de première importance dans la représentation que nous nous faisons de notre propre Moi, par la perte de l'efficacité intellectuelle, par la diminution de la force physique et par des handicaps moteurs, par des changements dans la sphère génitale, elles sont le signe d'une épreuve de réalité

⁵⁸⁷ C. Balier, « Pour une théorie narcissique du vieillissement », art cit, p. 144.

⁵⁸⁸ Franck Rexand-Galais, « Humeurs sénescences : la question narcissique dans le vieillissement », *Psychologie Clinique*, 2019, vol. 2, n° 48, p. 96-109.

⁵⁸⁹ C. Balier, « Pour une théorie narcissique du vieillissement », art cit, p. 138.

toujours douloureuse »⁵⁹⁰. Tout en faisant mention d'importantes variations entre l'expérience des différentes personnes – il s'appuie alors sur l'exemple de la différence d'espérance de vie entre différents groupes socio-culturels – et tout en prenant en compte l'importance de la structure psychique de l'individu pour faire face à ces changements, Balier met l'accent sur la portée universelle des événements et changements expérimentés et leur dimension éminemment narcissique. La fragilisation corporelle, l'approche inévitable de la mort et la plus ou moins subtile ségrégation sociétale seraient ainsi vécues par les sujets comme autant d'outrages narcissiques, dans la mesure où elles priveraient le moi de deux de ses trois sources d'approvisionnement : la satisfaction par rapprochement avec l'Idéal du Moi, et la satisfaction liée à l'investissement objectal. La réponse du sujet face au vieillissement impliquerait nécessairement un rééquilibrage entre les investissements du système objectal et du système narcissique, dans les cas pathologiques comme dans les cas heureux.

Il importe donc à Balier de prendre en compte le rapport du sujet à son environnement et ses possibilités d'investissement pour expliquer les formes pathologiques originales ou leur particulière fréquence chez les âgés, en opposition à la vision plus classique à l'époque expliquant les pathologies de l'âge par l'évolution de la structure de base de la personnalité. D'où une explication par Balier des troubles des âgés majoritairement grâce au paradigme de la névrose actuelle, c'est-à-dire par une impossibilité d'éconduire la libido du fait de raisons non intrapsychiques mais liées à des facteurs actuels tels que la diminution des possibilités des usages du corps ou la réduction des objets disponibles dans l'environnement.

Il nous semble néanmoins que le décalage de la problématique de la structure de la personnalité vers les événements ait amené Balier, et plusieurs auteurs à sa suite, à négliger dans une certaine mesure les facteurs intrapsychiques impliqués dans l'expérience du vieillissement. Balier dit d'ailleurs : « Le problème théorique si souvent évoqué, dont les incidences pratiques sont importantes pour la thérapeutique, à savoir quel est le plus important, de l'environnement ou de la personnalité, dans la production de la dépression, se repose à propos de la dépression au cours du vieillissement où les modifications de l'environnement semblent jouer un rôle de premier plan. En fait, plus que de modifications de l'environnement on devrait parler d'une inadaptation entre la personnalité vieillissante et le milieu peu apte à répondre à ses besoins »⁵⁹¹.

S'il nous paraît essentiel de prendre en compte les événements survenant à la personne – nous en avons fait l'objet de la partie II –, il nous semble devoir accorder une égale importance aux moyens psychiques permettant de leur survivre – nous en faisons l'objet de la partie III.

D'autres auteurs, tels que Villa⁵⁹² et Benoît Verdon⁵⁹³, mettent plus l'accent sur le travail psychique potentiellement mobilisé par la personne, et la possibilité que ce potentiel adaptatif évolue avec l'avancée en âge du fait de l'accumulation des restes non psychisables et non liables

⁵⁹⁰ *Ibid.*, p. 636.

⁵⁹¹ *Ibid.*, p. 637.

⁵⁹² F. Villa, *La puissance du vieillir*, *op. cit.*

⁵⁹³ B. Verdon, *Le vieillissement psychique*, *op. cit.*

des excitations rencontrées, c'est-à-dire par l'évolution de l'âge de la névrose – nous y reviendrons. La particulière prévalence des manifestations psychopathologiques chez les âgés, ou leurs particularités, pourraient donc s'expliquer par un contexte de potentielle accumulation des événements dans un contexte de potentielle diminution des capacités adaptatives. Chaque personne n'étant pas concernée également par l'un ou l'autre de ces facteurs, mais chacun des deux et encore plus leur rencontre pouvant déboucher sur des régressions pathologiques du fonctionnement psychique.

L'analyse des entretiens avec les participants de cette étude nous amène également à nous décaler de l'idée souvent évoquée que le travail psychique de l'âgé relèverait d'une maturation qui serait typique de cette tranche de vie par rapport au travail psychique mobilisé par les autres adultes. Il est intéressant de noter ici que Balier développe sa théorie du vieillissement sain, d'une part par extension des états pathologiques observés dans sa clinique de secteur, et d'autre part sur la base d'une étude réalisée auprès d'une population exclusivement constituée d'enseignants ayant plus de 85 ans. Les solutions psychiques observées alors, à savoir le maintien de l'approvisionnement narcissique grâce à l'investissement positif du passé, grâce à « la découverte, la curiosité »⁵⁹⁴, à l'émerveillement devant la vivacité des petits-enfants et donc à la joie de transmettre un savoir, pourraient être typiques d'une population d'enseignants mais non généralisables à l'ensemble des personnes vieillissantes. Orienter sa théorie sur la fermeture de la « boucle du cycle de vie »⁵⁹⁵, sur la « transmission au cours des générations »⁵⁹⁶, sur la prévalence de la « lignée narcissique » sur la « lignée génitale »⁵⁹⁷, pourrait donc constituer des solutions mais non pas les uniques solutions aux difficultés par ailleurs potentiellement et non pas systématiquement rencontrées au cours du vieillissement. La plus grande variété des réponses psychiques observées chez les participants dans le cadre de cette étude explique notre réticence à supposer une solution psychique originale au problème posé par le vieillissement, pour plutôt mettre l'accent sur le maintien ou la mise en échec de la capacité adaptative face aux événements rencontrés, sans présupposer des solutions pouvant être adoptées.

Or, la théorie narcissique du vieillissement de Balier a encore aujourd'hui un impact fort, comme le montrent ces propos récents de Rexand-Galais : « Depuis Balier [...] et même si ce mouvement n'est en rien unilatéral puisque l'exploration des destins de l'Œdipe dans le vieillissement est loin de constituer une visée aujourd'hui encore sans essors, la clinique moderne n'a de cesse d'isoler de façon toujours plus conséquente le rôle du narcissisme dans le vieillissement [...] Théorie à resituer dans ses spécificités, elle est bien un modèle pour penser les mutations économiques, psychopathologiques dans le vieillissement d'un point de vue global et la dépression du sujet âgé en particulier »⁵⁹⁸. Même lorsque la théorie de Balier n'est pas embrassée de telle manière, elle reste une référence en ce qu'elle pose le premier jalon d'une

⁵⁹⁴ C. Balier, « Des changements de l'économie libidinale au cours du vieillissement », art cit, p. 65.

⁵⁹⁵ *Ibid.*

⁵⁹⁶ *Ibid.*

⁵⁹⁷ *Ibid.*, p. 66.

⁵⁹⁸ F. Rexand-Galais, « Humeurs sénescences », art cit, p. 97.

logique processuelle du vieillissement qui sera souvent reprise. Le vieillissement y est donc envisagé comme un défi posé à tout individu impliquant une crise psychique pouvant déboucher sur une issue maturative ou sur des issues pathologiques pour lesquelles le paradigme de la névrose actuelle s'avère le plus éclairant. Villa en vint à dire, et nos lectures nous ont menée à un constat similaire, qu'« il ne serait pas exagéré [...] que toutes les recherches postérieures s'inscrivent implicitement dans un dialogue secret avec celles pionnières de Balier »⁵⁹⁹.

Avant de revenir à l'analyse du matériel clinique, nous présenterons maintenant une revue synthétique non exhaustive des principales théories, plus récentes, apportant un éclairage sur le fonctionnement psychique des personnes vieillissantes, certaines s'inscrivant dans les traces de la théorie narcissique de Balier, et d'autres adoptant un angle parfois tout à fait différent.

3. D'autres propositions théoriques sur le travail du vieillir

Il n'existe actuellement pas de consensus sur une explication théorique du travail psychique mobilisé lors du vieillissement. La littérature se compose de nombreuses contributions ponctuelles – publiées dans des ouvrages collectifs réunissant parfois plus de 20 auteurs (Jean Guillaumin et al.⁶⁰⁰, Cécile Hanon et al.⁶⁰¹), ou publiées indépendamment (Paul-Laurent Assoun⁶⁰², Danielle Quinodoz⁶⁰³, Jacqueline Schaeffer⁶⁰⁴, Jacques Gaucher⁶⁰⁵...). La littérature sur le sujet se compose également de plusieurs ouvrages individuels abordant la problématique sous des angles différents (Henri Bianchi⁶⁰⁶, Henri Danon-Boileau⁶⁰⁷, Philippe Gutton⁶⁰⁸, Charlotte Herfray⁶⁰⁹, Gérard Le Gouès⁶¹⁰, Marion Péruchon et Annette Thomé-Renault⁶¹¹, Jean-Marc Talpin⁶¹², Benoît Verdon⁶¹³, François Villa⁶¹⁴). Il serait inutile de rendre compte ici de toutes les hypothèses envisagées et explorées par ces auteurs. Nous laisserons donc nécessairement de

⁵⁹⁹ François Villa, « Quand la psychanalyse rencontre la question du vieillissement », *Le Carnet PSY*, 2014, vol. 4, n° 180, p. 23.

⁶⁰⁰ Jean Guillaumin et Hélène Reboul, *Le temps et la vie : les dynamismes du vieillissement*, Réédition numérique., Paris, FeniXX, 1981.

⁶⁰¹ Cécile Hanon et al., *Devenir vieux : Les enjeux de la psychiatrie du sujet âgé*, Rueil-Malmaison, Doin, 2011.

⁶⁰² Paul-Laurent Assoun, « Le vieillissement saisi par la psychanalyse », *Communications*, 1983, vol. 37, p. 167-179.

⁶⁰³ Danielle Quinodoz, « L'angoisse de la mort chez les personnes âgées en psychothérapie », *Psychothérapies*, 1996, n° 3, p. 145-149.

⁶⁰⁴ J. Schaeffer, « Vieillesse et différence des sexes », art cit.

⁶⁰⁵ Jacques Gaucher, « Quelques réflexions sur la psychodynamique de la vieillesse. », *Psychothérapies*, 1996, vol. 16, n° 3, p. 133-143.

⁶⁰⁶ Henri Bianchi, *Le Moi et le temps : Psychanalyse du temps et du vieillissement*, Paris, Bordas, 1987.

⁶⁰⁷ Henri Danon-Boileau, *De la vieillesse à la mort, point de vue d'un usager*, Paris, Calmann-Lévy, 2000.

⁶⁰⁸ Philippe Gutton et Marie-Christine Aubray, *L'art de vieillir : être soi... toujours*, Paris, In press, 2018.

⁶⁰⁹ C. Herfray, *La vieillesse en analyse*, op. cit.

⁶¹⁰ Gérard Le Gouès, *L'âge et le principe de plaisir : Introduction à la clinique tardive*, Paris, Dunod, 2000.

⁶¹¹ Marion Péruchon et Annette Thomé-Renault, *Destins ultimes de la pulsion de mort. Figures de la vieillesse*, Paris, Dunod, 1993.

⁶¹² J.-M. Talpin, *Psychologie du vieillissement normal et pathologique*, op. cit.

⁶¹³ B. Verdon, *Le vieillissement psychique*, op. cit.

⁶¹⁴ F. Villa, *La puissance du vieillir*, op. cit.

côté un nombre non négligeable de propositions théoriques. Notre démarche consiste plutôt à relever un certain nombre de questionnements qui nous paraissent impliqués dans le travail psychique mobilisé lors du vieillissement, mais qui surtout nous semblent importants pour expliquer l'expérience du dépistage. Ces questionnements ont par exemple trait aux devenirs de la libido, au deuil et au renoncement, à la remobilisation libidinale et à la sublimation, au rapport à la finitude et à la mort, aux réaménagements psychiques topiques et dynamiques. Nous avons donc sélectionné les auteurs qui apportaient des contributions à ces questionnements, et nous proposons ici, avant de revenir à l'analyse du matériel clinique, de nous situer parmi les différents positionnements adoptés vis-à-vis de ces points théoriques.

Les points sur lesquels nous nous concentrerons sont les suivants : 1/ les devenirs de la libido au cours du vieillissement ; 2/ la place des deuils et des renoncements ; 3/ la relance des investissements avec l'hypothèse de la prévalence de la sublimation ; 4/ les effets de la perspective de la mort sur l'appareil psychique, et la manière de traiter la question de la mortalité.

3.1. Une inflexion dynamique propre au processus du vieillir

L'idée de Balier selon laquelle le retrait libidinal sur le Moi, entraîné par l'inadéquation entre le sujet et l'environnement en vue de la satisfaction des désirs, peut entraîner à terme un déploiement de la mort dans le psychisme, est reprise et plus avant élaborée par différents auteurs. Le point de départ serait donc la déception, et la frustration dont fait l'expérience le sujet – qu'elle vienne d'une réduction des possibilités offertes par le corps, d'un retrait de l'environnement ou d'idées sur l'approche de la mort – quant à la possibilité de satisfaction des désirs. « L'attachement, nous dit Bianchi, dont le potentiel peut rester intact, ne trouve plus alors dans ses objets de support actuel ou ne peut plus leur accorder la valeur de stabilité que la perspective de la mort compromet »⁶¹⁵. Selon Bianchi, cela est surtout dû à la perte de sens alloué à la vie du fait la perspective approchante de la mort ; selon Le Gouès, il s'agit de l'écart creusé entre génitalité psychique et génitalité physique du fait des évolutions corporelles, la génitalité physique déclinant avant la génitalité psychique⁶¹⁶. Voilà ce qu'en dit Herfray : « si les échanges du début de la vie s'inscrivent dans la promesse de nouvelles possibilités, de nouvelles conquêtes et du plaisir trouvé en échange d'une « jouissance » perdue, ceux de la fin connotent d'une manière ou d'une autre l'envers de la promesse. L'heure est à la dépossession. L'éventail objectal s'amenuise. Où trouver [...] ce qui est prometteur de plaisir ? »⁶¹⁷.

Le narcissisme du sujet en serait alors ébranlé, le moi du sujet, en crise. Bergeret en vint à postuler une « crise de la sénescence »⁶¹⁸, comparable à la crise d'adolescence, processus similaire de mutation psychique ayant lieu dans des directions opposées. Alors que l'enjeu de l'adolescence

⁶¹⁵ Henri Bianchi, « Vieillir, ou les destins de l'attachement » dans *La Question du vieillissement : Perspectives psychanalytiques*, Paris, Bordas, 1989, p. 50.

⁶¹⁶ G. Le Gouès, *L'âge et le principe de plaisir*, op. cit., p. 10.

⁶¹⁷ C. Herfray, *La vieillesse en analyse*, op. cit. Empl. 431.

⁶¹⁸ Jean Bergeret, « La deuxième crise d'adolescence. Sénescence et crise d'identité. » dans *Le temps et la vie : les dynamismes du vieillissement*, Réédition numérique., Paris, FeniXX, 1981, p. 73.

est de sortir de la période de latence pour affirmer une sexualité génitale, de développer la capacité d'objectalisation et de liaison de la pulsion avec des objets hors cadre familial, il s'agirait pour l'adulte sénéscent de faire le trajet inverse, c'est-à-dire de renoncer progressivement à la génitalité pour entrer dans une nouvelle période de latence. « L'étude des mouvements économiques de la crise de sénescence nous montre que le sujet est soumis à cette période à un mouvement pulsionnel inverse à celui qu'il a rencontré au cours de sa propre adolescence. L'équilibre réalisé à la fin de la crise d'adolescence, entre les investissements narcissiques et objectaux, se voit remis en question au début de la crise de sénescence »⁶¹⁹. Il s'agirait alors, selon Bergeret, et cette perspective est reprise par Herfray, de l'entrée dans un « moratoire latent »⁶²⁰, occasion de réévaluation des intérêts économiques et d'une réélaboration des modes principaux de satisfaction pulsionnelle afin de prendre en compte les nouvelles données en provenance de la réalité. Il s'agirait d'effectuer une « reconversion du désir »⁶²¹ face aux pertes impliquées par la retraite ou par les défaillances présentes ou à venir. L'incapacité à effectuer ces remaniements pulsionnels et identificatoires, et donc à entrer dans une nouvelle période de latence, ne laisserait pas d'autre choix au sujet que de « tourner affectivement en rond autour de préoccupations de plus en plus étroites et de plus en plus desséchées, c'est-à-dire vers une mort lente »⁶²².

Tous les auteurs n'adhèrent pas à la logique développementale proposée par Bergeret, et décelable également chez Le Gouès et Herfray, c'est-à-dire à l'idée d'une crise psychique prenant source dans des modifications corporelles et débouchant sur un stade postgénéral. En revanche, l'accent est souvent mis sur l'enjeu de désobjectalisation caractérisant cette période de la vie, et donc sur le risque de « déconstructions de l'organisation sexuelle génitale »⁶²³. Selon Gutton et Assoun, l'enjeu principal n'est pas tant la frustration et l'impossibilité de satisfaction libidinale, que les conséquences de la frustration sur la capacité d'investir du sujet. Ainsi, le Moi aurait tendance, face à la frustration, à s'isoler lui-même du monde, à remettre en question sa capacité à investir le monde. « Avoir moins de capacité réelle, c'est perdre la capacité de relation d'objet qui est en jeu. Ce n'est pas un objet qui manque mais la dimension immatérielle de l'emprise possible sur l'objet »⁶²⁴. Au-delà de la possibilité de satisfaction par le biais du commerce avec l'objet, est sollicitée « la capacité de l'investir, plus largement la capacité de décider, l'expérimentation du désir, sans doute l'autonomie »⁶²⁵. Cette idée est également reprise par Assoun qui note le risque d'une remise en question de la place de l'objet dans l'univers mental du sujet. Il s'agirait du moment où « en ce point critique où déçu, abandonné de quelque manière par l'objet, le sujet jouissant (libidinal) se pose la question de sa relation »⁶²⁶.

⁶¹⁹ *Ibid.*

⁶²⁰ *Ibid.*, p. 75.

⁶²¹ C. Herfray, *La vieillesse en analyse*, *op. cit.* Empl. 2724.

⁶²² J. Bergeret, « La deuxième crise d'adolescence. Sénescence et crise d'identité. », art cit, p. 78.

⁶²³ F. Villa, « Quand la psychanalyse rencontre la question du vieillissement », art cit, p. 24.

⁶²⁴ P. Gutton et M.-C. Aubray, *L'art de vieillir*, *op. cit.*, p. 32.

⁶²⁵ *Ibid.*

⁶²⁶ P.-L. Assoun, « Le vieillissement saisi par la psychanalyse », art cit, p. 175.

L'atteinte au déploiement de la fonction d'objectalisation – atteinte à la capacité d'avoir –, exposerait le sujet à la désorganisation et ouvrirait la voie dans le psychisme aux forces de déliaison. Ramené dans la théorisation du narcissisme de vie et de mort d'André Green⁶²⁷, voilà l'adulte vieux en proie à un « processus anti-narcissique » par excellence. « Le narcissisme est ici négatif. Il regroupe les forces anti-narcissiques du vieillissement »⁶²⁸. La déliaison des montages sous le primat du génital signerait une modification de l'articulation des pulsions fondamentales. « L'indice, nous dit Assoun, en est sans doute cette transformation de l'économie pulsionnelle qui reporte la relation objectale vers sa source – reposant ainsi au sujet la question d'origine de ses pulsions du moi dans leur relation aux pulsions d'objet –, question narcissique, mais au sens structurel du terme »⁶²⁹. La question fondamentale lors du vieillissement serait donc celle de l'union et de la désunion, de l'intrication et de la désintrication, le vieillissement serait marqué par « une désintrication des pulsions de vie et des pulsions de mort »⁶³⁰, une rupture de l'alliage formé entre les différents types de pulsion.

La libido se rabattrait alors sur le besoin, et la relation d'objet retournerait à une relation anaclitique dans une réactivation de l'état de dépendance. « D'où l'effet saisissant, dans une psychanalyse du vieillissement, de la reviviscence d'un certain type de choix d'objet par étayage [...] qui indique la réversion sur un type de choix d'objet infantile. [...] Homologie fascinante de la position infantile et de la position vieillissante, comme si elles se heurtaient à un même problème de fond, qui est d'étayage »⁶³¹. Choix d'objet par étayage, également remarqué par Bergeret et Bianchi, auquel Balbo ajoute « un retour de la sexualité à ses origines, c'est-à-dire au corps et au corps seul, qui retrouve de ce fait cette tendance, propre à l'enfant, de conserver des investissements libidinaux partiels, se donnant des zones corporelles pour objets, afin de résister à tout regroupement pulsionnel susceptible de se satisfaire d'un objet extérieur en fonction d'un primat sexuel »⁶³². Le relâchement de la fonction de liaison entraînerait ainsi la parcellisation de l'érogénéité du corps. Le sujet âgé se trouverait en proie à l'augmentation de l'excitation, et face à l'incapacité de l'élaboration psychique nécessaire – travail de liaison – à leur canalisation. « Au sein de l'activité mentale, nous dit Le Gouès, la non-liaison, voire la déliaison, commencent à l'emporter sur la liaison »⁶³³. Cela constitue bien, selon Herfray, le cœur de la problématique du vieillissement. La vieillesse signerait ainsi une rupture spécifique, c'est-à-dire le moment où la tension entre la pulsion de vie et la pulsion de mort inverserait sa tendance, au profit de la pulsion de mort. Elle fait appel aux images d'Epinal pour mettre en parallèle, comme le font par ailleurs de nombreux auteurs, « les phénomènes de structuration du début de l'existence et les phénomènes de déstructuration de la fin de l'existence »⁶³⁴. Le Moi, en quête d'apaisement des

⁶²⁷ A. Green, *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, op. cit.

⁶²⁸ P. Gutton et M.-C. Aubray, *L'art de vieillir*, op. cit., p. 29.

⁶²⁹ P.-L. Assoun, « Le vieillissement saisi par la psychanalyse », art cit, p. 175.

⁶³⁰ *Ibid.*, p. 176.

⁶³¹ *Ibid.*, p. 175.

⁶³² Gabriel Balbo, « D'un vieillissement outre âge » dans *La Question du vieillissement : Perspectives psychanalytiques*, Paris, Bordas, 1989, p. 81.

⁶³³ G. Le Gouès, *L'âge et le principe de plaisir*, op. cit., p. 13.

⁶³⁴ C. Herfray, *La vieillesse en analyse*, op. cit., p. 424.

tensions contradictoires réveillées par les « déficits dont le sujet est le lieu »⁶³⁵, s'exposerait à la tentation de l'abolition totale des tensions, c'est-à-dire à leur maintien au niveau zéro qui représente la mort psychique.

En ce qui concerne les devenirs de la libido avec le vieillissement, plusieurs options sont donc proposées. Bergeret et Le Gouès, parmi d'autres, semblent adopter l'idée d'une inflexion du fonctionnement psychique rabattue sur le vieillissement organique et neurophysiologique. D'autres, comme Gutton et Assoun, remettent en question cette perspective développementale mais mettent néanmoins sur le devant de la scène la raréfaction des objets d'investissement et l'enkystement de la capacité à investir du sujet. « L'épuisement de la libido, commente Villa, n'est plus un fait donné mais une balance entre libido d'objet et libido du moi, le renforcement de l'une se traduisant pas un affaiblissement de l'autre »⁶³⁶. Le sujet vieillissant serait alors, du fait des événements vécus, exposé à un risque de déconstruction de l'économie génitale et de retrait de la libido des objets sur le besoin. Ces différentes approches, comme celle de Balier, s'inscrivent dans la conception de Green du dualisme pulsion de vie / pulsion de mort, mettant au centre les possibilités d'objectalisation du sujet. La problématique phare du vieillissement correspondrait donc ici aux conséquences psychiques des évolutions réelles – du corps ou de l'environnement – remettant en question la capacité d'objectalisation. La perte de l'alliage entre pulsions de vie et pulsions de mort serait paradigmatique de toutes les manifestations du vieillissement, certaines personnes trouvant des solutions plus heureuses que d'autres pour réagir face à cette désintrinsication progressive.

Différentes, et selon nous plus convaincantes, nous semblent être les perspectives de Villa et de Péruchon. Ces deux auteurs décalent la problématique du vieillissement en rappelant que le niveau d'intrication et de désintrinsication entre pulsions de vie et pulsions de mort est un enjeu déterminant à tous les âges de la vie, et pas uniquement lors du vieillissement. Selon Péruchon, le vieillissement 'ordinaire' reposerait sur le maintien de l'intrication pulsionnelle dont le but est « la neutralisation des effets nocifs de la pulsion de mort »⁶³⁷. Le « vieillard ordinaire » continuerait donc à vivre « sans trop de drames ni d'éclats »⁶³⁸, à la différence des personnes auxquelles elle consacre son livre. Celles-ci, non représentatives de la population générale, seraient soumises à des mouvements de déliaison pulsionnelle demandant des réaménagements particuliers. Il s'agirait donc, dans l'étude du vieillissement, d'envisager l'évolution du jeu intrication/désintrinsication en fonction du temps qui passe, sans considérer qu'un mouvement de désintrinsication ait lieu dans l'absolu, particulièrement à cet âge et pour toutes les personnes vieillissantes. Villa s'inscrit en ce sens dans les traces de Karl Abraham qui met au centre du vieillissement l'âge de la névrose et l'évolution des capacités d'élaboration avec le temps, plutôt qu'une inévitable sclérose psychique. « C'est la capacité de déplacement des quantités et de

⁶³⁵ C. Herfray, *La vieillesse en analyse*, op. cit. Empl. 677.

⁶³⁶ F. Villa, « Quand la psychanalyse rencontre la question du vieillissement », art cit, p. 24.

⁶³⁷ M. Péruchon et A. Thomé-Renault, *Destins ultimes de la pulsion de mort*, op. cit. Section: « L'importance de la pulsion de mort dans la théorie freudienne ».

⁶³⁸ *Ibid.* Section: « Introduction ».

transformation de la quantité en qualité qui, avec le temps, rencontre une limite, diminue et se voit saisie par une certaine paralysie »⁶³⁹ ; « et cette tendance est d'autant plus accentuée que les conflits antérieurs n'ont pas pu être traités ou perlaborés suffisamment »⁶⁴⁰. L'effondrement des pulsions de vie, la désintrinsication pulsionnelle, constituerait l'écueil principal du vieillissement mais non une fatalité programmée, ce qui remet au centre du destin dans le vieillissement les capacités de traitement psychique individuelles. Cela n'implique pas de négliger l'impact des événements qui mettent à l'épreuve la capacité de reprise élaborative du sujet, qui n'est pas infinie, ni la possible raréfaction des objets à investir qui sont « les garants d'un va-et-vient constant entre intrication et désintrication pulsionnelle »⁶⁴¹ et sans lequel l'énergie libidinale non utilisée risque de devenir désorganisante et menaçante pour l'économie psychique⁶⁴². Il s'agit en revanche de déplacer sensiblement l'accent : les personnes âgées ne seraient pas nécessairement touchées par la problématique de la désintrication, mais elles auraient potentiellement plus de difficultés pour y faire face. Cela implique de se détacher d'une vision « unifiée » du vieillissement comme réaction psychique linéaire à une réalité donnée, pour étudier différents destins de personnes vieillissantes. « Il y a, nous l'avons vu, des vieillesse qui, si l'on s'en tient à notre choix théorique très focalisé, impliquent toutes les combinaisons possibles entre Eros et Thanatos »⁶⁴³.

Ce décalage de perspective nous amènera à mettre l'accent sur les capacités de traitement psychique des personnes vieillissantes et sur les raisons faisant qu'elles atteignent un jour une limite. Nous serons amenée à parler dans ce cadre de rencontre entre des événements et des organisations de la personnalité psychique, de possibilités de subversion, de transformation de la quantité en qualité de l'excitation, de différents niveaux de liaison. Nous nous décalerons d'un modèle linéaire, « crisal »⁶⁴⁴, pour distinguer différents types de vieillissement : invisible, visible, impossible. Mais continuons pour l'instant à nous positionner par rapport aux théories existantes.

3.2. Deuils et renoncements

Que soit choisie par les auteurs l'hypothèse d'un stade postgénéral ou celle d'un risque de désorganisation de la pulsion sous le primat du génital, l'enjeu du vieillissement sain serait alors que ne se fixent pas des modes de fonctionnement psychique dominés par la pulsion de mort et une impossibilité de distribution de l'énergie libidinale. « A partir de là, on peut comprendre que le maintien ou la perte d'un lien, c'est-à-dire d'un flux d'investissement, unissant le Moi à un objet – « objet » étant entendu au sens large de « pôle d'investissement situé hors du Moi » – soit le facteur discriminant recherché : facteur relationnel donc, qui porte témoignage de la capacité ou de l'incapacité de l'appareil psychique à se maintenir en activité »⁶⁴⁵. Dans ce cadre, éviter le repli

⁶³⁹ F. Villa, « Quand la psychanalyse rencontre la question du vieillissement », art cit, p. 22.

⁶⁴⁰ *Ibid.*, p. 21.

⁶⁴¹ *Ibid.*, p. 22.

⁶⁴² M. Péruchon et A. Thomé-Renault, *Destins ultimes de la pulsion de mort.*, op. cit. Section: « Conclusion ».

⁶⁴³ *Ibid.*

⁶⁴⁴ J.-M. Talpin, *Psychologie du vieillissement normal et pathologique*, op. cit. Chapitre : « Le vieillissement, entre crises et processus tout au long de la vie ».

⁶⁴⁵ H. Bianchi, *Le Moi et le temps*, op. cit., p. 61.

sur des positions narcissiques pathologiques nécessiterait un travail psychique spécifique de la personne âgée, aux prises avec le problème original posé par le vieillissement.

Une des bases de ce travail psychique, fortement souligné par les auteurs, serait celui du renoncement ou surmontement des positions psychiques adoptées par le passé qui ne sont plus adaptées à la réalité du fait des changements réels ayant lieu lors du vieillissement. Danon-Boileau oppose ainsi deux attitudes face au vieillissement : la résignation et le renoncement. A côté de la résignation, qui consisterait en une soumission forcée à la réalité et qui entraînerait des mouvements dépressifs plus ou moins importants, existerait l'option du renoncement, « décision venue de l'intérieur », « sacrifice choisi »⁶⁴⁶. Le renoncement impliquerait l'acceptation par le sujet de sa détérioration, de sa fragilité devant la mort, l'abandon du désir de maîtrise et de l'absolu positif, désir fantasmatique de récupérer la toute-puissance, et traduirait l'investissement d'un dernier désir, le repos. « L'abandon guette au contraire le senior qui ne supporte pas l'écart entre les exigences du Moi-Idéal (voire de l'Idéal du Moi) et les possibilités du Moi, et se décourage avant d'avoir réellement commencé, parce qu'il ne sera jamais à la hauteur de ses aspirations – animés par le désir de Toute-Puissance – ou capable de fournir des résultats satisfaisants aux yeux de l'exigence parentale intériorisée »⁶⁴⁷. Le renoncement, effectué dans l'apaisement, permettrait la disparition de l'agressivité inhérente à la résignation contrainte qui relève d'une méconnaissance de la réalité et peut aboutir au dénigrement, aux volontés de pouvoir, à l'attaque de la jeunesse et des autres, au déni de la réalité, à la haine de soi-même.

Une idée très similaire est retrouvée chez Le Gouès : « Le moi névrotique [du sujet âgé] souffre parce que la crise l'éloigne de l'image aimable qu'il s'était forgée de lui-même. Il s'attriste parce qu'il n'a plus le choix, parce que ses rêves de réussite perdent définitivement la chance de le conduire à celui qu'il aurait tant voulu être. Le fait même qu'il souffre témoigne de l'engagement d'un travail de deuil consistant à supporter de n'être plus aussi aimable à ses yeux qu'il aurait souhaité le devenir »⁶⁴⁸. Le Moi étant l'instance qui règle les rapports entre la réalité extérieure et la réalité psychique, il devrait, pour éviter le déni de la réalité, se résoudre à une réévaluation des idéaux. Il s'agirait d'une capacité à réélaborer le complexe de castration vers un abandon des prétentions antérieures pour en investir de nouvelles, non tributaires d'un report des prétentions dans l'avenir. Cela reviendrait à supporter la perte de la jeunesse, à accepter la perspective de la mort, et à se résoudre à l'abandon de la jouissance et de la toute-puissance. La dénégation, le refus de la réalité, la conviction que le fantasme de toute-puissance puisse se réaliser aboutiraient à des régressions et à une rigidification du fonctionnement psychique.

Cette idée d'une nécessité de renoncement, en opposition à des attitudes de refus, de déni, de maintien de fantasmes qui mèneraient à des manifestations pathologiques, est également retrouvée, avec des nuances, chez Balbo, Gutton, Assoun, Bianchi, et Herfray. La plupart des auteurs s'accordent sur la nécessité de faire les deuils pour maintenir la vie psychique et réinvestir

⁶⁴⁶ H. Danon-Boileau, *De la vieillesse à la mort, point de vue d'un usager, op. cit.*, p. 88.

⁶⁴⁷ *Ibid.*, p. 174.

⁶⁴⁸ G. Le Gouès, *L'âge et le principe de plaisir, op. cit.*, p. 72.

par ailleurs : « on peut se laisser mourir psychiquement à défaut d'accomplir les deuils qui sont à faire »⁶⁴⁹. Différents termes sont utilisés par les auteurs et des écarts existent entre les théorisations lorsqu'il s'agit de cerner la qualité du travail psychique effectué – deuil, renoncement, désinvestissement – et ce sur quoi il porte – parties du corps, soi, moi, idéal du moi... Voici quelques propositions :

« Vieillir, nous dit Balbo, suppose donc que soit acceptée la perte d'un objet, avec lequel une relation privilégiée, parce qu'idéale, existait, mais qui se doit d'être rompue. Et cet objet n'est pas le corps proprement dit, mais sa représentation narcissique s'originant, elle, dans le corps réel de la toute petite enfance »⁶⁵⁰.

Voici ce que dit Le Gouès : « Ce deuil, ce deuil de soi, qui porte plus sur l'idéal du moi que sur la réalité, renvoie à tous les deuils antérieurs qui ont déjà blessé le narcissisme et qui ont rarement été faits jusqu'au bout. En somme, ce qui était compensable imaginativement par renvoi systématique vers le futur cesse de l'être »⁶⁵¹. Il s'agirait donc d'une négociation des idéaux, le moi pouvant renoncer à certains buts pour disposer de l'énergie psychique qu'il pourra réinvestir différemment, et notamment dans des activités compatibles avec les aptitudes réelles.

Selon Assoun, a lieu lors du vieillissement « le travail de deuil le plus radical qui soit, puisqu'il porte sur le Moi lui-même »⁶⁵². Lui et Péruchon, en des termes différents, se retrouvent sur le lien entre le deuil du moi et le deuil des objets constitutifs du moi : « Le deuil du moi est corrélatif du deuil des objets, c'est en quelque sorte refaire le deuil de ses objets internes »⁶⁵³. Il s'agirait donc d'effectuer à nouveau le deuil des objets chers déjà disparus, et par-là d'effectuer le deuil de l'enfance, de la jeunesse, ce qui reviendrait à « rompre les amarres » pour se préparer à la mort, en relâchant progressivement les « liens libidinaux qui unissent au moi-objet »⁶⁵⁴.

Le deuil du moi s'exprime d'après Assoun par la perte des illusions, une expérimentation du Moi au-delà de la « duperie de l'objet en lequel il se prend »⁶⁵⁵, c'est-à-dire une exposition de la mortalité du désir. Selon Gutton il ne s'agirait alors non pas d'un deuil de soi, mais plutôt d'une reconnaissance de la blessure et du négatif agissant en soi. Il s'agirait de retrouver un espace « aphallique »⁶⁵⁶, où le sujet choisit, dans une délibération, de se débarrasser de l'aliénation des dynamiques de pouvoir et du mimétisme adulte, à l'inverse de la position qui consiste à s'obstiner

⁶⁴⁹ C. Herfray, *La vieillesse en analyse*, *op. cit.* Empl. 1402.

⁶⁵⁰ G. Balbo, « D'un vieillissement outre âge », art cit, p. 89.

⁶⁵¹ G. Le Gouès, *L'âge et le principe de plaisir*, *op. cit.*, p. 18.

⁶⁵² P.-L. Assoun, « Le vieillissement saisi par la psychanalyse », art cit, p. 177.

⁶⁵³ Marion Péruchon, « Travail de deuil du moi chez le sujet âgé », *Gérontologie*, 1993, vol. 87, p. 14.

⁶⁵⁴ M. Péruchon et A. Thomé-Renault, *Destins ultimes de la pulsion de mort.*, *op. cit.* Section: « François Mauriac... »

⁶⁵⁵ P.-L. Assoun, « Le vieillissement saisi par la psychanalyse », art cit, p. 177.

⁶⁵⁶ Philippe Gutton, « Travail d'adolescence, travail du vieillir » dans *Comment l'esprit vient aux vieux*, Toulouse, Erès, 2016, p. 33.

dans la conviction d'immortalité, à « refuser de sortir des pouvoirs sexués et sociétaux »⁶⁵⁷ et donc à « rester dans l'Œdipe »⁶⁵⁸.

Pour Péruchon, un deuil du moi ne pourrait être que partiel, justement parce qu'il porte sur le moi. « Le désintéret, le détachement, le désinvestissement »⁶⁵⁹ ne pourrait s'effectuer que grâce à un dédoublement du moi qui permet ce « renoncement narcissique »⁶⁶⁰. Talpin, d'une manière similaire, considère qu'un deuil de soi ne peut être qu'un deuil partiel, s'appuyant sur un « clivage fonctionnel »⁶⁶¹. Le deuil ne pourrait s'effectuer que sur les parties du moi conscientes (aptitudes, fonctions conscientes du moi) et il buterait sur la « part structurellement inconsciente » du moi. Une partie du moi en viendrait à considérer l'autre comme perdue.

Mais c'est Bianchi qui à la fois introduit et pousse le plus loin cette idée d'un « deuil du moi »⁶⁶². Le « deuil du moi », travail d'« abandon du narcissisme »⁶⁶³ ou de « renonciation narcissique »⁶⁶⁴ serait une exigence nécessaire au maintien de la continuité psychique face à la perspective de la mort et à la détérioration actuelle du sujet : « il est clair qu'il lui faut admettre que cette continuité est destinée à être rompue et que la mort n'est pas quelque chose à quoi l'on s'adapte »⁶⁶⁵. Le maintien de la continuité ne serait possible que grâce au maintien d'un flux d'investissement qui devrait donc être dirigé ailleurs que sur le moi et le corps propre. Le « deuil véritable du Moi-objet, c'est-à-dire le maintien d'un investissement libidinal du Moi, mais comme d'un objet dont le deuil est fait, la perte acceptée, [est] la condition d'un investissement non narcissique de l'autre : le maintien de l'intéret pour le monde et de l'amour éventuel pour des objets se trouvant alors facilité par la renonciation narcissique en quoi consiste le deuil du Moi »⁶⁶⁶. Selon Bianchi, le deuil du moi impliquerait la reconnaissance de la réalité, de l'impuissance devant la mort, l'acceptation sans contrepartie d'une castration totale, et serait opposé aux attitudes de déni, de clivage, qui relèveraient de défenses maniaques contre la perspective de perte narcissique. Il décrit donc l'attitude adoptée dans un vieillissement réussi et heureux : « Consentement à la perte, au zéro des tensions dans lequel il n'y a plus de rapports possibles entre un sujet et un objet, consentement à la disparition d'Eros, à la castration absolue de l'être dans sa jouissance, le moi désormais s'acceptant comme « non tout » acceptant sa finitude dans le temps, son impuissance dans l'espace, renonçant au phallus de la jouissance que procure le fantasme d'une complétude »⁶⁶⁷

⁶⁵⁷ *Ibid.*, p. 34.

⁶⁵⁸ *Ibid.*

⁶⁵⁹ M. Péruchon, « Travail de deuil du moi chez le sujet âgé », art cit, p. 13.

⁶⁶⁰ *Ibid.*, p. 14.

⁶⁶¹ Jean-Marc Talpin, « Deuil partiel, deuil total » dans *17^{ème} journée de l'ARAGP : Corps et psyché : comment vieilliront-ils ensemble ?*, Lyon, ARAGP, 2003, p. 64.

⁶⁶² Henri Bianchi, « Travail du vieillir et "travail du trépas" », *Psychanalyse à l'université*, 1980, vol. 5, n° 20, p. 618.

⁶⁶³ *Ibid.*, p. 619.

⁶⁶⁴ H. Bianchi, *Le Moi et le temps*, op. cit., p. 98.

⁶⁶⁵ *Ibid.*, p. 73.

⁶⁶⁶ *Ibid.*, p. 98.

⁶⁶⁷ H. Bianchi, « Travail du vieillir et "travail du trépas" », art cit, p. 618.

Il semble donc que soient repérés par les différents auteurs des manifestations cliniques de l'ordre d'un « relâchement des liens »⁶⁶⁸, d'une « acceptation de la mort », d'une « sérénité de la vieillesse », d'un « affadissement des passions »⁶⁶⁹. Au niveau théorique, plusieurs termes sont utilisés, et notamment les notions de deuil, de désinvestissement, de renoncement. Ces mouvements sont tantôt considérés partiels, totaux, définitifs ou transitoires, un but en soi ou un moyen vers un autre but, porter tantôt sur les parties du corps, sur l'idéal du moi, sur le moi lui-même, sur certaines parties du moi. Il nous semble remarquer une absence de consensus voire une sorte de flou entourant ces notions de deuil et de renoncement.

Notre contribution consistera donc en une tentative de clarification de certains points de ces notions, et notamment une remise en question de la possibilité même de parler de « deuil » lorsqu'il s'agit du moi ou des parties du corps. Le renoncement nous semble bien plutôt concerner les cibles de projection de l'Idéal du moi, comme nous le développerons plus longuement dans le chapitre 8. Nous pouvons noter dès maintenant notre accord avec certains auteurs dans leurs commentaires à ce propos. Talpin note ainsi que la notion de « deuil du moi » pourrait correspondre à un « idéal du bien vieillir et du bien mourir dans une logique de renoncement alors que, ainsi que le formula Winnicott, il importe de mourir vivant »⁶⁷⁰. Péruchon, quant à elle, note le risque que l'affadissement des investissements, que le renoncement aux passions, que le désinvestissement présenté comme un travail nécessaire du vieillir, puisse en réalité conduire à un étiolement mortifère du désir de vivre. « Le risque encouru par la personne âgée nous paraît être celui d'évoluer d'un certain désinvestissement gardien de la vie à un désinvestissement mortifère »⁶⁷¹. Le désinvestissement du moi ouvrirait donc la voie à une accélération de l'approche de la mort par désorganisation mentale et somatique. Nous reviendrons particulièrement à cette notion grâce à l'analyse du cas de Mme Taac. Relevons enfin une proposition soutenue par Verdon, qui s'avèrera au cœur de notre développement sur le renoncement : « Perdre, manquer, renoncer, ces mots ne sont en effet pas sans faire écho à maintes expériences qui, depuis le plus jeune âge, mobilisent tant l'envie d'aller de l'avant, avec nécessité de se dépouiller de certaines prétentions pour trouver de nouvelles voies de satisfaction, que le désenchantement mortifère de ne rien valoir, de ne compter pour personne, ni même pour soi. »⁶⁷². Il s'agira donc de réinscrire la nécessité de renoncement observée chez les âgés, dans la perspective globale de la fonction du renoncement dans la psyché, et ce à tous les âges de la vie et non uniquement lors du vieillissement.

⁶⁶⁸ M. Péruchon, « Travail de deuil du moi chez le sujet âgé », art cit, p. 13.

⁶⁶⁹ M. Péruchon et A. Thomé-Renault, *Destins ultimes de la pulsion de mort.*, op. cit. Section: « L'écueil majeur du grand âge ».

⁶⁷⁰ J.-M. Talpin, *Psychologie du vieillissement normal et pathologique*, op. cit. Section : « Vieillesse et mort ».

⁶⁷¹ M. Péruchon et A. Thomé-Renault, *Destins ultimes de la pulsion de mort.*, op. cit. Section: « L'écueil majeur du grand âge ».

⁶⁷² B. Verdon, *Le vieillissement psychique*, op. cit. Empl. 36.

Mais continuons pour l'instant avec un autre questionnement nous paraissant fondamental quant au travail psychique rendu nécessaire par le vieillissement : la remobilisation libidinale, avec, comme principale proposition pour de nombreux auteurs, la sublimation.

3.3. Une relance des investissements : quelle place pour la sublimation ?

L'enjeu de l'abandon des positions narcissiques adoptées par le passé est bien dans les théories du vieillissement de maintenir la vie psychique, par-delà les deuils et renoncements rendus nécessaires par les nouvelles données en provenance de la réalité. Dans cette optique, les deuils s'articulent toujours, pour les auteurs, à une possibilité de relance des investissements, une possibilité d'« aimer malgré tout »⁶⁷³. Herfray par exemple, insiste sur la fonction du deuil qui est de pouvoir récupérer du désir afin de pouvoir investir autrement : « le travail de deuil est un travail de déplacement des investissements, car ce qui est perdu l'est définitivement »⁶⁷⁴. Il s'agit du processus par lequel les pertes peuvent se transformer en gains. Dans de nombreuses théorisations, la place des sublimations et des formations de sens substitutives est alors essentielle. Que deuils et formations substitutives soient considérés comme deux mouvements concomitants, ou que les uns soient considérés comme ce qui permet les autres, ces deux ingrédients sont appréhendés conjointement pour un maintien de la vie au sein du psychisme.

« Par l'effet de la création, nous dit Le Gouès, elle [la sublimation] réalimente efficacement le narcissisme sain. Au cours du vieillissement, la création est le moyen de relancer la toute-puissance comme source de jubilation. De sorte que se créer, même au cours du grand âge, c'est toujours se recréer »⁶⁷⁵. Selon Danon-Boileau, le deuil du moi est nécessaire dans la mesure où il rend accessible des satisfactions narcissiques confirmables par la réalité, satisfactions qui permettent la survie du Moi. « Les satisfactions narcissiques, les compensations obtenues en échange de ce « sacrifice consenti » permettent au Moi, conservé, d'être progressivement réinvesti »⁶⁷⁶. De même, Bergeret propose l'existence de formations réactionnelles, de l'ordre « des sublimations, des intellectualisations, des rationalisations et des comportements « sénatoriaux » au sein de la cité et des systèmes de pensée »⁶⁷⁷ permettant le maintien du fonctionnement narcissique par-delà les carences inhérentes au vieillissement. Selon Bianchi et Herfray, la sublimation des pulsions se présente comme rempart contre la désorganisation, dans le cadre du deuil nécessaire du Moi. « C'est dire que la renonciation narcissique, le « deuil du moi » et le comportement heureux – détaché – qu'il est parfois donné d'observer, se trouvent soutenus, même si cela n'apparaît pas directement, par la substitution – sublimative – d'un « sens » obtenu par le Moi, en échange d'un plaisir – lié à la vie – auquel il renonce »⁶⁷⁸. Il s'agirait donc, pour Bianchi, de maintenir un sens à la vie, un sens au sentiment du moi, par-delà la perte

⁶⁷³ H. Danon-Boileau, *De la vieillesse à la mort, point de vue d'un usager, op. cit.*, p. 137.

⁶⁷⁴ C. Herfray, *La vieillesse en analyse, op. cit.* Empl. 1219.

⁶⁷⁵ G. Le Gouès, *L'âge et le principe de plaisir, op. cit.*, p. 79.

⁶⁷⁶ H. Danon-Boileau, *De la vieillesse à la mort, point de vue d'un usager, op. cit.*, p. 89.

⁶⁷⁷ J. Bergeret, « La deuxième crise d'adolescence. Sénescence et crise d'identité. », art cit, p. 73.

⁶⁷⁸ H. Bianchi, « Vieillir, ou les destins de l'attachement », art cit, p. 54.

des repères sexuels et d'activité caractérisant l'âge adulte. Herfray parle dans ce cadre de « gain symbolique »⁶⁷⁹ ou de « conquêtes symboliques »⁶⁸⁰ permettant de survivre aux pertes et renoncements, qui viennent assurer compensation face au renoncement.

Gutton présente quant à lui l'abandon des aspirations à la toute-puissance comme une opportunité, une libération du Moi par rapport aux exigences de l'adultité : « Je ne dis pas que « l'âge » n'est plus un adulte, mais qu'il se trouverait potentiellement plus libre d'engager une vie assouplie en laquelle les jeux d'emprise sociétale, jusqu'alors vécus comme quotidiennement nécessaires (disons faussement essentiels) et qui caractérisent l'adultité, ne sont plus aussi méconnaissants, étouffants, envahissants, violents et dispersés »⁶⁸¹. Plutôt qu'une nécessité d'accepter et de se plier à la réalité, il s'agirait alors d'une potentialité pour les personnes vieillissantes de se dégager de ses exigences, et donc d'accéder à une nouvelle harmonisation entre l'avoir et l'être. Vieillir serait alors un nouvel art de vivre, un nouvel art d'être dont « le maître processus est alors la sublimation »⁶⁸². Le sujet retrouverait donc son narcissisme différemment, grâce à un dégagement par rapport aux pulsions et à la réalité extérieure, vers une créativité nouvelle. Assoun et Gutton s'accordent lorsqu'ils considèrent le vieillissement comme un moment de déliaison qui permet que s'instaurent de nouvelles – voire meilleures – liaisons. Les pulsions retrouveraient leur autonomie de but, ce qui ouvrirait des potentialités créatives en libérant le sujet de l'emprise des pulsions. « En fait, nous dit Assoun, c'est tout autre chose qu'un affaiblissement énergétique dont il s'agit : ce reflux du sujet sur ses positions narcissiques semble aussi bien libérer une potentialité créatrice, à condition de limiter le terme à l'acception esthétique : soit une libération de possibilités de Jeu, qui contraste avec le « sérieux » de l'investissement objectal »⁶⁸³. L'exaltation psychique serait alors rendue possible grâce à la dérivation de la pulsion vers un but non sexuel, dans une « idéalisation sublimante »⁶⁸⁴ par laquelle travaille le vieillissement : « le vieillissement se présente comme l'emblème de la sublimation, voire comme le travail du sublimer en son heure de vérité »⁶⁸⁵.

Ainsi, quel que soit leur angle d'approche, de nombreux auteurs s'accordent sur l'importance de la potentialité créative, des sublimations et des formations de sens dans le devenir des sujets vieillissants. L'investissement déssexualisé relèverait, dans un contexte d'abandon du narcissisme, d'une tentative de survie par investissement et identification à quelque chose qui dépasse le sujet. Il pourrait s'agir, selon les auteurs, de l'investissement de la religion, de l'inscription du sujet dans les générations et donc de l'investissement des descendants, de l'investissement d'une œuvre, d'une institution. Mais il pourrait également s'agir de l'investissement de « petites choses », comme la conservation de l'amour et de l'intérêt intellectuel pour les choses qui ont dû être

⁶⁷⁹ C. Herfray, *La vieillesse en analyse*, *op. cit.* Empl. 606.

⁶⁸⁰ *Ibid.* Empl. 2440.

⁶⁸¹ P. Gutton, « Travail d'adolescence, travail du vieillir », art cit, p. 31.

⁶⁸² *Ibid.*, p. 36.

⁶⁸³ P.-L. Assoun, « Le vieillissement saisi par la psychanalyse », art cit, p. 176.

⁶⁸⁴ *Ibid.*, p. 178.

⁶⁸⁵ *Ibid.*

abandonnées dans la réalité, ou encore l'envie de se « rendre utile jusqu'au bout »⁶⁸⁶, le développement de la tendresse, l'inspiration esthétique, pour la beauté et la vérité de la vie⁶⁸⁷. Dans ce cadre, Le Gouès repère deux types de sublimation possibles : les sublimations intellectuelles et artistiques, et les sublimations affectives prenant la forme de la tendresse et de l'amitié. « Nous découvrons ainsi, nous dit Bianchi, que le schéma de sens investi vaut moins par lui-même que par la qualité de l'investissement affectif dont il est l'objet »⁶⁸⁸. « Ce qui est en question ici – pour le dire sur un mode très général – c'est la capacité du Moi d'affluer vers eux et de trouver dans ce mouvement à la fois fondement et justification de lui-même »⁶⁸⁹. Le maintien d'un investissement libidinal du Moi reposerait alors sur la capacité du sujet de faire le deuil du Moi, capacité à la renonciation narcissique rendue en retour possible sans désorganisation grâce aux compensations assurant au Moi un gage de durée prenant sa source en dehors de lui, dans l'objet.

L'analyse du matériel clinique nous mènera à remettre en question la prévalence de la sublimation concernant la remobilisation libidinale chez les adultes vieillissants.

Talpin, Villa et Verdon sont trois auteurs qui remarquent une certaine « idéalisation »⁶⁹⁰ de la sublimation dans ces différentes propositions théoriques.

Il sera par exemple dit que : « les issues sublimatoires sont seules capables d'éviter la redoutable régression vers les pulsions partielles infantiles [...] il faut créer et commencer par continuer de se créer soi-même afin de ne pas se déprimer trop vite, ni régresser plus vite encore »⁶⁹¹, ou encore que « travail de deuil et sublimation sont les seuls modes permettant aux vieillards de ne pas perdre leurs capacités de se réjouir et de maintenir leur aptitude au plaisir »⁶⁹². Il ne faut pas omettre l'hypothèse selon laquelle cette prédominance accordée à la sublimation serait due à une sorte de « biais de sélection », correspondant à la spécificité de la population consultant les analystes. Nous avons en effet déjà repéré la possibilité d'un tel biais chez Balier qui base sa théorie sur une population exclusivement composée d'enseignants. Ce biais est par ailleurs explicitement mentionné par Péruchon : elle base ses propositions théoriques sur de grands auteurs et artistes tels que François Mauriac, Victor Hugo, Goethe, Freud et exclu dès lors de ses conclusions le « vieillard ordinaire [...] cultivant son jardin, prenant soin de sa maison, s'occupant de ses petits-enfants et arrière-petits-enfants »⁶⁹³.

⁶⁸⁶ Henri Danon-Boileau, « Du narcissisme de l'adolescent au narcissisme du sujet âgé : un éventail de trajectoires » dans *Devenir vieux : Les enjeux de la psychiatrie du sujet âgé*, Rueil-Malmaison, Doin, 2011, p. 42.

⁶⁸⁷ P. Gutton, « Travail d'adolescence, travail du vieillir », art cit, p. 36.

⁶⁸⁸ H. Bianchi, *Le Moi et le temps*, op. cit., p. 62.

⁶⁸⁹ *Ibid.*, p. 63.

⁶⁹⁰ J.-M. Talpin, *Psychologie du vieillissement normal et pathologique*, op. cit. Chapitre : « Quels paradigmes pour penser le vieillissement » ; F. Villa, « Quand la psychanalyse rencontre la question du vieillissement », art cit, p. 25 ; B. Verdon, *Le vieillissement psychique*, op. cit. Empl. 653.

⁶⁹¹ G. Le Gouès, *L'âge et le principe de plaisir*, op. cit., p. XII.

⁶⁹² C. Herfray, *La vieillesse en analyse*, op. cit. Empl. 1218.

⁶⁹³ M. Péruchon et A. Thomé-Renault, *Destins ultimes de la pulsion de mort.*, op. cit. Section: « Introduction ».

Mais cette place de choix accordée à la sublimation pourrait également, comme l'indique Verdon, être la conséquence de représentations communément partagées sur les personnes âgées et surtout sur leur sexualité. « Il importe de prendre en compte les représentations qui circulent quant à l'exercice de la sexualité en général, et de la sexualité des âgés en particulier »⁶⁹⁴. Nous nous attacherons, notamment dans le chapitre 7, à réaccorder de la valeur à tous types d'aménagements pulsionnels réalisés par les âgés, et non seulement aux activités déssexualisées. Cela passera notamment par un retour au concept freudien de pulsion, à ses différents destins, et à leur articulation et inscription au sein de l'organisation génitale adulte. « Des figures de la sublimation aux expériences de jouissance physique, de la mobilisation du courant tendre à celle du courant sensuel, du plaisir connu avec l'autre au plaisir que l'on se donne, de l'investissement d'objets d'aujourd'hui aux expériences de satisfaction avec des objets de jadis, partiels et totaux, les sources et les objets du désir de la femme et de l'homme vieillissants sont pluriels, bien plus riches que les images de processus involutif global dans lesquels les représentations populaires, par simplification, par habitude ou par résistance, tendent à enfermer la vieillesse »⁶⁹⁵.

Nous nous arrêterons maintenant sur le dernier questionnaire qui a attiré notre attention lors de nos tentatives de cerner l'expérience des participants de l'étude, et à propos duquel nous avons envisagé les différentes hypothèses que nous présentons ici.

3.4. Des évolutions du rapport à la mort

Un facteur essentiel à prendre en compte pour expliquer les écarts de fonctionnement psychique entre les adultes les plus jeunes et les plus âgés serait l'approche de la mort. Certains auteurs insistent sur la prédominance de l'approche de la mort dans les facteurs motivant les changements psychiques dont le sujet ferait l'expérience lors du vieillissement, avant les modifications réelles du corps et les pertes vécues. C'est ainsi la perspective approchante de la mort qui justifierait essentiellement, selon Bianchi, l'« autonomie de la problématique temporelle du sujet et d'éventuelles formes typiques d'un « mal du temps » universel »⁶⁹⁶.

Le Gouès et Bianchi identifient l'introduction d'un « conflit topique »⁶⁹⁷ entre le Ça qui ignore la finitude et le moi qui sait qu'il va mourir. Le Ça étant installé dans l'atemporalité, ses rapports avec le Moi – qui reconnaît, en moins en partie, la finitude – seraient affectés par les mouvements psychiques rendus nécessaires par le vieillissement. « Parce que le Moi sait qu'il va mourir, nous dit Le Gouès, face au Ça qui l'ignore, l'appareil psychique entre dans un conflit de finitude, un conflit topique »⁶⁹⁸.

Mais ce sont surtout les liens au Surmoi et à l'Idéal du Moi qui seraient particulièrement mis à l'épreuve lors du vieillissement. Villa met en lien le constat de la finitude et la remise en question

⁶⁹⁴ B. Verdon, *Le vieillissement psychique*, *op. cit.* Empl. 952.

⁶⁹⁵ *Ibid.* Empl. 907.

⁶⁹⁶ H. Bianchi, *Le Moi et le temps*, *op. cit.*, p. 54.

⁶⁹⁷ G. Le Gouès, *L'âge et le principe de plaisir*, *op. cit.*, p. 16.

⁶⁹⁸ *Ibid.*

de la fonction de l'idéal. La logique du report des prétentions vers l'avenir, permettant de survivre à la frustration, à l'impossibilité de réaliser les souhaits immédiatement, serait justement remise en question par le rapprochement de la fin de l'existence. « Même si nous savons rarement précisément le temps qu'il reste à vivre à quelqu'un ou à nous-même [...], il devient en effet indéniable [...] que le temps qu'il reste est au mieux de toute façon inférieur à celui qu'il a déjà vécu [...]. Le temps n'est plus où, encore jeune, on pouvait se dire : c'est parce que je suis petit, jeune, que je ne fais pas telle ou telle chose, mais plus tard quand je serai grand, rien ne m'empêchera plus de faire tout cela »⁶⁹⁹. Cette limite est également constatée par Verdon : « Proposant/imposant des façons d'être au moi afin de satisfaire les exigences portées par le surmoi, l'idéal du moi tolère un certain nombre d'illusions, de reports au lendemain, d'anticipations projetées dans un avenir plus ou moins long de l'accomplissement du projet. Mais avec le vieillissement et la perspective de la mort, la concession faite aux illusions et sursis s'estompe grandement, la radicalité de la finitude venant contrarier avec force toute possibilité de réalisation, voire toute prétention à satisfaire un quelconque vœu. Différer la satisfaction devient risque de frustration sans retour »⁷⁰⁰.

Sont ainsi retrouvées chez Herfray, Le Gouès et Danon-Boileau, parmi d'autres, les idées d'un avenir qui se referme, d'une perte de sens alloué à la vie, de la perte des perspectives de jouissance, du constat de l'impossibilité de la réalisation des rêves de réussite, etc., tout cela mis en perspective de l'approche de la mort. Bianchi suggère que l'adhésion à certains schémas de sens serait remise en question par l'approche de la mort, et notamment les repères identificatoires issus de l'Œdipe concernant l'activité et la sexualité. « Le fait nouveau, dans la perspective de la mort, est que ces deux caractères de sexualité génitale et d'activité, perdent de leur pertinence. Les deux repères, jusque-là fiables, du sexe et de l'activité tendent à s'éroder, à perdre leur sens. Le Surmoi, dans sa fonction de critique et d'interdit, mais aussi dans celle d'idéal, n'offre donc plus au Moi la sécurisante barrière qu'en tant que gardien de ces repères il lui assurait jusque-là »⁷⁰¹. La perspective de la mort rendrait obsolète les contenus du Surmoi, issus de l'Œdipe et donnant sens à l'existence grâce aux opérateurs que sont la sexualité génitale et l'activité. Ces repères primordiaux se vidant de leur sens, le Surmoi en viendrait à être disqualifié, d'où la redéfinition de la pulsion à l'interdit, repérée également par Assoun.

Plusieurs auteurs s'inscrivent dans les traces de Balier et postulent une régression maturante de l'Idéal comme solution permettant un vieillissement heureux. Il y aurait alors un retour, à la fois régressif et élaboratif, à la problématique narcissique des origines du moi, processus que Bianchi décrit comme un « Œdipe du troisième âge »⁷⁰². Selon Bianchi, la perte de sens alloué à certains schémas rendrait nécessaires le recours et la mobilisation d'autres schémas permettant de surmonter la perspective de la destruction. « Ce qu'on peut observer ici, nous dit Bianchi, c'est que, dans la mesure où le Surmoi, dans sa fonction d'idéal, peut être considéré comme le

⁶⁹⁹ F. Villa, *La puissance du vieillir*, op. cit., p. 51.

⁷⁰⁰ B. Verdon, *Le vieillissement psychique*, op. cit. Empl. 577.

⁷⁰¹ H. Bianchi, *Le Moi et le temps*, op. cit., p. 66.

⁷⁰² H. Bianchi, « Travail du vieillir et "travail du trépas" », art cit, p. 615.

représentant des identifications qui résultent de la coupure narcissique pré-œdipienne – lorsque s'opère la première castration d'un Moi-tout infantile qui incluait la mère et le corps de la mère – c'est que le retour à ces identifications peut servir à fournir au Moi des éléments de la problématisation de la relation partie/tout, qui se substitue, dans la perspective du Terme à la problématique sexuelle »⁷⁰³. Face aux outrages narcissiques ressentis, l'« enfant merveilleux » ferait retour, dans sa toute-puissance rassurante, et pourrait, dans le meilleur des cas, permettre une reprise des identifications au père et à la mère mais comme parents morts, guidant le sujet sur le chemin qui lui reste à parcourir : « L'aporie inhérente à la situation en cause est évidemment que, pour que le « non-sens » de la mort soit rendu acceptable, des signifiants nécessairement liés à la vie, et donc « en droit » non pertinents lorsque celle-ci atteint ses limites, doivent cependant se trouver investis, c'est-à-dire « en fait » tenus pour pertinents »⁷⁰⁴.

L'identification à la mère réactualiserait la confiance dans l'acte d'investissement : « c'est la force – ou la faiblesse – de cette confiance qui donne leur valeur et leur dimension véritable aux objets et aux schémas de sens investis »⁷⁰⁵. Selon les termes de Le Gouès, il s'agirait d'être capable de relancer le féminin en soi : « l'observation clinique me conduit à supposer que l'agréable du vieillissement passerait d'abord par la capacité à investir – voire à réinvestir – les satisfactions immédiates, journalières et aisément renouvelables, celles qui constituent, depuis notre identification à la mère des origines, le féminin de notre bisexualité psychique »⁷⁰⁶. Selon Herfray, il s'agirait d'une mobilisation des mêmes forces qui ont secouru le sujet au temps où son identité se structurait. Cela offrirait au sujet des ressources, un gain symbolique face à l'ébranlement pulsionnel. La problématique tout/partie, celle de la fusion et de la séparation, offrirait un cadre plus adapté à un travail psychique portant sur le deuil du moi et le maintien des investissements narcissiques substitutifs. La possibilité pour le sujet de faire son deuil du Moi, puis de sublimer, de créer, d'investir des objets permettant d'assurer, par identification, une continuité au moi du sujet, dépendrait donc de ces remaniements globaux de la subjectivité, de la modification de l'équilibre topique et de la régression vers l'objet primaire.

Quinodoz distingue quant à elle le fantasme d'infini et le fantasme d'éternité. Le fantasme d'infini impliquerait le maintien de l'illusion d'un futur qui pourrait être repoussé à l'infini. La personne repoussant la fin supprimerait l'intérêt de la vie dans la mesure où c'est son caractère éphémère qui donnerait à l'existence son piment. A l'inverse, le fantasme d'éternité impliquerait que le sujet se mette « hors temps », c'est-à-dire qu'il saute « à une autre dimension où l'on regarderait depuis en haut, embrassant d'un seul regard tout ce qui est vécu dans la durée, et où l'on percevrait en même temps sans les confondre passé, présent, futur »⁷⁰⁷. Le travail de vieillir

⁷⁰³ H. Bianchi, *Le Moi et le temps*, op. cit., p. 67.

⁷⁰⁴ *Ibid.*, p. 68.

⁷⁰⁵ *Ibid.*, p. 63.

⁷⁰⁶ G. Le Gouès, *L'âge et le principe de plaisir*, op. cit., p. 14.

⁷⁰⁷ Danielle Quinodoz, « Le travail de vieillir » dans *10ème journée de l'ARAGP : Le travail du vieillir...enrichissement ou appauvrissement*, Lyon, ARAGP, 1993, p. 6.

impliquerait de « regarder en face, sans déni »⁷⁰⁸ la perspective de la mort et son état actuel, et d'enrichir son monde interne pour faire face à l'appauvrissement du monde externe.

La perspective d'Eliott Jaques est sensiblement similaire, lorsqu'il décrit les mouvements psychiques de la crise du milieu de la vie, ayant lieu cette fois entre 30 et 40 ans. L'adulte atteignant le milieu de la vie serait amené, de différentes manières – c'est-à-dire par exemple par le vieillissement de ses parents, par l'accès à l'âge adulte de ses enfants, par l'assise dans un emploi stable, etc. – à rencontrer consciemment la mort. La prise de conscience de la finitude rendrait nécessaire une élaboration de la position dépressive ; l'impossibilité de faire cela relèverait d'un « échec », dans la mesure où la mort serait alors assimilée « au chaos dépressif, à la confusion, à la persécution, comme dans l'enfance »⁷⁰⁹. L'impossible élaboration de la position dépressive entraînerait donc des mouvements défensifs relevant de l'évitement, du déni, de la projection au dehors, et de l'instauration de fantasmes inconscients d'omnipotence, d'immortalité magique. L'instauration de telles défenses pourrait permettre l'économie d'une décompensation, mais cela se ferait « au prix d'une augmentation de l'angoisse persécutive face à l'inévitabilité du vieillissement et de la mort, qu'il faut bien finir par reconnaître »⁷¹⁰. A l'inverse, la possibilité de réélaborer la position dépressive permettrait de vivre dans la sérénité en sachant consciemment que la mort est à venir. « Le sentiment de la continuité de la vie en sort renforcé. Il en résulte une prise de conscience, une réalisation de soi et une compréhension accrue. On peut cultiver des valeurs authentiques de sagesse, de fermeté, de courage »⁷¹¹, « La mort n'est plus une persécution infantile ou un chaos. La vie et le monde continuent à tourner, et nous continuons à vivre à travers nos enfants, nos objets d'amour et nos travaux, à défaut d'immortalité »⁷¹². Les écarts en matière de fonctionnement psychique remarqués entre les jeunes adultes et les adultes ayant dépassé la crise du milieu de la vie, dépendraient dès lors de la manière de composer avec la réalité de la mort à venir, les jeunes adultes ayant recours à des défenses de l'ordre du déni, de l'évitement, de défenses maniaques n'ayant plus lieu d'être mobilisées par les adultes plus âgés grâce au travail d'élaboration de la position dépressive ayant été effectué.

Nous retrouvons ici un questionnement central de cette thèse. Être âgé impliquerait-il qu'un travail psychique spécifique ait eu lieu concernant la perception et l'appréhension de sa mortalité, et qui influencerait sur la réception d'une proposition de dépistage ? Cela pose différentes questions auxquelles nous reprendrons à la lumière du matériel clinique : comment le sujet s'arrange-t-il entre un Ça inscrit dans l'intemporalité et un Moi reconnaissant sa mortalité ? Comment expliquer que l'homme dispose d'un savoir conscient sur sa mort dans un contexte où il n'en existe aucune représentation dans l'inconscient ? Comment l'homme s'arrange-t-il de ces conflits topiques, et comment sont-ils affectés par les événements rencontrés dans le vieillissement ?

⁷⁰⁸ *Ibid.*, p. 11.

⁷⁰⁹ Eliott Jaques, « Mort et crise du milieu de la vie » dans *Crise, rupture et dépassement*, 2e édition., Paris, Dunod, 2013, p. 299.

⁷¹⁰ *Ibid.*, p. 300.

⁷¹¹ *Ibid.*, p. 303.

⁷¹² *Ibid.*, p. 304.

Comment l'instance de l'Idéal, impliquée dans le projet et le rapport à l'avenir, est-elle saisie par un évènement mobilisant la perspective de la maladie et de la mort ?

Nous avons déjà apporté quelques éléments de réponse dans le chapitre 5, en suggérant que le dépistage pourrait être l'occasion du déclenchement d'angoisse de mort – et il s'agit là de ne pas confondre peur de la mort et angoisse de mort. Nous tenterons d'en apporter d'autres dans le chapitre 8 et le chapitre 9.

Notons pour l'instant notre accord avec certains commentaires effectués par d'autres théoriciens du vieillissement. Si la proposition théorique de Jaques nous paraît être d'un grand intérêt dans la mesure où elle implique une notion de défense, il nous semble avec Verdon qu'elle relève d'une certaine idéalisation⁷¹³, notamment lorsqu'il suggère qu'un travail élaboratif pourrait entièrement dispenser le sujet de se défendre face à la perspective de la mort. Nous sommes en cela également de l'avis de Talpin, qui nuance la proposition de Bianchi en indiquant que « la clinique nous montre l'existence, nécessaire [...] du clivage jusqu'à la fin de la vie : clivage entre la part du moi qui sait et accepte la mort proche et celle qui la refuse, l'ignore et permet ainsi [...] au moi de se projeter dans le futur, ne serait-ce qu'à court terme »⁷¹⁴. Une totale acceptation de la mort relèverait davantage d'une position mélancolique.

4. Conclusion intermédiaire

Notre processus de recherche bibliographique nous a menée à consulter des ouvrages portant sur le travail du vieillir. Un certain nombre d'études psychanalytiques sur le vieillissement ont en effet vu le jour, notamment depuis le milieu des années 1970, et nous offrent des pistes fécondes d'analyse des processus psychiques à l'œuvre chez ces personnes âgées de 55 ans et plus. Ces théories ont exercé une grande influence sur notre réflexion, en fournissant des hypothèses au prisme desquelles penser le matériel clinique, selon le fonctionnement itératif de la théorisation ancrée. Devenirs de la libido et de l'intrication pulsionnelle, place des deuils et des renoncements, possibilités de relance ou maintien des investissements, remaniements de la subjectivité face à la perspective de la mort, voici certains des questionnements ouverts par l'analyse croisée du matériel clinique et de la théorie.

Ces points font en effet directement écho à certaines des catégories d'analyse ayant émergé du codage des entretiens : « Changements identitaires induit », « Estimation du risque cancéreux », « Imaginer une situation différente », « Ressenti actuel en pensant à la mort », « Souhaits et jugements pour l'avenir », etc. La nécessité d'analyser, pour expliquer l'expérience que font les personnes du dépistage, leurs expériences passées de confrontation à la précarité – et notamment dans le cadre du vieillissement et de la pathologie somatique –, constituait un important résultat développé dans la partie II. Après avoir expliqué comment ces différents

⁷¹³ B. Verdon, *Le vieillissement psychique*, op. cit. Empl. 653.

⁷¹⁴ J.-M. Talpin, *Psychologie du vieillissement normal et pathologique*, op. cit., p. 34.

événements pouvaient perturber les personnes, nous commençons à explorer des hypothèses quant à leurs conséquences sur le fonctionnement psychique des personnes, et donc sur leurs possibilités de traitement psychique de l'évènement dépistage.

Notre volonté d'ancrer nos résultats dans l'empirie nous empêche de nous contenter d'appliquer la théorie aux entretiens pour faire sens de l'expérience des personnes participant au dépistage. Dans la partie suivante, nous discuterons donc au prisme du matériel clinique certaines hypothèses et propositions des théoriciens du vieillissement, points qui, bien que s'étant imposés à notre attention, nécessitent des adaptations et ajustements pour mieux saisir les processus psychiques spécifiques repérés chez les participants de l'étude.

Dans **le chapitre 7**, nous présenterons nos vues sur la remobilisation libidinale, et questionnerons l'idée selon laquelle le maître-mot en serait la sublimation. Dans **le chapitre 8**, nous présenterons nos vues sur le renoncement en l'articulant notamment au rapport à la mort. Il nous semble que le renoncement, pour le sujet, n'est jamais « choisi » mais toujours contraint, et survenant par ailleurs à tous les âges de la vie. Le **9^{ème} chapitre** sera l'occasion de revenir sur l'articulation entre évènement et structure de la personnalité, dans le vieillissement, et d'en tirer des conclusions pour l'expérience du dépistage.

Chapitre 7.

La remobilisation libidinale face à l'expérience de la précarité

Nous commencerons par pointer la nécessité, face au vieillissement et à la pathologie somatique, de maintenir ou de renouveler la mobilisation libidinale. L'analyse des mouvements pulsionnels repérés chez les participants de l'étude nous amène à adopter une vision alternative par rapport à la proposition théorique d'une importance centrale de la sublimation concernant la relance des investissements chez les personnes vieillissantes.

Bien que nous ne nous référions pas explicitement à l'expérience du dépistage dans ce chapitre, étudier les réactions des personnes face au vieillissement et à la pathologie somatique nous apportera des éléments précieux pour comprendre leurs réactions face à la médecine préventive. Comprendre comment les personnes vivent les événements les fragilisant et exposant leur précarité éclaire les possibilités de traitement psychique de l'évènement « dépistage ».

1. La remobilisation libidinale au prisme du refus et de la déprise

C'est par l'utilisation conjointe du concept freudien de refus et du concept sociologique de déprise que nous introduirons la question de la relance des investissements.

Nous avons en effet pointé dans la première partie le potentiel de déstabilisation pulsionnelle entraînée par les pathologies somatiques et le vieillissement. La fragilisation réelle – c'est-à-dire les modifications corporelles, les pertes de personnes aimées, les pertes d'emploi et autres événements de vie – a le potentiel d'exposer le sujet au refus, dans la mesure où elle affecte les objets de ses pulsions, ou la capacité réelle à entrer en contact avec l'objet. L'évènement réel vécu par le sujet peut donc déstabiliser son organisation libidinale et entraîner un risque de désétayage du corps libidinal et du corps organique, comme nous l'avons exposé dans la partie II. Autrement dit, un des points d'impact des changements corporels vécus dans la pathologie somatique et le vieillissement est d'exposer le sujet au refus, à l'augmentation du registre économique et à l'instauration d'une stase psychique.

1.1. Le refus dans la série étiologique

Freud aborde fréquemment la question du refus dans ses écrits, toujours à propos de l'étiologie des troubles psychiques. Ses premières observations sur le sujet révèlent un lien de causalité entre les troubles des activités et comportements sexuels (abstinence, nuisance sexuelle...) et le déclenchement de névroses actuelles : « après seulement quelques efforts, je pus énoncer la thèse selon laquelle il n'y a pas de névrose – je voulais dire : névrose actuelle – avec

une *vita sexualis normale* »⁷¹⁵. Il mentionnera plus tard la pathologie somatique comme évènement pouvant mener au déclenchement de telles névroses. « Il n'a pu m'échapper non plus, à l'époque, que la causation de l'affection ne renvoyait pas toujours à la vie sexuelle. L'un était certes tombé malade d'une nuisance sexuelle, mais l'autre parce qu'il avait perdu sa fortune ou avait traversé une maladie organique épuisante »⁷¹⁶. Puis, avec le développement de la théorie des névroses, et l'élargissement de la vision de la sexualité, il en vint à reconnaître la valeur approximative de sa première théorisation du lien entre activité sexuelle et névroses. Il met alors en relation le déclenchement de toutes les affections névrotiques – ne se réduisant plus aux seules névroses actuelles – et le refusement de la satisfaction pulsionnelle, quels qu'en soient ses objets et buts. « Ce qui reste essentiel et éclairant pour nous, c'est que, dans chaque cas et quelle que soit la voie par laquelle l'affection a été établie, les symptômes de la névrose se font aux frais de la libido et témoignent ainsi d'une utilisation anormale de celle-ci »⁷¹⁷.

L'important n'est plus alors ce qui cause le refusement, c'est-à-dire la nature de l'évènement, mais bien le refusement en lui-même et donc son impact pathogène sur l'organisation libidinale du sujet. Freud précise que le refusement à la base du déclenchement d'une névrose peut être dû, non pas uniquement à des barrières externes – évènement dans la réalité matérielle –, mais également à des difficultés internes non surmontables. Ainsi, on peut tomber malade du fait d'inhibitions du développement, du fait de conflits et de fixations infantiles, de tendances du moi, qui, rigide, ne peut se satisfaire que d'une seule manière, etc. « Dans le premier type, c'est une modification dans le monde extérieur qui vient au premier plan, dans le second l'accent porte sur une modification interne. D'après le premier type on tombe malade du fait d'une expérience vécue, d'après le second du fait d'un processus de développement. Dans le premier cas est assignée la tâche de renoncer à la satisfaction, et l'individu tombe malade du fait de son incapacité de résistance ; dans le second cas la tâche consiste à échanger une sorte de satisfaction contre une autre, et la personne échoue du fait de sa rigidité »⁷¹⁸. Facteurs externes et facteurs internes apparaissent selon Freud rarement à l'état pur, et se conjuguent souvent pour l'entrée en maladie, ce qui le poussera à parler de « série étiologique ». L'élément extérieur peut dès lors ne constituer qu'un « facteur occasionnant », donnant cours aux « facteurs dispositionnels » qui à eux seuls n'avaient pas entraîné l'entrée en maladie. Qu'à la source du refusement soit une condition externe ou interne, c'est bien le refusement qui constitue le facteur commun du déclenchement de névroses, dans la mesure où s'instaure une stase libidinale qui entraîne la formation de symptômes et donc le déclenchement de psychopathologie. « [Les] symptômes sont justement le substitut de la satisfaction refusée »⁷¹⁹. La manière spécifique de gérer la stase, les voies sur lesquelles se reportent l'excitation, diffèrent dans les différents types de névroses.

⁷¹⁵ S. Freud, « Leçons d'introduction à la psychanalyse », art cit, p. 399.

⁷¹⁶ *Ibid.*, p. 400.

⁷¹⁷ *Ibid.*

⁷¹⁸ Sigmund Freud, « Des types d'entrée dans la maladie névrotique » dans *OCF XI (1911-1913)*, 3e édition., Paris, PUF, 2009, p. 121.

⁷¹⁹ S. Freud, « Leçons d'introduction à la psychanalyse », art cit, p. 357.

Mais quand Freud parle de série étiologique, il laisse également entrevoir les conditions pour que ne se déclenche pas de pathologie par suite du refus. « Naturellement, cela ne voulait pas dire que tout refus de la satisfaction libidinale rend névrosé celui qui l'atteint »⁷²⁰, « le refus ne décide pas seul de la santé ou de l'entrée en maladie des personnes en question »⁷²¹. L'affirmation selon laquelle chaque personne atteinte de pathologie organique, de nuisances sexuelles ou autres événements sources de refus, déclenche une psychopathologie ne peut être généralisée et surtout n'est pas vérifiable cliniquement. « A toutes les expériences qui indiquent la significativité de l'abstinence (au sens le plus large) comme circonstance occasionnante, la pathologie ne pouvait toujours qu'opposer l'objection que d'autres personnes supportaient les mêmes destins sans tomber malade »⁷²².

Nous nous intéresserons donc ici au traitement psychique qui s'intercale entre le refus et la formation de symptôme, c'est-à-dire à ce qui permet de réduire, voire d'empêcher le blocage des processus d'investissement qui menace de déboucher sur une stase libidinale. Autrement dit, ce sur quoi réside la capacité de résistance face au refus. Cela concerne bien le travail psychique permettant de vivre dans la précarité qui, comme nous l'avons vu, est aussi liée à l'instabilité pulsionnelle. N'est donc pas tant déterminant, pour le bonheur ou le malheur face à la précarité, le refus, mais la manière singulière avec laquelle le sujet pourra traiter les montants d'excitation auxquels il se voit exposé et éviter par-là la stase libidinale et la formation de symptômes. Quelles sont les conditions pour que ne se crée pas une stase de libido ?

1.2. La notion sociologique de déprise

Vivre avec la précarité implique donc de trouver des moyens d'économie de la charge économique, de trouver comment survivre lorsqu'est remise en question la possibilité de satisfaction pulsionnelle. Nous nous sommes donc intéressée, après avoir constaté en première partie les nombreuses privations auxquelles étaient soumis les participants, à leurs investissements persistants, c'est-à-dire aux « réaménagements de l'existence »⁷²³ dans lesquels nous pouvions supposer une décharge pulsionnelle. C'est dans le champ de la sociologie que nous avons trouvé la plus grande place allouée aux réinvestissements des personnes aux prises avec des pertes et limites, réelles et symboliques. Bien que les termes et notions utilisés ne correspondent pas à notre champ théorique, ce sont eux qui nous ont aidée à extraire des catégories les éléments pertinents pour analyser l'expérience des participants de l'étude.

Le concept de « déprise » est un opérateur analytique issu de la sociologie, ayant pour visée d'expliquer l'expérience des personnes vieillissantes. Les auteurs ayant développé ce concept mettent l'accent non seulement sur les pertes, la diminution des capacités, mais également sur les gains effectués et sur les ressources mobilisées par les personnes, parfois insoupçonnées : « La

⁷²⁰ *Ibid.*

⁷²¹ S. Freud, « Des types d'entrée dans la maladie névrotique », art cit, p. 120.

⁷²² *Ibid.*, p. 126.

⁷²³ Vincent Caradec et Thomas Vannienwenhove, « L'expérience corporelle du vieillissement », *Gérontologie et société*, 2015, vol. 37, n° 148, p. 84.

déprise désigne une forme de réaménagement de l'existence avec l'avancée en âge : le délaissement de certaines activités de manière à conserver celles qui ont le plus d'importance pour soi. Elle évoque le renoncement, une perte de capacité, une réduction des possibles, en même temps qu'elle suggère une reprise en main, une capacité d'adaptation à sa nouvelle situation »⁷²⁴. A l'inverse de ce que la dénomination du concept peut laisser supposer, la « déprise » comme notion met surtout en avant les possibilités de prise et de reprise.

Vincent Caradec repère ce qu'il nomme des « déclencheurs du processus de déprise »⁷²⁵, dont les problèmes de santé, la raréfaction des occasions d'engagement dans le monde, les interactions avec les autres, proches et anonymes, et la conscience de la finitude. Ces notions concernent donc ce qui vient poser une limite aux possibilités d'engagement des personnes, et donc, selon notre terminologie, ce qui peut exposer le sujet au refus. La perspective sociologique développe principalement le lien entre les possibilités d'aménagement de la vie et l'environnement social. « La déprise n'est plus la simple conservation des forces vitales, mais un positionnement dans une structure sociale et des réseaux d'échanges. Comme l'autonomie, la déprise est fonction de l'environnement social de la personne, qui peut ou non compenser ses limitations physiques. Elle repose sur des liens, qui la rendent possible »⁷²⁶. Ainsi par exemple, les possibilités de réaménagement de l'existence dépendraient de facteurs sociaux tels que les places, occasions et activités qui sont offertes par la société en fonction des âges ou encore les ressources financières et les représentations des personnes âgées, s'exprimant par exemple par des craintes des proches s'inquiétant pour la personne dont la condition physique diminue.

Par ailleurs, Caradec et d'autres sociologues⁷²⁷ s'appuient sur des concepts issus de la psychologie cognitive pour décrire différentes stratégies utilisées pour faire face à la diminution des possibles. Un certain nombre de notions sont alors présentées, telles que « l'adaptation », « la substitution », « l'anticipation », « le rebond »⁷²⁸, ou encore « l'optimisation sélective avec compensation »⁷²⁹ et le « contournement »⁷³⁰. Il s'agit pour la personne, tantôt de sélectionner les activités importantes pour elle, tantôt de déployer des efforts particuliers pour pouvoir les réaliser, de trouver des moyens de pallier les déficiences rendant les activités moins réalisables, ou encore d'adapter les activités en anticipant les forces qui déclinent, etc. « De telles stratégies impliquent la sélection des activités, des objets, des lieux, des temps et des liens, et procèdent par

⁷²⁴ Éric Gagnon, « La déprise comme interrogations : autonomie, identité, humanité », *Gérontologie et société*, 2018, vol. 40, n° 155, p. 34.

⁷²⁵ Vincent Caradec, « Intérêt et limites du concept de déprise. Retour sur un parcours de recherche », *Gérontologie et société*, 2018, vol. 40, n° 155, p. 142.

⁷²⁶ É. Gagnon, « La déprise comme interrogations », art cit, p. 36.

⁷²⁷ Anastasia Meidani et Stefano Cavalli, « Vivre le vieillir : autour du concept de déprise », *Gérontologie et société*, 2018, vol. 40, n° 155, p. 9-23.

⁷²⁸ V. Caradec, « Intérêt et limites du concept de déprise. Retour sur un parcours de recherche », art cit, p. 143.

⁷²⁹ *Ibid.*

⁷³⁰ A. Meidani et S. Cavalli, « Vivre le vieillir », art cit, p. 13.

suppression et/ou report sur d'autres registres équivalents : d'autres activités, objets, spatialités, temporalités ou réseaux relationnels »⁷³¹.

Si la dimension sociale et les différentes stratégies cognitives intéressent moins notre propos, le concept de déprise s'avère particulièrement pertinent en ce qu'il met l'accent sur l'importance et la richesse des réaménagements d'existence effectués par les personnes. Nous relèverons d'abord de telles expériences chez les participants de l'étude, avant de nous concentrer davantage sur les mécanismes inconscients et intrapsychiques qu'ils impliquent.

1.3. Des exemples de réaménagements de l'existence

La persistance des investissements pour les personnes est principalement perceptible dans la catégorie principale « La vie hors maladie ». Cette dernière est composée des sous-catégories « Parcours de vie », « L'entourage, les proches », « Les loisirs », « Culture, Religion, politique ». Nous retrouvons également la persistance des investissements dans la catégorie « Capacités motrices et usages du corps ». Si les personnes y partagent les activités qu'elles doivent arrêter, elles nous racontent également ce qu'elles peuvent encore faire.

Certains participants de l'étude adaptent avec succès leur activité sportive, face aux diminutions corporelles. Le golf est une activité fortement investie par Mr Deht, il la pratiquait jusqu'à 4 fois par semaine, et souffre lorsqu'il ne peut plus s'y rendre régulièrement :

« Mais je sens qu'il faut que je joue. Quand je n'ai pas joué pendant une semaine à cause de mes problèmes...ça me manque un peu. Comme je n'aime pas tellement me balader en ville pour marcher » (Mr Deht)

Il mesure l'évolution de ses troubles somatiques à la distance qu'il peut y parcourir :

« Au bout de deux, trois trous de golf j'avais du mal et maintenant j'en fait 9 ou 11. Donc j'y vais quand même tous les jours pour marcher, ça me fait mal aux mollets [...] 18 trous ça, j'ai du mal à faire aujourd'hui à pied [...] Ben c'est devenu un rythme, une habitude euh, il y a...il faut éviter d'accélérer trop parce qu'à ce moment-là ça se bouscule un peu au portillon. Si ça se bouscule, il faut ralentir de façon à faire baisser un petit peu le rythme cardiaque, et puis ça va. [...] Ça se fait naturellement, oui. Il n'y a pas d'autres...il n'y a pas d'autres alternatives, donc... » (Mr Deht)

Il utilise une voiturette lorsque ses douleurs se font trop intenses, pour parcourir une partie du trajet. Il alterne avec souplesse trajets à pied et trajets en voiturette.

« ...j'ai la possibilité d'avoir une voiturette ou un tricycle ou autre mais j'évite de le prendre sauf si on va dans des golfs de chèvre pour faire 18 trous. 18 trous ça, j'ai du mal à faire aujourd'hui à pied, donc s'il y a une compét' je prends une voiturette et que...en marchant quand même pas mal entre...parce que généralement une voiturette vous la prenez à deux, donc pendant qu'il y en a qui conduit, l'autre peut marcher, donc

⁷³¹ *Ibid.*, p. 9.

je fais l'équivalent en marche de 9 trous, tout en prenant une voiturette pour en faire 18 » (Mr Deht)

Mme Syet, de manière similaire, doit adapter son activité sportive. Etant à l'origine très active, elle doit entièrement arrêter certaines activités :

« En fait je bougeais énormément, je faisais du roller, je faisais du vélo, je faisais de la marche, de la piscine, du surf, des choses...enfin beaucoup de sports de glisse et beaucoup de...enfin des choses que je ne peux plus faire quoi. J'essaye de marcher mais bon, comme mon périmètre de marche est assez restreint... » (Mme Syet)

Affectée par l'arrêt de ces activités, elle réussit tout de même à trouver du plaisir dans d'autres. Au surf, au roller, au vélo, au ski, se substituent d'autres plaisirs, de moindre valeur mais néanmoins investis : la marche, la piscine, aller dans l'océan, voir des amis.

« Ah, ben, je râle. Je râle, parce que j'étais une grosse bougeuse, je faisais du roller, je faisais du ski, je faisais plein de choses donc des fois, oui, je râle. Mais toute seule hein ? Ou alors quand je vois des gens courir, quand je suis en train de marcher et que je vois des gens courir. Mais bon, je sais que c'est comme ça et puis c'est tout. Cet été oui, quand j'ai vu les gens qui faisaient du surf. Là, ça m'a sérieusement embêtée, je n'avais qu'une envie, c'était de monter sur la planche. Mais bon après, j'avais réussi déjà à aller dans l'océan donc c'était déjà pas mal. J'avais déjà des étapes que j'avais réussi à faire donc... [...] Mais bon, je fais autre chose hein ? Je marche à la place, mais...(rires). [...] Ben je marche, je vais un peu à la piscine, après on me déconseille la piscine par rapport aux bactéries et puis aux mycoses qu'on peut avoir, mais même avec les...donc j'essaye de faire ça, et puis marcher, ça me fait du bien, voir les amis, on a d'autres...voilà, et ça ne me...je préférerais pouvoir courir et faire des choses, et puis bon je ne peux pas donc...mais ça me...je ne vais pas pleurer parce que je ne peux pas le faire en fait. Enfin voilà, je fais autre chose. » (Mme Syet)

Ses problèmes très sévères aux jambes la forcent également à revoir ses projets professionnels et de voyage. Au moment de l'entretien, Mme Syet est en formation pour changer de travail, son emploi actuel nécessitant qu'elle reste debout toute la journée. Par ailleurs, elle doit abandonner – ou tout du moins reporter – son rêve d'aller faire un safari en Afrique. Elle se contentera d'aller en Espagne, ou ailleurs en Europe. Bien qu'elle soit affectée par ces changements, Mme Syet investit donc de nouvelles activités et de nouveaux projets.

Le passage à la retraite est par ailleurs vécu par de nombreux patients comme une possibilité de se recentrer sur leur désir.

« Ben, faire des choses qui me conviennent, qui me plaisent, voilà. *Chercheuse : Des loisirs... ?* Oui. Ou des...oui, oui puisque là j'ai un statut de retraitée. Donc j'ai davantage de temps, quoique j'aie d'autres activités maintenant, mais...je veux dire, voilà, je peux davantage prendre du temps pour mes loisirs. [...] ...j'ai des activités notamment d'enseignement. [...] Que j'ai commencées. Oui, je n'étais pas du tout dans l'enseignement [...] Je pense que ça a évolué avec le temps et avec l'âge. Enfin, oui, avec

l'âge, vous voyez ? C'est-à-dire qu'avant il n'y avait pas tellement de...peut-être que le choix était moins important pour moi, puisque j'avais une activité assez prenante, si vous voulez » (Mme Brin)

Les participants s'engagent, après l'arrêt de leur activité salariée, dans d'autres activités, comme la rénovation d'une maison, la cuisine et l'alimentation, la lecture.

« ...on a envie de vivre, moi j'ai envie de lire. Bon alors, ma compagne elle bosse donc voilà, donc il y a déjà ce rythme-là. [...] Donc moi je vis ce rythme-là, mais en même temps moi je vais bosser dans ma maison de campagne de banlieue qu'il faut rénover, etc., bon déjà j'ai ça. Voir des amis, voilà profiter d'un certain nombre de choses. Voilà, mais je suis super content. Très très content. C'est très bien, très...ne plus avoir du tout les mêmes...ouais, les mêmes obligations. » (Mr Chez)

Chez plusieurs patients, le désengagement du travail salarié est une occasion de développer de nouveaux intérêts ou de s'adonner à des activités pour lesquelles ils n'avaient par le passé pas de temps à accorder. Comme Mme Brin, Mr Soje s'engage après son passage à leur retraite dans une activité d'enseignement. Bien qu'il soit empêché d'aller à la rencontre de ses objets d'investissement lorsque ses pathologies deviennent trop invalidantes, il continue à prendre des nouvelles de l'équipe féminine de volleyball qu'il entraînait par le passé, et des enfants dont il assurait le soutien scolaire.

Mr Leje, nous l'avons vu en première partie, est profondément et durablement bouleversé par ses pathologies somatiques : arrêt des activités appréciées, impossibilité de s'engager dans des rapports sexuels, perte de son emploi, dépendance financière à l'Etat et à son fils. Si lors du premier entretien, il développe longuement les affects dépressifs qui l'habitent, le tableau clinique change radicalement lors du troisième entretien. Plus enjoué, il s'ouvre à nouveau au monde. La raison : une rencontre amoureuse. Il n'en reste pas moins handicapé, ne peut toujours pas recevoir ses amis à dîner ou s'engager dans des relations sexuelles avec sa nouvelle compagne. D'une volonté de réparation, de guérison, de retour à son état antérieur, il découvre par cette rencontre une possibilité de s'épanouir avec la maladie. Bien que toujours très affecté par la pathologie somatique, il parle maintenant de « se réinventer », de prendre les choses du bon côté, perspective qui était absente des entretiens précédents :

« Bon, ce qu'on essaie de...enfin ce que moi j'essaie de faire c'est ben, compte tenu des circonstances, d'avoir la meilleure vie possible quand même. Parce qu'il y a quand même de très très beaux moments à prendre et voilà. Laisser aller, baisser les bras, oui, pour certaines choses c'est clair. Parce que physiquement c'est sûr que c'est difficile de tenir son intérieur quand il faut frotter pendant 10 minutes et que vous terminez à l'agonie. Voilà, mais ça ce sont des détails et ça n'empêche pas de vivre, enfin pas trop (*rires*), non c'est...ben la preuve parce que je déménage avec un... un amour de jeunesse on va dire [...] On se voyait, on ne se voyait plus, on se voyait enfin bon c'est une très longue histoire et là, ben il y a un gros déclic il y a 3 mois, 4 mois ... » (Mr Leje)

L'étude du rapport des participants à la cigarette est également très révélatrice des nombreux aménagements, déplacements, compromis que les participants effectuent pour faire face à la nécessité d'arrêter. Nous retrouvons ces éléments dans les catégories « Description et investissement du tabagisme » et « Arrêt et sevrage tabagique ».

Nous nous arrêtons particulièrement ici sur le cas de Mme Kcoa, dont la présentation nous permettra de faire le lien entre les aménagements de vie plus largement décrits dans le cadre de l'étude du phénomène de la déprise, et les mouvements intrapsychiques qu'ils impliquent. Nous éclairerons ensuite ces mouvements intrapsychiques au prisme de la contribution théorique de Catherine Parat⁷³² sur l'organisation génitale adulte. Qu'est-ce que ces activités, aménagements, adaptations impliquent pour la compréhension de la vie libidinale de ces participants traversant le vieillissement et la pathologie somatique ?

Mme Kcoa : la réalité mise au service du Moi

Nous rencontrons Mme Kcoa alors qu'elle est hospitalisée pour l'amputation d'un de ses orteils. Ses problèmes de santé ont commencé quelques mois plus tôt, très brutalement. Elle ressent un jour, en sortant de son travail, une douleur abominable dans sa jambe qui se diffuse à l'ensemble de son corps. Rapidement après, elle constate que sa jambe est blanche, sans pouls, complètement désensibilisée. En urgence vitale, elle est prise en charge par le SAMU.

« Ça, si, j'en garde une mauvaise impression... d'avoir un membre comme ça, cadavérique c'est... j'en garde une mauvaise impression et après c'est...ben SAMU, ça a été... », « Et puis je ne suis pas idiot hein ? J'avais mon...j'avais vraiment mon pied c'était un cadavre. Mon médecin du SAMU a été franco hein ? Parce que bon, il m'a dit...quand je suis partie du SAMU, j'étais en urgence vitale. »

S'en suivent des mois d'hospitalisations récurrentes. Infections, nécroses, hémorragies se succèdent et mènent à des greffes, des grattages, l'amputation de plusieurs orteils, des opérations chirurgicales sous anesthésie générale. Elle est plusieurs fois proche de mourir.

« Oui, à ma troisième anesthésie parce que sur trois semaines de suite, la troisième anesthésie générale, bon, encore on prévoit...prévoit...oh...on me prédisait que je...l'anesthésiste ne savait pas si j'allais encore une fois de plus m'en sortir. Et bah quand je me suis réveillée, je n'avais pas mal. Et pour moi je croyais que j'étais morte. », « Oui même la dernière fois ici j'ai fait un...quand j'ai fait un choc...oh zut ! Hémorragique avec mon ulcère, je ne me sentais pas bien, je ne me sentais pas bien et partir quoi...ben à ce moment-là à force de dire qu'on n'est pas bien et qu'on se sent partir, partir. Ben on se dit qu'on part quoi, c'est tout. Après on ne pense à plus rien, et puis on part. »

Mme Kcoa vit des moments de soins et de convalescence qui l'exposent à des douleurs insupportables. Elle essaie aujourd'hui de remarcher normalement, à l'aide de chaussons

⁷³² Catherine Parat, *L'organisation adipienne du stade génital*, Réédition numérique., Paris, PUF, 1966.

spécialisés et malgré les douleurs intenses qu'elle ressent systématiquement le matin, le soir et après des efforts. L'adaptation à sa nouvelle condition est très difficile.

« Franchement, ben d'après les médecins tout va... ben tout est super. Je cicatrise bien, j'avance bien. Je marche super bien. Moi personnellement, oui j'ai fait beaucoup de progrès, mais... pour moi je restais avec un petit pied de Chinoise là. Moi je voudrais, comme tout ce que je fais, aller plus vite quoi. [...] Je sais que je fais déjà beaucoup alors bon, peut-être aussi que je me... j'ai du mal à ralentir. Je voudrais aller plus vite que nécessaire quoi. C'est vrai que ce week-end, ma fille a déménagé, j'ai voulu faire une grande promenade, un tour de pâté de maisons pour voir où elle habitait donc... [...] J'ai voulu faire à pied, ah oui je l'ai fait. Alors après j'avais mal... j'avais mal. Je ne sais pas comment je suis arrivée à la voiture, j'avais mal. Et puis mon pied, ben il saignait de partout. Alors c'est vrai que j'ai un peu forcé »

Elle ne peut renoncer à certaines activités, comme elle ne peut renoncer à porter les chaussures et vêtements qu'elle affectionne tant.

« Maintenant, moi je n'accepte pas mon amputation. Pour l'instant je... donc l'hiver... en ce moment je l'accepte peut-être plus facilement que cet été. Parce que bon, c'est vrai que l'été je ne sais pas encore ça va être... la dernière fois, de colère par exemple, c'est vrai que j'ai jeté la plupart de mes chaussures. À part les dernières que je m'étais achetées quand même. Il y en avait des biens quand même (*rires*). Je ne les ai pas jetées. Bon, il va falloir peut-être que j'aie des chaussures orthopédiques, mais là... »

Aide-soignante de profession, elle n'a plus retravaillé depuis le premier événement, et ne pense pas pouvoir retravailler dans un futur proche. Elle a également arrêté de fumer ce jour-là. C'est au processus de l'arrêt du tabagisme que nous nous intéressons ici.

La cigarette est associée, pour Mme Kcoa, à un plaisir intense. Elle fume depuis environ 20 ans. Est perceptible chez elle un enjeu pulsionnel fort derrière l'activité tabagique. Les différentes mentions faites par elle en entretien au tabagisme nous font faire l'hypothèse de l'assouvissement d'une excitation de l'ordre de l'érotisme anal. Voici ce qu'en dit Lesourne : « Si, chaque fois qu'un fumeur allume et fume une cigarette, il est renvoyé à la phase orale en tant qu'il exerce un pouvoir de vie ou de mort sur l'objet, il est renvoyé à la phase anale en tant que cet objet est tenu, manipulé, contrôlé, maîtrisé. Nous avons vu l'extrême importance de l'activité manuelle, du geste de fumer. Celui-ci s'enracine dans la « pulsion d'agrippement », mais correspond aussi au besoin de manipulation. Dans ce mot, il y a le mot « main », mais il y a aussi l'idée de domination autoritaire, de maîtrise. La maîtrise de la cigarette, c'est d'abord pouvoir la prendre ou ne pas la prendre, l'allumer ou ne pas l'allumer, puis c'est pouvoir la fumer de mille manières, vite ou lentement, en longues ou courtes bouffées, nombreuses ou rares, en avalant ou non la fumée »⁷³³. Le tabagisme, pour Mme Kcoa, semble bien lui permettre d'obtenir une telle satisfaction :

⁷³³ O. Lesourne, *Le grand fumeur et sa passion*, *op. cit.* Empl. 2195.

« Moi, j'ai beaucoup cette...en fait, chez moi, la cigarette en elle-même, c'est plus la gestuelle que j'ai besoin [...] Et puis je la pipote quoi. Je...c'est plus la gestuelle chez moi. Donc, souvent j'allumais une cigarette et pis bon ben elle se fumait toute seule, ou elle se consumait. »

D'autres occurrences, dans les entretiens avec Mme Kcoa, semble nous conforter dans cette hypothèse de la persistance dans son économie psychique de la problématique anale : Mme Kcoa ne supporte pas d'être aidée, elle ne supporte pas d'être passive, veut toujours bouger, maîtriser. Elle veut être celle qui protège et qui rassure, qui soigne, et s'offusque à l'idée d'être celle qui est protégée, rassurée, soignée. Elle surestime la volonté, la maîtrise de soi, et se décrit caractérielle et obstinée dans ses rapports aux autres.

« ...c'est vrai que je suis assez embêtante parce que personne ne m'aide », « “Respirez à fond”, mais bon ce genre de trucs je le connais quoi. On a beau respirer, ça ne changera pas la douleur. Au bout d'un moment je lui ai dit : “écoutez arrêtez de me cogner, c'est bon quoi”. Oui il y a des gens qui ont besoin qu'on leur prenne la main, qu'on les rassure et tout ça, il y a les gens qui n'ont pas besoin...On a mal, on a mal hein, au bout d'un moment il faut arrêter surtout quoi. Voilà, c'est ça qui m'énerve, surtout... », « Je ne pensais...moui, non, j'avais envie de fumer c'est tout quoi. Je n'ai pas eu la volonté de me dire “arrête de...” , “continue, perver...” . Continue oui, mais, non je n'ai pas eu la volonté c'est tout. Parce que c'est une question de volonté. C'est tout. », « Moi je voudrais, comme tout ce que je fais, aller plus vite quoi. [...] ...j'ai du mal à ralentir. Je voudrais aller plus vite que nécessaire... »

La cigarette offre à Mme Kcoa une dépense motrice – elle investit particulièrement la gestuelle – et s'offre à elle comme objet à manipuler, à maîtriser. D'ailleurs, Mme Kcoa explique qu'elle n'achète pas ses cigarettes toutes faites, elle préfère les créer elle-même, pour mieux ensuite les détruire. « Une signification plus essentielle de la cigarette est certainement celle d'être un autre, semblable et différent, sur lequel on a tout pouvoir, pouvoir de vie et de mort. Pouvoir d'en faire sa chose, de la maltraiter comme de s'en délecter »⁷³⁴.

La cigarette offre également à Mme Kcoa un objet auquel se raccrocher, elle a une fonction d'étayage. Elle est particulièrement sollicitée dans les moments de détresse, convoquée en cas de tension, elle représente ce qui procure le soulagement :

« ...c'est vrai qu'il y a des fois j'ai envie d'une cigarette, c'est...j'ai beau avoir la cigarette électronique...ben les périodes où je suis moins bien dans la tête, c'est clair que... », « Bon, il y a des périodes puisque...quand je suis contrariée, je vais avoir envie d'une cigarette, mais bon, ça c'est comme tout le monde. Quand t'es bien...voilà. », « là j'étais en train de boire un Coca, ben une petite cigarette ça aurait été bien, vous voyez ? Ou quand je prends mon café, tranquille, j'aimerais bien fumer une cigarette. Ou quand je suis trop stressée, ben d'un seul coup une cigarette ça fait du bien quoi. »

⁷³⁴ *Ibid.* Empl. 107.

« La cigarette permet aussi de revivre l'accession à l'autonomie : se donner soi-même du plaisir, c'est congédier l'autre, celui qui jusque-là en était le seul pourvoyeur. C'est signifier qu'on n'a pas besoin de lui »⁷³⁵. Mme Kcoa aurait presque une intuition des motifs inconscients la poussant à fumer, du lien entre l'analité et son tabagisme, lorsqu'en rationalisant sa volonté à arrêter de fumer, elle met en avant le motif économique.

« Je n'avais pas de raisons parti...peut-être économiques. Économiques je pense, peut-être. Oui, économiques. Oui, je pense. Économiques. »

Il peut être compréhensible dans ce contexte de fort investissement pulsionnel que la seule mention du danger de la cigarette n'avait pas été suffisante, par le passé, pour déclencher un arrêt.

Mme Kcoa, soignante de profession, était en effet déjà bien consciente du risque entraîné par le tabagisme, et particulièrement en vieillissant.

« Ah bah oui. Non, mais, en règle générale on connaît les risques de la cigarette, à moins d'être idiot ou idiote. C'est complètement ridicule, tout le monde le sait. Puis on ne force pas les gens à fumer une cigarette hein. Non, non, je suis au courant comme tout le monde. », « Oui, je pense que certaines occasions de rencontres, en vieillissant on a plus de gens qui vieillissent autour de nous, de la famille, des amis et on se dit "tiens", ben on entend parler, tiens ou des gens qu'on connaissait, mais sans plus vous savez ? Tiens, un tel il est mort, il avait un cancer. Tiens, un tel il est mort, il avait un cancer... des gens de notre âge qu'on a connus il y a longtemps quoi. »

La connaissance du risque lié à la cigarette avait une dimension même personnelle pour Mme Kcoa, sa mère ayant eu un cancer de l'œsophage attribué au tabagisme, et étant morte des conséquences de troubles vasculaires.

« Elle a fait un arrêt cardiaque. Elle est morte dans son sommeil. C'est bien. Enfin, c'est bien, c'est bien, mais c'est trop jeune. [...] Mais elle avait un cancer, à la base, qui a été soigné, de l'œsophage. Elle fumait beaucoup. Énormément. », « Souvent je disais, "ah, je ne serai pas veuille, ma mère elle est morte à 59 ans". Même ma meilleure amie, rien que quand...des fois au boulot je dis "je n'irai pas à la retraite, ma mère est morte à 59 ans, il ne me reste plus qu'un an à vivre" »

Ces connaissances, générales et intimes, sur le risque associé au tabagisme, ne suffirent néanmoins pas à motiver un arrêt. Mme Kcoa n'avait même pas envie d'arrêter. Des moyens psychiques étaient mobilisés pour mettre à distance les implications possibles du tabagisme :

« Seulement il y a une dépendance et puis...et puis après on n'a pas envie. », « Euh...donc je suis un sujet à risque. Euh...mais bon, je dis comme tout le monde "ça n'arrive qu'aux autres". On n'est pas à l'abri d'un cancer, que ce soit...il y a des gens même qui ne fument pas, qui ont des cancers. Je veux dire, personne n'est à l'abri malheureusement. Dans chaque famille il y a un cancer, enfin j'ai envie de vous dire

⁷³⁵ *Ibid.* Empl. 102.

c'est...mon père est...est mort du cancer de la prostate hein ? Mes frères se font suivre, enfin un, l'autre il a un peu peur, il ne le fait pas. Mais, ils savent que ce sont des sujets à risque. Bon ben eux, ils sont pareils, ils ne vivent pas avec ça. Sinon ben...on ne s'en sort pas. On a tous un oncle qui est mort d'un cancer. [...] Ce n'est pas une banalité le cancer, parce qu'il ne faut pas que ça le devienne. Mais...oui ça fait peur. Je... La science a fait des progrès, il faut le dire aussi, il y a des cancers foudroyants hein ? Ça, c'est sûr. »

Mme Kcoa oscille entre peur et banalisation. Son envie d'arrêter de fumer oscille également :

« Parce que c'est une question de volonté. C'est tout. Et puis, moi je vous dis, des fois on se dit : "on va prendre une petite cigarette, au café". Et puis une cigarette entraîne une autre et puis voilà et puis on reprend, je crois. Mais bon, après on nous dit "vous vieillissez" bon, on va peut-être arrêter quoi. Puis, il y a des périodes où vous avez envie d'arrêter c'est tout. Des périodes où vous fumez moins et des périodes où vous fumez plus, c'est tout. »

Mme Kcoa avait déjà fait plusieurs tentatives pour arrêter de fumer, pour des raisons qu'elle dit économiques. Elle avait consulté hypnotiseur et magnétiseur plusieurs fois, avec un succès uniquement temporaire. Il nous semble qu'à ce stade, le risque que comportait l'arrêt, c'est-à-dire la libération d'énergie psychique qui aurait été entraînée si Mme Kcoa s'était privée de l'objet libidinalement investi, outrepassait pour elle le risque du tabagisme, vécu psychiquement comme une menace sans prise dans la réalité, et efficacement limitée par la mobilisation de procédés psychiques – que nous caractériserons en détail dans le chapitre suivant.

Mme Kcoa ne peut arrêter de fumer, jusqu'au jour où, après être passée près de la mort, elle arrête du jour au lendemain. Lors de sa première hospitalisation, l'envie de fumer est d'abord rendue caduque par l'intensité des douleurs ressenties.

« Au début non. Au début non [ce n'était pas difficile de ne pas fumer]. Parce que, je vous dis, j'étais complètement...là ça fait quoi ? Deux mois que vraiment j'ai ma tête, que je peux vivre ma vie chez moi, que...sinon j'étais complètement amorphe. J'étais tellement dans ma douleur que je n'avais pas envie de fumer quoi. »

Nous sommes là au plus près de la « capture de l'intentionnalité »⁷³⁶ entraînée par la pathologie somatique et le traitement médical, dont nous avons parlé dans le chapitre 3. La libido se concentre sur l'organe malade, la cigarette est du même coup, brutalement désinvestie.

Puis, à mesure que les douleurs se réduisent, le besoin de fumer revient. Mme Kcoa parvient à ne pas reprendre à l'aide d'un substitut, substitut fonctionnant particulièrement bien dans la mesure où il lui assure ce qui était pour elle le plus important.

« Moi j'ai beaucoup cette...en fait, chez moi, la cigarette en elle-même, c'est plus la gestuelle que j'ai besoin. C'est pour ça que des fois la cigarette électronique, je suis là et

⁷³⁶ Christophe Dejours, « L'énigme psychosomatique : essai de conceptualisation », *Revue française de psychosomatique*, 2021, vol. 60, n° 2, p. 65-84.

puis c'est tout quoi. Et puis je la pipote quoi. Je...c'est plus la gestuelle chez moi. »,
 « Mais la cigarette électronique j'arrive à pallier. Le problème c'est que j'ai tendance à en prendre beaucoup plus. Parce que je m'achète que des choses que j'aime en fait. »

A la douleur et au substitut, plusieurs autres éléments participent de ce changement de comportement. La crainte d'une détérioration encore plus importante de ses membres prend une tonalité psychique tout à fait différente lorsque de menace abstraite, elle devient réelle.

« Ah non ! Franchement, je vais vous dire, à cette époque-là...vous savez ce genre de choses, ça n'arrive qu'aux autres. Les accidents, tout, ça n'arrive qu'aux autres. Donc, je ne pensais pas...enfin je le savais, mais...oui, ça n'arrive qu'aux autres. Il n'y a que quand ça arrive à soi-même que ce n'est pas pareil. »

La perspective de perdre plus de membres déstabilise profondément Mme Kcoa :

« Ah non, sinon j'ai failli perdre mon pied, j'ai failli perdre celui-là parce que quand je suis arrivée ici ils envisageaient vraiment de couper quoi. Même là, je sais que...ça aussi c'est idiot, il me fait souffrir le martyr, il est noir. Mais complètement noir, noir, noir. Et ces résultats, quand il va tomber, il ne va rester que ça. C'est-à-dire que mes deux petits orteils l'auriculaire et l'annulaire, mais ils seront de la même grandeur. [...] ça va vous paraître idiot, je sais que je vais m'effondrer. Ne me posez pas la question de pourquoi, mais...je ne sais pas. »

Des enjeux pulsionnels forts s'entrecroisent chez Mme Kcoa. Si perdre son orteil lui permettrait de remettre les vêtements qu'elle affectionne tant, cette idée même menace son équilibre psychique. A cela s'ajoutent les relations avec les membres de sa famille. Terrifiés à l'idée de la perdre, ils lui interdisent la cigarette de manière stricte. Fumer exposerait Mme Kcoa à une remise en question des bénéfiques psychiques qu'elle tire de l'investissement pulsionnel des membres de sa famille.

« Et quand ça m'arrivait, ben je venais de...ma fille venait de Belgique, je lui avais demandé de m'acheter deux gros pots, avec mes tubes, deux paquets de tubes, je suis arrivée, tout avait disparu⁷³⁷. [...] Le soir même, elles étaient tellement en colère parce qu'elles ne savaient pas si j'allais m'en sortir quand même. [...] Ben elles étaient tellement dans la peine, et mon mari, je leur ai tellement fait peur que je n'allais pas les disputer quand même. Non, non, j'ai...ben je n'ai rien dit. Voilà, c'est tout. Et je crois que c'était de la colère qu'elles avaient donc... [...] Mais je n'ai pas...je n'ai rien dit. J'ai laissé faire les choses. Et puis c'est vrai que si je ne refume pas aussi, c'est pour leur faire plaisir, quoi. Parce que bon, elles ont tellement souffert de me voir hospitalisée à chaque fois, ce qu'ils ont vécu [...] S'ils me voyaient avec une cigarette, han, ça va être le drame »

Enfin, à cela s'ajoute une impossibilité matérielle, réelle, d'aller acheter des cigarettes :

⁷³⁷ Mme Kcoa fait référence à des « pots » de tabac, tabac qu'elle insère à l'aide d'un appareil dans du papier à cigarette déjà enroulé autour d'un filtre sous forme de « tube ».

« Donc personnellement, à part conduire et d'aller m'arrêter dans un bureau de tabac, c'est tout ce que je peux faire, mais je ne peux pas. Mais bon. [...] Parce que si je pouvais conduire ma voiture, est-ce que déjà, je n'aurais pas été au bureau de tabac ? », « Mais de temps en temps...j'aimerais essayer d'en fumer une, pour voir si je serais...si je...mais non, je ne peux pas conduire, donc je ne peux pas m'acheter un paquet de cigarettes et ce n'est pas mon entourage qui va m'en acheter un, hein. »

Tous ces éléments se conjuguent en faveur d'un arrêt du tabac. Il nous semble que l'arrêt est possible dans la mesure où les forces psychiques et réelles qui poussent à l'arrêt surpassent maintenant en puissance celles l'incitant à fumer. Malgré cela, l'envie de fumer reste présente, parfois intense. Sont perceptibles les allers et retours entre désir et restriction :

« Maintenant, je vous dis franchement hein, si on m'annonçait que j'ai un cancer du poumon ou autres et je vais mourir dans 3 mois, que je ne m'achèterais pas un paquet de cigarettes hein ? Parce que c'était un plaisir de fumer, là je m'arrête parce que je me dis que le plaisir, si vraiment c'est la cigarette qui a causé ça, autant arrêter, je ne veux pas continuer à me couper des membres quoi. Je préfère vivre, mais si je dois mourir, autant que je prenne du plaisir quoi. Comme tout le monde, je ferais des choses que j'ai envie de faire quoi. Et entre autres fumer une cigarette. Je ne dis pas un paquet par jour, mais une cigarette oui, voire peut-être plus, je ne sais pas. Et puis peut-être qu'en fumant une cigarette je vais voir mon pied noir et...parce que c'est vrai qu'il y a des fois j'ai envie d'une cigarette, c'est...j'ai beau avoir la cigarette électronique...ben les périodes où je suis moins bien dans ma tête, c'est clair que... »

Il nous semble donc qu'à l'occasion de la pathologie somatique a lieu un remaniement pulsionnel chez Mme Kcoa. Il n'est pas un abandon brutal qui entraîne une stase psychique, mais fait l'objet d'une négociation entre les instances. Pour décomposer ce travail psychique, nous voulons le mettre en perspective avec les remaniements ayant lieu au moment de l'Œdipe.

C'est d'ailleurs pour la facile analogie qu'il permet que nous avons choisi d'exposer ici le cas de Mme Kcoa plutôt qu'un autre. Freud accorde une place centrale au refusement dans la disparition du complexe d'Œdipe et les remaniements pulsionnels majeurs en découlant. De sévères châtiments ou simples remontrances de la part des parents, le fait qu'ils détournent leur amour ou leur sollicitude pour les porter ailleurs, sont l'occasion pour l'enfant de « désillusions douloureuses »⁷³⁸. La sortie de l'Œdipe implique de renoncer à la satisfaction des désirs œdipiens. « Là où ne surviennent pas des événements particuliers comme ceux mentionnés à titre d'échantillon, l'absence de la satisfaction espérée, le refusement continu de l'enfant souhaité amènent nécessairement le petit amoureux à se détourner de son penchant sans espoir »⁷³⁹. Freud décompose ce mouvement dans le texte « Le clivage du moi dans le processus de défense »⁷⁴⁰.

⁷³⁸ Sigmund Freud, « La disparition du complexe d'Œdipe » dans *OCF XVII (1923-1925)*, Paris, PUF, 1992, p. 28.

⁷³⁹ *Ibid.*, p. 27.

⁷⁴⁰ Sigmund Freud, « Le clivage du moi dans le processus de défense » dans *OCF XX (1937-1939)*, Paris, PUF, 2010, p. 219-224.

Au refus est associée par Freud la menace de la castration. Mais « la menace de castration à elle seule ne fait pas forcément beaucoup d'impression, l'enfant refuse d'y croire, il ne peut pas se représenter facilement qu'une séparation d'avec cette partie du corps tenue en si haute estime soit possible »⁷⁴¹. L'autre élément déterminant est pour l'enfant la constatation de la différence des sexes. Décorrélée de la menace, l'enfant est souvent capable de développer des théories permettant d'expliquer cette différence sans que soit remise en question la détention de l'organe. Ainsi par exemple, le petit d'homme est convaincu, à « la vue de l'organe génital féminin », que « le membre va lui pousser à elle plus tard »⁷⁴². « Mais il en va autrement quand les deux facteurs se sont conjoints. La menace réveille alors le souvenir de la perception tenue pour anodine et trouve en elle la confirmation redoutée. Le garçon croit maintenant comprendre pourquoi l'organe génital de la fille ne laissait pas voir de pénis, et il n'ose plus douter que la même chose puisse arriver à son propre organe génital. Il lui faut croire désormais à la réalité du danger de castration »⁷⁴³.

Ce passage nous en apprend sur les ressorts psychiques de la prise en compte du risque. Comme le petit garçon, la connaissance du danger, la perception d'une menace, n'ont pas de pouvoir déstabilisant pour Mme Kcoa dans la mesure où elle peut élaborer des théories qui les tiennent à distance. De nombreux participants de l'étude, y compris Mme Kcoa, se trouvent ainsi efficacement rassurés par le fait que des non-fumeurs soient également atteints de cancers. Cette réalité qui n'éloigne pourtant pas rationnellement la perspective du cancer, qui ne réduit pas le risque personnel – il ne ferait en réalité que l'augmenter – permet néanmoins de tenir à distance de soi le danger. Le danger prend en revanche une substance différente lorsque Mme Kcoa est réellement atteinte, ce que nous avons relevé. Dans son cas l'analogie avec l'Œdipe est frappante dans la mesure où il s'agit de la perte d'une partie du corps. Mais nombreux sont les participants à avoir également vécu un revirement psychique significatif au déclenchement de pathologies somatiques diverses, c'est-à-dire lors d'une rencontre réelle avec la précarité. Pour que le risque soit subjectivement vécu, le facteur quantitatif est donc à prendre en compte.

« Si la satisfaction amoureuse sur le terrain du complexe d'Œdipe doit en coûter le pénis, cela ne peut qu'aboutir au conflit entre l'intérêt narcissique pour cette partie du corps, et l'investissement libidinal des objets parentaux. Dans ce conflit c'est normalement la première de ces forces qui est victorieuse ; le moi de l'enfant se détourne du complexe d'Œdipe »⁷⁴⁴. Le risque, maintenant subjectivement vécu, surpasse pour Mme Kcoa les bénéfices de la réalisation pulsionnelle. Un réaménagement pulsionnel est nécessaire.

Mais c'est en réalité surtout sur les différences entre l'expérience de Mme Kcoa et ce moment structural de l'Œdipe que nous voulons revenir. La menace de castration entraîne la fin du complexe d'Œdipe, qui, dans le meilleur des cas, succombe au refoulement. « Les investissements

⁷⁴¹ *Ibid.*, p. 222.

⁷⁴² *Ibid.*

⁷⁴³ *Ibid.*

⁷⁴⁴ S. Freud, « La disparition du complexe d'Œdipe », art cit, p. 30.

d'objet sont abandonnés et remplacés par identification. L'autorité paternelle ou parentale introjectée dans le moi y forme le noyau du sur-moi, lequel emprunte au père sa sévérité, perpétue son interdit de l'inceste et assure ainsi le moi contre le retour de l'investissement libidinal »⁷⁴⁵. Si les motions pulsionnelles sont bien traitées par Mme Kcoa – elle trouve diverses issues pour faire face au refusé –, le conflit n'est pas résolu par refoulement – Mme Kcoa a toujours envie de fumer – et n'engage pas de changement structural de la personnalité psychique. Le conflit a plutôt lieu entre les instances d'un psychisme à la structure déjà établie par la traversée du moment œdipien. Une différence est donc que, pour Mme Kcoa, l'interdit est, au moins partiellement, déjà intériorisé.

« Ah bah oui. Non, mais, en règle générale on connaît les risques de la cigarette, à moins d'être idiot ou idiote. C'est complètement ridicule, tout le monde le sait. Puis on ne force pas les gens à fumer une cigarette hein. Non, non, je suis au courant comme tout le monde. »

Lesourne note que les campagnes gouvernementales anti-tabac ont dans une certaine mesure atteint leur but. Les changements sociétaux quant aux représentations du tabac influencent les « idéal du moi » individuels. Le tabagisme est, dans des mesures diverses, mais pour quasiment toute la population, y compris celle des fumeurs, associé à un objet dangereux, nuisible, socialement dévalorisé. « Quant à l'image de lui-même que se fait le fumeur, elle est à l'évidence encore plus négative que par le passé, car, devant les limitations imposées à cet acte, les dommages qu'il cause à sa santé et à son porte-monnaie, il ne peut que se sentir lâche de ne pas réussir à s'arrêter et mauvais de vouloir persister »⁷⁴⁶.

Toute action, chez un adulte, ne peut être un pur produit du ça et relever d'une pure volonté de décharge pulsionnelle. La psyché étant déjà structurée, le surmoi déjà internalisé, l'acte de fumer relève nécessairement d'un compromis entre les différentes instances, compromis plus ou moins heureux, entraînant plus ou moins de souffrance. « Le tabagisme en tant qu'habitude indésirable et presque — pourrait-on dire — en tant que symptôme n'est justement pas considéré comme tel ; il est tenu à la périphérie des préoccupations du sujet, considéré comme secondaire. »⁷⁴⁷. Au même titre que tout symptôme, le tabagisme préserve un équilibre, même dans les cas où il ne s'agit que d'un « aménagement moyennement réussi »⁷⁴⁸. Les instances sont impliquées différemment pour chaque sujet, les différents fumeurs ressentant plus ou moins de satisfaction, plus ou moins de culpabilité. Certains fumeurs sont des fumeurs heureux qui n'envisagent pas d'arrêter. D'autres fument en cachette, y compris d'eux-mêmes, ou sont rongés par la culpabilité. Arrêtons-nous maintenant sur une formulation de Mme Kcoa :

« Ben mes fi...enfin ma propre...ma famille proche, c'est-à-dire mes enfants, mon mari ne fument pas donc ils ne vont pas en acheter [...] Donc personnellement, à part

⁷⁴⁵ *Ibid.*

⁷⁴⁶ O. Lesourne, *Le grand fumeur et sa passion, op. cit.* Empl. 75.

⁷⁴⁷ *Ibid.* Empl. 1130.

⁷⁴⁸ *Ibid.* Empl. 1135.

conduire et d'aller m'arrêter dans un bureau de tabac, c'est tout ce que je peux faire, mais je ne peux pas. Mais bon. Ce n'est peut-être pas plus mal, ça aussi, déjà ça me contraint à ne pas fumer. [...] Donc ça, ça aide. Je dois dire que oui, ça aide. Ça aide beaucoup même. Voilà. »

Mme Kcoa, plutôt que d'être terrassée par la réalité, s'en saisit volontiers. A première vue paradoxalement, l'interdiction par ses proches, la menace du retrait de leur amour, la barrière matérielle qui l'empêche d'acheter des cigarettes, l'« aident ». Avant la pathologie, le moi avait besoin de satisfaire le ça pour ne pas s'exposer à la libération des forces pulsionnelles. Le fait de fumer n'entre alors que relativement en contradiction avec les besoins du surmoi – fumer est après tout toléré par la société, comme par Mme Kcoa qui ne diabolise pas le tabagisme. L'angoisse du moi devant le ça est alors plus intense que son angoisse devant le surmoi.

Avec l'évènement extrême vécu par Mme Kcoa, le moi est exposé à un risque plus intense : angoisse narcissique, angoisse de perte des objets d'amour. Le risque de libération des excitations canalisées par l'acte de fumer perd de son importance devant un risque plus grand pour le moi. Le Surmoi trouve alors en le moi, et en la réalité, des alliés. L'équilibre entre instances est inversé. Mme Kcoa arrête de fumer. L'excitation laissée libre est partiellement prise en charge par déplacement sur un objet substitutif, bien que de valeur moindre : la cigarette électronique. Une partie de l'excitation trouve une satisfaction relative par le fantasme et l'hallucination. Mme Kcoa fantasme sur la possibilité de fumer, elle imagine, avant d'être rattrapée par la réalité, pouvoir prendre sa voiture et acheter des cigarettes. Elle reporte son souhait vers l'avenir, en se disant qu'elle pourra à nouveau fumer lorsque ses jours seront comptés. Une dernière part d'excitation reste libre, et est source de souffrance. Mme Kcoa ne peut plus fumer, et elle souffre, cette souffrance étant néanmoins rendue supportable dans la mesure où elle est compensée par la satisfaction tirée du rapprochement avec l'idéal, de la satisfaction tirée des relations objectales, et par la diminution de l'angoisse devant le danger ressenti par le moi.

* * *

Cette vignette clinique nous donne à voir certains de ces « réaménagements de l'existence »⁷⁴⁹ repérés par les chercheurs sociologues. Cette terminologie sociologique met, plus que n'importe quelle autre contribution théorique analytique dans le champ du vieillissement, l'accent sur les solutions originales trouvées par les personnes vieillissantes pour supporter les frustrations et retrouver du plaisir dans l'existence. Nous pouvons donc ici voir les adaptations des plaisirs et activités – nous pourrions dire, selon la terminologie psychanalytique, déplacements ou transformations des investissements – effectués par Mme Kcoa pour faire face au refusé vécu lorsqu'elle doit arrêter de fumer. Elle mobilise son appareil psychique pour faire face au refusé, auquel elle s'expose pour éloigner le danger pour son moi lié au risque d'affections organiques. Elle tire des compensations de substituts, de gratifications surmoïques, narcissiques et objectales ; ces compensations rendent l'arrêt du tabagisme possible.

⁷⁴⁹ V. Caradec et T. Vannienwenhove, « L'expérience corporelle du vieillissement », art cit, p. 84.

L'étude des changements pulsionnels chez Mme Kcoa vis-à-vis du tabagisme, mais également l'étude des activités, loisirs et plaisirs des autres participants de l'étude, nous amène à nous interroger sur les mécanismes intrapsychiques et inconscients impliqués dans ces adaptations de vie, repérées par ailleurs empiriquement par les sociologues. Avant de faire l'hypothèse d'un réaménagement structurel de la personnalité face à la pathologie somatique et au vieillissement, comme cela est parfois suggéré, il nous paraît essentiel d'étudier les possibilités de transpositions et de transformations des destins des pulsions, et de rééquilibrages libidinaux au sein de la structure. Il s'agit donc d'étudier les coordonnées métapsychologiques du travail psychique mobilisé dans les solutions non névrotiques trouvées face au refus de satisfaction libidinale. Chez Freud, ce qui est pathologique n'est pas tant le refus en lui-même, c'est-à-dire l'empêchement de satisfaction pulsionnelle, que les blocages éventuels empêchant de traiter les quantités d'excitation ne parvenant pas à la décharge du fait des privations diverses. Les solutions non névrotiques ne sont généralement qu'implicitement mentionnées par Freud, qui suggère d'autres issues sans s'y attarder. Pour mieux comprendre l'expérience des personnes que nous rencontrons, il nous paraît donc nécessaire d'étudier les implications intrapsychiques des modifications comportementales, des réadaptations et des réaménagements de l'existence effectués à l'occasion des événements réels que les personnes vivent dans le cadre du vieillissement et de la pathologie somatique.

2. L'« organisation œdipienne du stade génital » chez l'adulte

Cette section et la suivante sont consacrées à des reprises conceptuelles, portant respectivement sur l'« organisation œdipienne du stade génital »⁷⁵⁰ et sur la sublimation. L'analyse de ces notions nous aidera à avancer dans la compréhension des mouvements psychiques des personnes, notamment sur les possibilités de traitement de la libido libérée par le refus. Nous ne relèverons pour l'instant aucun verbatim et invitons donc le lecteur moins concerné par les développements psychanalytiques à se reporter au point 4 de ce chapitre.

La précision de ces concepts répond à notre volonté de nous décaler d'une vision du vieillissement suggérant qu'un vieillissement heureux, dans un contexte de refus multiples, de diminution des occasions de satisfaction pulsionnelle, impliquerait un renoncement à la genitalité et l'entrée dans une nouvelle période de latence. Selon cette théorie, le destin du sujet âgé se partagerait entre d'un côté des échecs de la remobilisation libidinale débouchant sur la névrose actuelle ou des désorganisations, et de l'autre des réussites impliquant des déssexualisations des pulsions. Si nous reconnaissons un lien important entre l'organisation génitale et les refus ayant lieu à cette période de la vie, il nous semble plus opportun, plutôt que de suggérer que les refus actuels peuvent mener à l'obsolescence de l'organisation génitale œdipienne, de faire l'hypothèse que la traversée de l'Œdipe instaure les

⁷⁵⁰ C. Parat, *L'organisation œdipienne du stade génital*, *op. cit.*

moyens psychiques qui permettent de leur survivre. Cela implique de s'intéresser au lien entre la traversée de l'Œdipe et les possibilités de traitement psychique des refusements.

2.1. Destin des pulsions partielles dans les relations adultes

Dès 1905⁷⁵¹, Freud suggère qu'à partir de la puberté s'organise de façon permanente un primat des organes génitaux, qui se prépare pendant la première période de la vie infantile et qui aboutit à l'organisation génitale de la libido. « Dans les phases précoces, nous dit-il, les diverses pulsions partielles visent l'acquisition de plaisir indépendamment les unes des autres ; dans la phase phallique apparaissent les débuts d'une organisation qui subordonne les autres tendances au primat des organes génitaux et signifie le commencement de l'intégration dans la fonction sexuelle de la tendance générale au plaisir. L'organisation pleine et entière n'est atteinte qu'avec la puberté, dans une quatrième phase, génitale »⁷⁵². Les pulsions partielles qui ont pour source divers organes du corps se réunissent en une organisation déterminée, soumise au primat de la zone génitale. Parat développe les modifications dans le fonctionnement psychique ayant lieu lors de cette réunion des tendances partielles. Elle rappelle que l'accès à l'organisation génitale n'implique pas la disparition complète des pulsions prégénitales. Elle développe par exemple les diverses composantes libidinales du lien à l'objet impliquées dans le commerce génital, et les autres. Nous résumons ici son développement.

Parat sépare les relations qui nous lient aux autres en deux types de relation : les relations hétérosexuelles et les relations homosexuelles. Ces terminologies ne sont pas liées au sexe biologique des personnes concernées à l'âge adulte, mais plutôt à l'origine du lien dans la dynamique œdipienne et donc à la nature de lien libidinal qui liait le sujet à l'autre au sein de la dynamique œdipienne. Cela revient à faire l'hypothèse que les pulsions impliquées dans le lien aux autres, tant dans les relations sexualisées que dans les relations déssexualisées de l'âge adulte, ont eu pour premier objet les parents. Le « détachement des objets parentaux est une nécessité pour que le jeune homme ou la jeune fille puisse acquérir un statut d'adulte, c'est-à-dire une liberté affective, avec la possibilité d'investir un objet d'amour »⁷⁵³.

Selon Parat, la relation d'amour avec une personne, la possibilité de composer un couple, ne repose pas uniquement sur la composante génitale, mais plutôt sur trois composantes libidinales : une composante génitale, une composante tendre, une composante prégénitale. La composante génitale « est constituée d'affects génitaux pulsionnels actuels et réactualisés. Elle conditionne un désir et un plaisir génital partagés. Elle synthétise des pulsions d'origine prégénitale, transformées et reprises dans l'élan de la pulsion génitale à partir de la puberté, et des pulsions issues des tensions proprement génitales »⁷⁵⁴.

⁷⁵¹ S. Freud, « Trois essais sur la théorie sexuelle », art cit.

⁷⁵² Sigmund Freud, « Abrégé de psychanalyse » dans *OCF XX (1937-1939)*, Paris, PUF, 2010, p. 244.

⁷⁵³ C. Parat, *L'organisation œdipienne du stade génital*, op. cit., p. 15.

⁷⁵⁴ *Ibid.*, p. 22.

Les deux membres du couple s'investissent « à l'image » du parent de l'Œdipe positif. Ce lien unissant deux personnes permet de se sentir homme ou femme dans une complémentarité des sexes avec un autre. Cela correspond à la possibilité de désirer un homme ou une femme, parce qu'il/elle est homme ou femme. La pulsion génitale est relativement labile, l'objet interchangeable. Freud note dans « Psychologie des masses et analyse du moi »⁷⁵⁵ que « dans une série de cas, l'état amoureux n'est rien d'autre qu'un investissement d'objet de la part des pulsions sexuelles aux fins de la satisfaction sexuelle directe, investissement qui d'ailleurs s'éteint lorsque ce but est atteint ; c'est cela qu'on appelle l'amour sensuel, commun »⁷⁵⁶.

Dans la plupart des cas d'amour cependant, l'objet n'est pas interchangeable et l'investissement perdure après la satisfaction de la pulsion sexuelle. Mais cela est dû à l'adjonction d'une autre composante du lien libidinal. « C'est à l'apport des pulsions de tendresse, inhibées quant au but, que l'on peut mesurer le niveau de l'état amoureux en opposition au désir purement sensuel »⁷⁵⁷. Ces pulsions inhibées quant au but seraient le résultat d'une déssexualisation des liens libidinaux ayant lieu pendant la période de latence et lors du déclin du complexe d'Œdipe. C'est bien dans la mesure où elles sont inhibées quant au but, et donc que leur satisfaction pleine est inaccessible, que s'instaure un lien durable. Selon Parat « la similitude des positions éthiques, un certain parallélisme dans les jugements de valeur participent largement à composer la tendresse. L'estime de l'autre vient renforcer l'estime de soi ; par là même elle prémunit contre les défaillances de l'estime de soi, et permet de s'aimer, par identification à l'autre qui vous aime »⁷⁵⁸.

Une troisième composante de la relation d'amour est identifiée par Parat comme relevant de pulsions pré-génitales, et c'est dans cette composante que se situe pour elle l'élection d'un objet plutôt qu'un autre, et donc la consolidation du couple. La part pré-génitale non inhibée correspond à la redécouverte, au sein de la sexualité génitale, de plaisirs d'organes et de fantasmes anciens, leur réalisation restant le plus souvent partielle ou symbolique. Il s'agit donc d'une érotique composée de « mouvements qui prennent leur source dans la pré-génitalité, mais qui, ayant subi la modification et les amendements nécessaires, peuvent s'intégrer dans une relation du stade génital »⁷⁵⁹. A cela s'ajoute encore une part pré-génitale déssexualisée, correspondant à un investissement narcissique archaïque de l'autre. « L'élément narcissique réalise un surinvestissement de l'objet qui se trouve alors confondu avec les objets internes du sujet, ces objets internes se trouvant projetés sur l'objet. Il réalise aussi une confusion avec l'Idéal du Moi, plus particulièrement dans ce secteur narcissique avec la partie de l'Idéal du Moi qui dérive de ses noyaux les plus archaïques et les plus fondamentalement narcissiques »⁷⁶⁰. Cette idéalisation

⁷⁵⁵ Sigmund Freud, « Psychologie des masses et analyse du moi » dans *OCF XVI (1921-1923)*, 3e édition., Paris, PUF, 2010, p. 1-83.

⁷⁵⁶ *Ibid.*, p. 49.

⁷⁵⁷ *Ibid.*, p. 50.

⁷⁵⁸ C. Parat, *L'organisation œdipienne du stade génital*, *op. cit.*, p. 23.

⁷⁵⁹ *Ibid.*, p. 24.

⁷⁶⁰ *Ibid.*, p. 26.

réciproque dans l'amour annule le traumatisme narcissique inhérent à la déception œdipienne, il équivaut à une transgression qui apporte la complétude refusée.

Ces différentes composantes participent inégalement de l'union de deux personnes dans une relation impliquant la sexualité génitale. De nombreuses variations, ainsi que de nombreux déséquilibres, sont possibles et peuvent entraîner des conséquences pour les relations à deux : d'une relation où prévaut la décharge sexuelle, aux relations exclusives mais platoniques, en passant par des relations perverses ou encore des relations où le surinvestissement de l'autre entraîne une perte du contact avec la réalité. « Lorsque le système binaire dépasse certaines limites temporelles, il cesse d'appartenir à l'organisation œdipienne pour régresser vers une organisation pré-génitale sous-tendue par une fixation »⁷⁶¹.

L'organisation génitale œdipienne implique une triangulation, et donc l'investissement, en parallèle de la relation avec l'objet sexuel, d'objets non impliqués dans le commerce sexuel. L'investissement du monde des autres, extérieur au couple, c'est-à-dire la mise en place d'un système à trois, est une part intégrante de l'accès à une relation à deux. « L'ensemble de ces autres, sans distinction de sexe, tient lieu de troisième personnage dans la structuration œdipienne et supporte un investissement complexe dont les origines ont été mises en relief par Freud »⁷⁶². Les composantes de l'Œdipe inversé ne sont pas suspendues ou arrêtées avec l'accès au choix d'objet, mais elles sont détournées de leur objectif initial. Les composantes non inhibées quant au but sont, selon Parat, grâce au procès du refoulement, détournées de leur objet initial et unies aux aspects érotiques pré-génitaux et génitaux positifs, participant en cela de la sexualité avec l'objet. « La satisfaction génitale, lorsqu'elle pourra se développer, va se trouver accompagnée et doublée des satisfactions pré-génitales et homosexuelles, l'objet d'amour se trouvant investi de différentes manières (différentes de par leur origine) »⁷⁶³. Une grande part des investissements issus de l'Œdipe inversé sera par ailleurs déssexualisée, et alimentera les liens sociaux. Le courant agressif, jaloux, haïeux, héritier de la rivalité œdipienne participe de la nécessaire adaptation à la société, et permet l'inscription dans la réalité des liens sociaux dans leur dimension limitative et frustrante. Existe également un courant identificatoire, certaines personnes étant investies comme modèles, comme amis, comme personnes à aider. « Si certains personnages gardent une valeur plus volontiers surmoïque, d'autres sont ressentis comme plus aptes à apporter des satisfactions qui empruntent la voie de l'identification, dans des rencontres sur le mode de l'intérêt professionnel, de la recherche parallèle ou compétitive par exemple ; d'autres encore sont ressentis davantage comme des alter ego dans les domaines ludiques où le plaisir de la rivalité reste très vivant »⁷⁶⁴.

⁷⁶¹ *Ibid.*, p. 27.

⁷⁶² *Ibid.*, p. 28.

⁷⁶³ *Ibid.*, p. 14.

⁷⁶⁴ *Ibid.*, p. 29.

2.2. Les progrès psychiques de l'accès à l'organisation génitale

Nous voulons tirer de cela quelques conclusions quant au travail psychique ayant lieu lors de l'accès à l'organisation génitale. Le fait que les tendances pré-génitales se réunissent sous le primat du génital n'implique pas une disparition des courants pré-génitaux, et ne retire rien à la complexité de la composition libidinale de l'homme. La réunion sous le primat du génital n'implique pas une réduction de la sexualité au génital, ce que Freud ne cessera de confirmer.

L'accès à la génitalité a néanmoins une importance considérable pour le destin de la pulsionnalité de l'individu. La puberté est l'occasion pour l'adolescent d'une excitation intense en provenance de son corps et de l'exigence de trouver dans la réalité un objet qui lui permettra d'assouvir ses pulsions génitales. Cette modification corporelle implique une altération du rapport au plaisir et à l'objet. Elle arrive fort tard pour l'homme en développement, qui doit faire face à cette nécessité sur un terrain somato-psychique non pas vierge, mais déjà marqué par l'histoire d'un rapport au plaisir et à l'objet. Les « pulsions partielles sont forcées de s'insérer dans la nouvelle organisation génitale »⁷⁶⁵, et en retour la nouvelle organisation génitale doit composer avec les pulsions partielles, ce qui peut constituer autant un problème qu'un progrès. Les pulsions pré-génitales visent tantôt un objet, tantôt une multitude d'objets, tantôt prennent le corps propre comme objet. Elles ont une multitude de buts, de sources. La vie sexuelle est jusque-là dispersée, chaotique, anarchique, les pulsions sont autonomes malgré les tentatives d'organisation qu'elles se donnent pour atteindre le plaisir au gré de l'évolution de la pulsionnalité et du développement du rapport à la réalité.

La pulsionnalité traverse différentes configurations, différents développements, qui mènent inmanquablement à constituer l'objet parental comme objet privilégié de satisfaction pulsionnelle. « Est déjà effectué dans les années d'enfance un choix d'objet tel que celui posé par nous comme caractéristique de la phase de développement de la puberté, à savoir que toutes les tendances sexuelles prennent la direction d'une seule personne, dans laquelle elles veulent atteindre leur but »⁷⁶⁶. Les conditions de venue au monde du petit d'homme ne peuvent que le mener à ce conflit entre exigence pubertaire de satisfaction génitale et impossibilité de rencontre avec l'objet aimé et privilégié toute l'enfance. Le conflit inévitable qui s'instaure pour l'homme, tiraillé par un désir impossible et interdit, rend nécessaires ces opérations psychiques complexes et supérieures qui caractérisent l'accès à l'organisation génitale adulte.

L'accès à l'organisation génitale de la personnalité correspond à une solution trouvée par l'individu pour développer un désir génital pour une personne, tout en prenant en compte l'histoire de sa sexualité infantile, l'histoire de son rapport au plaisir d'organe, à l'objet, et la soumission aux interdits et à la réalité. C'est cette mise en ordre qui est suggérée par Parat, à propos de la rencontre avec l'objet d'amour. La triangulation maintient la répartition des affects et pulsions, et implique la résolution de l'essentiel des conflits pré-génitaux. « La relation

⁷⁶⁵ S. Freud, « Leçons d'introduction à la psychanalyse », art cit, p. 339.

⁷⁶⁶ S. Freud, « Trois essais sur la théorie sexuelle », art cit, p. 135.

œdipienne, tant avec l'objet hétérosexuel qu'avec l'objet homosexuel, est une relation d'un type nouveau. L'amour, la rivalité, la jalousie ont acquis des caractéristiques différentes de celles des âges précédents, et qui sont déjà celles qui fonderont la relation du stade génital »⁷⁶⁷.

Nous l'avons vu, la réunion sous le primat du génital n'implique pas la disparition des pulsions pré-génitales, mais bien plutôt leur transformation, transformation qui prend des formes multiples, et d'autant plus lorsque sont envisagées, au-delà des mécanismes globaux, les solutions, fixations et échecs individuels. Les pulsions adoptent des buts tantôt actifs, tantôt passifs, le but peut être atteint sur le corps propre, ou grâce à un objet externe. « Que des motions pulsionnelles provenant d'une source s'adjoignent à des motions d'autres sources et partagent leur destin ultérieur, qu'en général une satisfaction pulsionnelle puisse être remplacée par une autre, ce sont là, d'après le témoignage de l'expérience analytique, des faits indubitables »⁷⁶⁸. Toutes les pulsions pré-génitales ne sont pas incluses, accueillies dans l'organisation génitale. Renversement dans le contraire, retournement sur la personne propre, sublimation, ou encore, inhibition quant au but, refoulement de la représentation, déplacement, voici d'autres destins des pulsions.

Les choses se complexifient lorsqu'est pris en compte le fait qu'une modification pulsionnelle n'implique pas la disparition des tendances pulsionnelles soumises à modification. « On peut, nous dit Freud, décomposer la vie de toute pulsion en vagues isolées, séparées dans le temps et homogènes à l'intérieur d'une (quelconque) unité de temps, et ayant entre elles à peu près le même rapport que des éruptions de lave successives. On peut alors se représenter, plus ou moins, que l'éruption pulsionnelle première et la plus originelle, poursuive son cours sans changement et ne subisse absolument aucun développement. Qu'une vague suivante soit soumise, dès le début, à une modification, par exemple au retournement vers la passivité, et vienne s'ajouter, avec ce nouveau caractère, à la vague antérieure, etc. Jette-t-on alors un regard d'ensemble sur la motion pulsionnelle, depuis son début jusqu'à un certain point d'arrêt, la succession de vagues qui vient d'être décrite ne manque pas de fournir l'image d'un développement déterminé de la pulsion »⁷⁶⁹. Les stades intermédiaires perdurent. Si le névrosé reste plus attaché à ces fixations que le sujet qui parvient à résoudre le conflit œdipien, chacun porte en soi l'histoire de son développement pulsionnel. Cette vision de la pulsionnalité n'annule pas l'importance de la soumission des pulsions au primat du génital. « Les motions pulsionnelles sexuelles, en particulier, sont extraordinairement plastiques, si j'ose dire. Elles peuvent intervenir l'une à la place de l'autre, l'une peut prendre sur elle l'intensité de l'autre ; quand la satisfaction de l'une se trouve refusée par la réalité, la satisfaction d'une autre peut offrir un plein dédommagement. Elles se comportent les unes par rapport aux autres comme un réseau de canaux communicants, remplis de liquide, et ce, malgré leur soumission au primat génital, ce qui n'est pas si commode à réunir en une seule représentation »⁷⁷⁰.

⁷⁶⁷ C. Parat, *L'organisation œdipienne du stade génital*, op. cit., p. 7.

⁷⁶⁸ S. Freud, « Nouvelle suite des leçons d'introduction à la psychanalyse », art cit, p. 179.

⁷⁶⁹ Sigmund Freud, « Pulsions et destins de pulsions » dans *OCF XIII (1914-1915)*, 3e édition., Paris, PUF, 2005, p. 177.

⁷⁷⁰ S. Freud, « Leçons d'introduction à la psychanalyse », art cit, p. 357.

Selon Parat, l'organisation génitale œdipienne ne consiste donc pas en la réduction de la pulsionnalité à la génitalité, mais bien en l'établissement d'une structuration pulsionnelle vivante, mobile. Il s'agirait donc de la possibilité pour le sujet d'établir un équilibre économique dans lequel l'investissement génital est possible, l'important étant la capacité de former une synthèse des différents courants pulsionnels. Cette composition n'est possible sans certains procédés psychiques : déssexualisations, déplacements, renoncements, refoulements, identifications, sublimations, etc. Sous la pression du conflit, la personnalité se décompose en instances. Le moi doit répondre de nombreux maîtres, mais c'est ce qu'il faut pour atteindre la possibilité de compromis, la possibilité d'atteindre la satisfaction en prenant en considération les différentes limites et interdits, la possibilité de faire face au refusement œdipien.

« Le développement de la relation génitale nécessite, je le rappelle, une évolution libidinale libre de fixations archaïques importantes, une souplesse dans l'utilisation des mécanismes de défense, une adaptabilité à la réalité, et à la réalité des autres, une mobilité des investissements objectaux et narcissiques, une aptitude aux identifications, l'ensemble de ces qualités concourant à créer ce que Maurice Bouvet appelait le « halo génital » d'une personnalité »⁷⁷¹. L'accès à la génitalité, la résolution du conflit, implique la solidité de la structuration psychique, et assure les moyens de rétablir des équilibres. L'équilibre économique, le mode relationnel établi à la résolution de l'Œdipe n'implique pas que cet équilibre soit figé et atteint une fois pour toutes. A l'opposé des fixations, les différentes composantes restent mobiles, fluctuantes. « L'une des caractéristiques essentielles de cet équilibre libidinal, réside à mon sens, comme pour tout équilibre, dans sa fragilité. C'est davantage une position de crête vivante et fragile (comparable à un équilibre biologique), qu'une situation de tout repos »⁷⁷². L'organisation génitale œdipienne concerne donc selon nous, bien plutôt qu'un équilibre, la possibilité d'équilibration.

2.3. Refusement et organisation génitale adulte

Les moyens psychiques mis en place lors de l'accès à la génitalité devraient donc être les moyens que mobilise le moi pour rétablir l'équilibre lorsque celui-ci est mis en danger par une déstabilisation de l'économie pulsionnelle. L'accès à la génitalité avait pour but de permettre au sujet de trouver la satisfaction malgré le refusement. Le sujet œdipien suffisamment structuré dispose d'instances psychiques et d'un moi suffisamment solide pour rendre possible la mise en place de compromis. Ses pulsions sont soumises au primat du génital, mais néanmoins mobiles. Son psychisme s'est développé pour faire face à la frustration, il dispose donc des moyens nécessaires pour supporter une certaine mesure de frustration et de souffrance sans se désorganiser. Parat le note : « L'involution libidinale même ne paraît pas nécessiter obligatoirement le passage à une organisation différente, car la modalité de répartition libidinale

⁷⁷¹ C. Parat, *L'organisation œdipienne du stade génital*, op. cit., p. 4.

⁷⁷² *Ibid.*, p. 37.

(compte tenu des variantes que peut introduire l'involution) intervient davantage que la quantité de libido mise en cause et que la force et l'élan libidinal »⁷⁷³.

Envisager l'organisation génitale de la libido sous cet angle exclut l'hypothèse selon laquelle il existerait un au-delà de l'organisation génitale. « Le psychanalyste, nous dit Jacques Gagey, tient l'organisation libidinale à prévalence génitale, pour un terminus *ad quem*. Ce stade terminal, il l'entend comme une organisation marquée par des choix d'objets non auto-érotiques, non narcissiques. De deux choses l'une, ou cette organisation est acquise et comme elle ne peut être perdue ledit vieillard reste l'homme arrivé à maturité, ou elle n'a été qu'imparfaitement atteinte et le vieillard est un adolescent, sa vieillesse une péripétie d'une crise d'adolescence n'ayant pas atteint son terme. »⁷⁷⁴. Ainsi, il ne nous paraît pas nécessaire, pour expliquer le vieillissement heureux, et donc la possibilité de vivre dans la précarité, de postuler un nouveau stade de l'organisation psycho-sexuelle.

Certains auteurs suggèrent cependant, au contraire de Gagey, la possibilité d'une désorganisation de l'équilibre génital. Il nous paraît en effet plausible que les cas pathologiques du vieillissement, comme d'autres cas pathologiques au cours de la vie, s'expliquent par l'atteinte d'une limite aux possibilités d'équilibration, et donc au déclenchement d'une psychopathologie du fait du refus. Nous y reviendrons. Pour de nombreux théoriciens du vieillissement, la voie privilégiée pour éviter cette désorganisation reposerait dans la capacité de sublimation. La personne âgée, par rapport à d'autres âges de la vie, manquerait de moyens et d'objets dans la réalité pour trouver un nouvel équilibre libidinal. La sublimation constituerait le rempart contre la désorganisation. Il s'agit donc maintenant d'étudier la qualité des remaniements pulsionnels accessibles aux personnes exposées à la précarité de la vie pulsionnelle.

3. Critique de la prévalence de la sublimation

Plusieurs activités dites sublimatoires sont présentées par les différents auteurs comme essentielles à la remobilisation libidinale des personnes âgées : la créativité, l'intérêt intellectuel ou artistique, la tendresse, l'amitié, l'intellectualisation, la rationalisation, l'investissement idéal (par exemple, de l'inscription dans les générations), voire des formations réactionnelles ou comportements « sénatoriaux ». Nous en avons parlé dans le chapitre 6.

Cette section (3.) de thèse, exclusivement théorique puisque nous n'apporterons à nouveau aucun verbatim, nous semble néanmoins avoir d'importantes implications cliniques. L'idéalisation de la sublimation dans le vieillissement participe d'une représentation de la personne âgée, et surtout de sa sexualité, allant dans le sens d'une désexualisation nécessaire des buts pulsionnels avec l'avancée en âge. Ce développement, en complément du précédent, vise à

⁷⁷³ *Ibid.*, p. 5.

⁷⁷⁴ J. Gagey, « Raisonner psychanalytiquement le vieillir », art cit, p. 16.

répondre de manière critique à ces représentations en caractérisant les destins de la pulsionnalité 'normale' chez l'homme adulte 'ordinaire'.

3.1. Sublimation et déssexualisation

Une difficulté dans l'utilisation même de la notion de sublimation, selon Laplanche et Pontalis, tient au fait qu'une théorisation d'ensemble du concept « ne ressort pas des éléments assez peu élaborés fournis par les textes de Freud »⁷⁷⁵.

Freud fait mention récurrente dans son œuvre de liens entre la sublimation et d'autres concepts : l'identification, la formation réactionnelle, l'inhibition quant au but, l'idéalisation, la déssexualisation etc. Les différents termes arrivent ainsi parfois mêlés, comme dans ces différentes citations⁷⁷⁶ : « L'autorité paternelle ou parentale *introjectée* dans le moi y forme le noyau du sur-moi, lequel emprunte au père sa sévérité, perpétue son interdit de l'inceste et assure ainsi le moi contre le retour de l'investissement d'objet libidinal. Les tendances libidinales appartenant au complexe d'Œdipe sont pour *une part déssexualisées et sublimées*, ce qui advient vraisemblablement lors de *toute transposition en identification*, pour une part *inhibées quant au but* et *transformées en motions tendres* »⁷⁷⁷ ; « Cela ressemblerait au moi que de tenir à une plus grande exactitude dans le choix de l'objet comme dans celui de la voie de l'éconduction. Si cette *énergie de déplacement* est de la libido *déssexualisée*, alors elle peut être aussi dite *sublimée*, car elle maintiendrait encore et toujours la visée principale de l'Eros, qui est de *réunir et de lier*, en servant à l'instauration de cet ensemble unitaire par lequel – ou par l'aspiration auquel – se caractérise le moi. Si nous incluons dans *ces déplacements les processus de pensée*, au sens élargi, alors *le travail de pensée* est justement lui aussi pris en charge par *sublimation d'une force de pulsion érotique* »⁷⁷⁸.

En revanche, il enjoint également souvent les lecteurs à ne pas réduire la sublimation à ces différentes notions, la sublimation gardant une spécificité conceptuelle. Ainsi, la formation réactionnelle n'est qu'une « *sous-espèce de sublimation* »⁷⁷⁹. Ou encore : « Les pulsions sociales appartiennent à une classe de motions pulsionnelles qui *n'ont pas encore à être nommées pulsions sublimées*, même si elles sont proches de celles-ci. Elles n'ont pas abandonné leurs buts directement sexuels, mais sont empêchées d'y atteindre par des résistances internes, se contentent de certaines approches de la satisfaction »⁷⁸⁰. Freud dira par ailleurs dans « Le Moi et le Ça » que l'identification entraîne « un abandon des buts sexuels, une déssexualisation, donc *une sorte de sublimation* »⁷⁸¹. Notons enfin ces propos issus de « Pour introduire le narcissisme », à propos de

⁷⁷⁵ J. Laplanche et J.-B. Pontalis, *Vocabulaire de la psychanalyse*, op. cit., p. 466.

⁷⁷⁶ C'est nous qui soulignons les différents termes pour faciliter leur repérage.

⁷⁷⁷ S. Freud, « La disparition du complexe d'Œdipe », art cit, p. 30.

⁷⁷⁸ S. Freud, « Le Moi et le Ça », art cit, p. 288.

⁷⁷⁹ S. Freud, « Trois essais sur la théorie sexuelle », art cit, p. 177.

⁷⁸⁰ Sigmund Freud, « "Psychanalyse" et "Théorie de la libido" » dans *OCF XVI (1921-1923)*, 3e édition., Paris, PUF, 2010, p. 207.

⁷⁸¹ S. Freud, « Le Moi et le Ça », art cit, p. 274.

l'idéalisation : « Ainsi, pour autant que la sublimation décrit quelque chose qui porte sur la pulsion et l'idéalisation quelque chose qui porte sur l'objet, on doit maintenir les *deux concepts séparés* »⁷⁸².

Laplanche et Pontalis identifient des directions prises par la pensée freudienne quant à la question du procédé psychique de la sublimation, qui semblent se retrouver dans l'implication particulière supposée de la sublimation dans le destin heureux du vieillissement. Freud a d'abord mis en évidence la possibilité pour certaines pulsions de quitter le champ de la sexualité pour se diriger vers des buts et objets non sexualisés, grâce au lien entre les fonctions sexualisées et désexualisées établies lors du processus de l'étayage – ce point rapproche la sublimation de la formation réactionnelle ou de l'inhibition des buts pulsionnels. Avec l'introduction du narcissisme, il suggérera que la sublimation n'est possible que par un retrait de la libido dans le moi, temps intermédiaire qui rend justement possible la désexualisation – ce point rapproche la sublimation de mécanismes tels que l'idéalisation et l'identification.

Freud mentionne plusieurs fois dans son œuvre l'importance de la sublimation pour faire face au refus. « Il n'y a que deux possibilités de se maintenir en bonne santé dans le cas où persiste un refus réel de la satisfaction : premièrement, en transposant la tension psychique en énergie active qui reste tournée vers le monde extérieur et finalement obtient de lui par contrainte une satisfaction réelle de la libido, et deuxièmement, en renonçant à la satisfaction libidinale, en sublimant la libido mise en stase et en l'utilisant pour atteindre des buts qui ne sont plus érotiques et qui échappent au refus »⁷⁸³. Cette idée selon laquelle la sublimation éloignerait tant les buts pulsionnels de l'érotique qu'elle en échapperait au refus, semble bien être ce qui instaure un lien particulier entre les possibilités de survivre au refus dans le cadre du vieillissement, et la sublimation. Sublimer reviendrait à abandonner la satisfaction libidinale ; la désexualisation compte toujours pour une part importante du concept.

Cette vision de la sublimation nous semble néanmoins limitative, et court le risque de mener à une idéalisation de la sublimation dans le destin des personnes âgées. Une coupure entre sublimation et satisfaction libidinale nous semble en effet moins tranchée que ce que semble suggérer cette dernière citation freudienne.

3.2. Importance de la désexualisation dans le développement

Différents processus de désexualisation ont lieu pendant le développement, impliquant, si ce n'est une satisfaction pulsionnelle, tout du moins une transformation et liaison des pulsions. C'est lors de la période de latence que la fonction de désexualisation est la plus importante.

Les motions sensuelles non inhibées quant au but devant être refoulées, ne persistent pour l'enfant que les motions tendres, inhibées quant au but. « Le refoulement intervenant alors provoque par contrainte le renoncement à la plupart de ces buts sexuels enfantins et laisse derrière lui une modification en profondeur du rapport aux parents. L'enfant resta désormais lié

⁷⁸² S. Freud, « Pour introduire le narcissisme », art cit, p. 237.

⁷⁸³ S. Freud, « Des types d'entrée dans la maladie névrotique », art cit, p. 120.

aux parents, mais par des pulsions qu'on ne peut nommer que « inhibées quant au but ». Les sentiments qu'il éprouve dorénavant pour ces personnes aimées sont qualifiés de « tendre »⁷⁸⁴. La désexualisation est en premier lieu associée à une fonction sociale. Freud veut par là dire que le fonctionnement de la culture, la possibilité pour les hommes de vivre entre eux, impliquent que les pulsions individuelles des hommes soient domptées, restreintes, soumises⁷⁸⁵. La désexualisation des pulsions et l'orientation de la libido vers des buts tels que la tendresse, le travail, seraient donc nécessaires au fonctionnement en société, ce qui explique que cela soit à la base du travail éducatif. La pulsion laissée libre aurait la force, si elle n'était pas domptée, de remettre en question l'établissement de la culture. L'enfant traverse un développement héréditairement fixé, et favorisé par l'éducation.

Le processus identificatoire qui mène à la formation du surmoi implique donc une désexualisation des buts pulsionnels. « Un autre point de vue énonce que cette transposition d'un choix d'objet érotique en une modification du moi est aussi une voie par laquelle le moi peut maîtriser le ça et approfondir ses relations avec lui [...] Quand le moi adopte les traits de l'objet, il s'impose pour ainsi dire lui-même au ça comme objet d'amour, il cherche à lui remplacer sa perte en disant : « Regarde, tu peux m'aimer moi aussi, je suis si semblable à l'objet ». La transposition de libido d'objet en libido narcissique qui se produit ici entraîne manifestement un abandon des buts sexuels, une désexualisation, donc une sorte de sublimation »⁷⁸⁶.

Mais il est important de noter que lors de la période de latence, la production d'excitations sexuelles ne s'arrête pas. Elle persiste et est ce qui fournit de l'énergie pour la poursuite des buts désexualisés, c'est-à-dire les sentiments sociaux que nous venons d'aborder, et le maintien des barrières empêchant la sexualité débridée⁷⁸⁷. Que Freud parle de sublimation, de formation réactionnelle, de pulsions inhibées quant au but – et donc quelles que soient leurs différences – ces procédés gardent un lien étroit avec la sexualité, ils lui en empruntent la force. « Les historiens de la culture semblent unanimes pour admettre que de puissantes composantes sont acquises pour toutes les productions culturelles, du fait que des forces de pulsions sexuelles sont ainsi déviées de l'utilisation sexuelle et qu'elles sont dirigées sur de nouveaux buts – un procès qui mérite le nom de sublimation »⁷⁸⁸. Le refus des motions sexuelles débouche sur une désexualisation qui permet à l'enfant de développer des intérêts culturels et des sentiments tendres, et à son appareil psychique de se développer.

La période de latence « interrompt désormais le développement sexuel de l'enfant »⁷⁸⁹. Lors de l'adolescence, la sexualité connaît une reviviscence et permet le retour des motions sexuelles non inhibées quant au but, de manière détournée par rapport à leurs objets initiaux. Le retour de la sexualité n'implique pas la disparition des buts pulsionnels modifiés lors de la période de

⁷⁸⁴ S. Freud, « Psychologie des masses et analyse du moi », art cit, p. 49.

⁷⁸⁵ S. Freud, « Leçons d'introduction à la psychanalyse », art cit, p. 321.

⁷⁸⁶ S. Freud, « Le Moi et le Ça », art cit, p. 274.

⁷⁸⁷ S. Freud, « Trois essais sur la théorie sexuelle », art cit, p. 170.

⁷⁸⁸ *Ibid.*, p. 113.

⁷⁸⁹ S. Freud, « La disparition du complexe d'Œdipe », art cit, p. 30.

latence. Les différentes activités et intérêts développés, le développement de la curiosité intellectuelle, de la satisfaction pulsionnelle par le travail, par la pratique sportive, etc. persistent dans l'âge adulte. S'ils ne sont plus qualifiés de sexuels, ils participent néanmoins d'une satisfaction ou tout du moins d'une liaison libidinale, une partie de la pulsion initiale ayant été refoulée, l'autre détournée de son but. Ce sont des activités qui sont composées d'investissements déssexualisés, issus de détournement par rapport aux buts sexuels prégénitaux et génitaux.

3.3. Diversité des aménagements pulsionnels chez l'adulte

Verdon nous rappelle par exemple, en s'appuyant sur les travaux de Dejours, les enjeux libidinaux de l'activité de travail. Le travail joue « un rôle d'établissement de liens d'étayage, de plaisir/déplaisir, voire de prestige »⁷⁹⁰. « Il ne saurait être réductible à une simple exécution de tâches mais [...] il exige ruse et inventivité [...] les questions du désir et de la souffrance lui sont intimement liées »⁷⁹¹. Le travail est le support de la personnalité du sujet, il lui permet de réaliser et d'amplifier son désir. « Qu'il offre des satisfactions substitutives grâce aux capacités sublimatoires, qu'il soit le lieu de contre-investissements intéressant les conflits de l'histoire infantile et/ou les problématiques actuelles du sujet, qu'il précise le désir ou le fasse taire, le travail s'avère un lieu d'équilibre qui, sans que l'on présume de sa valence souple et dégageante, pose un édifice complexe et diversifié d'aménagements face à la question de la différence des sexes et des générations, des rapports de soumission/domination entre femmes et hommes, jeunes et anciens, novices et baroudeurs, subalternes et dirigeants. »⁷⁹². C'est d'ailleurs bien parce qu'il contient des enjeux pulsionnels forts que le départ à la retraite peut exposer le sujet au refus, et que l'arrêt du travail est présenté par les théoriciens du vieillissement comme participant d'une potentielle mise en crise du sujet psychique.

Il nous semble pouvoir élargir à de nombreux domaines l'idée que développe Lesourne à propos de l'étude psychanalytique sur l'activité tabagique. « L'habitude de fumer fait partie de l'immense ensemble des habitudes de vie, un peu négligé jusqu'à présent par la recherche analytique qui a surtout fait porter ses efforts dans deux directions : d'un côté, le désordre individuel, la maladie et son corollaire, la clinique, de l'autre côté, les manifestations remarquables de l'être humain, art, civilisations, mythes, religions. Mais, entre les deux, il reste le domaine immense et modeste de la vie ordinaire, de la vie banale, on ose à peine dire normale, tant, à observer de près certains de ses éléments, on doit se convaincre rapidement qu'ils sont pleins d'« une certaine anormalité » et donnent ainsi son sel et son charme à notre existence »⁷⁹³. Les habitudes de l'homme, ses activités, ses hobbies, ses goûts, sont déjà des constructions, les résultats de compromis, de synthèse psychique, « dont les racines sont aussi complexes et touffues que celles d'une bonne névrose et plongent aussi loin dans l'enfance »⁷⁹⁴.

⁷⁹⁰ B. Verdon, *Le vieillissement psychique*, *op. cit.* Empl. 264.

⁷⁹¹ *Ibid.* Empl. 269.

⁷⁹² *Ibid.* Empl. 275.

⁷⁹³ O. Lesourne, *Le grand fumeur et sa passion*, *op. cit.* Empl. 201.

⁷⁹⁴ *Ibid.* Empl. 203.

Les études du travail par Dejours, de l'amour par Parat, et du tabagisme par Lesourne, nous donnent un aperçu de la richesse des mouvements psychiques derrière les activités et tendances les plus banales de l'homme, sûrement négligées dans la mesure où elles ne dérangent pas ou dérangent peu l'individu, et participent de son inscription dans la culture et dans ses possibilités de vivre en harmonie avec les autres plutôt que de l'empêcher. L'étude de ce qui vient déranger ces activités banales et quotidiennes, c'est-à-dire pour ce qui nous concerne, de la pathologie somatique et du vieillissement, implique de réaccorder leur importance aux mécanismes psychiques qui leur sont sous-jacents.

Il semble donc bien que la sublimation des pulsions, entendue ici comme un détournement du but par rapport au but pulsionnel sexuel, soit important tout au long de la vie, à partir de la période de latence, et non pas uniquement chez les sujets âgés. Faire l'hypothèse de la nécessité particulière pour la personne âgée d'investissements de l'ordre de l'intellectualisation, de la rationalisation, de développement de sentiments tendre, d'idéalisation sublimante, etc. reviendrait presque à nier leur importance tout au long de la vie. Supposer que ces processus soient particulièrement importants chez le sujet âgé pour venir en renfort d'un moi privé de satisfaction libidinale, reviendrait à accorder une importance sûrement trop grande à la part non inhibée de la sexualité génitale adulte, par rapport aux autres destins des pulsions : génitales inhibées, pré-génitales inhibées et non inhibées quant au but, etc.

Il ne s'agit pas non plus de minimiser l'importance des satisfactions sexuelles chez l'adulte. « Nous avons dit que l'expérience selon laquelle l'amour sexué (génital) procure à l'être humain les plus fortes expériences vécues de satisfaction, lui fournissant à proprement parler le modèle de tout bonheur [...] par cette voie on se rend, de la manière la plus problématique, dépendant d'un morceau du monde extérieur, à savoir de l'objet d'amour choisi, et [...] on s'expose à la plus forte des souffrances si l'on est dédaigné par lui ou si on le perd pour cause d'infidélité ou de mort. Aussi les sages de tous les temps ont-ils, avec la plus grande insistance, déconseillé de suivre cette voie dans la vie ; elle n'a cependant pas perdu l'attraction qu'elle exerce sur un grand nombre d'enfants des hommes »⁷⁹⁵. Mais les activités et aménagements de vie qui exposent les sujets au refusent lorsqu'ils doivent être arrêtés, y compris l'amour d'un partenaire, relèvent déjà, de compositions, de synthèses de différentes énergies libidinales. Chez l'adulte, la part de libido pulsionnelle non inhibée quant au but est certes importante, mais est loin d'être celle apportant un approvisionnement en libido pour le moi le plus sûr et régulier. Par ailleurs, il s'agit également 1/ de ne pas nier l'existence de la sexualité des âgés ; 2/ de ne pas oublier que le refusent de la satisfaction génitale (célibat, abstinence) concerne tous les âges ; 3/ de se rappeler que si corps organique et corps pulsionnel conservent un lien tout au long de l'existence, les modifications de l'un n'influent pas sur l'autre en miroir simple. Si la satisfaction pulsionnelle génitale non inhibée quant au but est fort importante dans l'équilibre trouvé par une personne

⁷⁹⁵ Sigmund Freud, « Le malaise dans la culture » dans *OCF XVIII (1926-1930)*, 2e édition., Paris, PUF, 2002, p. 287.

tout au long de sa vie, elle n'y est pas essentielle sous peine de désorganisation systématique de l'organisation génitale de la personnalité.

Notre approche se détacherait donc de la sublimation comme moyen privilégié de réengagement pulsionnel de la personne âgée. Dans les cas où par sublimation est entendu de manière relativement large, les processus psychiques entraînant une désexualisation – ce qui semble être le cas pour certaines théories du vieillissement qui supposent le même mécanisme psychologique à l'origine de la tendresse et de la création artistique –, il faudra noter que la désexualisation – et la créativité – sont des moyens qu'utilise l'homme à tous les âges de la vie à partir de la période de latence, pour faire face au refus de la satisfaction pulsionnelle non inhibée, par rencontre d'interdits extra- ou intrapsychiques. Comme à tout âge, l'homme qui fait l'expérience du vieillissement doit, pour rester sain et ne pas tomber dans la perversion, parvenir à conserver ou à rétablir un équilibre pulsionnel, parvenir à une synthèse des pulsions par la mise en place de constructions, la réalisation de compromis.

La sublimation est par ailleurs⁷⁹⁶ parfois plutôt comprise comme un processus psychique bien particulier, qui implique des besoins pulsionnels particulièrement forts, un retour de la libido vers le fantasme en cas de refus, et la capacité particulière de rapatrier sa vie de fantaisie dans un morceau de réalité – l'art – et à obtenir par-là une satisfaction détournée. « La troisième issue dans le cas d'une prédisposition constitutionnelle anormale est rendue possible par le processus de la sublimation dans lequel s'offrent aux excitations extrêmement fortes provenant de diverses sources de sexualité un écoulement et une utilisation dans d'autres domaines, de sorte qu'un accroissement non négligeable de la capacité de réalisation psychique résulte d'une prédisposition en soi dangereuse. C'est là que l'on trouvera l'une des sources de l'activité artistique et, selon qu'une telle sublimation est complète ou incomplète, l'analyse du caractère de personnes supérieurement douées, particulièrement prédisposées pour les arts, indiquera pour chacune d'elles la proportion entre capacité de réalisation, perversion et névrose. »⁷⁹⁷ Faire reposer sur ce processus la santé des hommes vieillissants ne peut nous paraître pertinent, dans la mesure où « la capacité de sublimer n'est impartie à beaucoup d'hommes que dans une faible mesure »⁷⁹⁸.

Nous nous détachons donc de l'idée d'une 'noblesse' particulière, ou d'une 'créativité' particulière des sujets âgés. Cela n'implique pas de nier l'existence d'une créativité ou d'une noblesse de certaines solutions adoptées par les personnes âgées, mais plutôt de recréer de valeur les adaptations de toutes sortes permettant de retrouver du désir et du plaisir, sous une forme sexualisée ou désexualisée, dans la vie banale et quotidienne.

La sublimation n'est pas le moyen mais un des moyens permettant au sujet de faire face au refus. « Il y a en général beaucoup de moyens pour supporter la privation de la satisfaction

⁷⁹⁶ S. Freud, « Leçons d'introduction à la psychanalyse », art cit, p. 371 ; S. Freud, « Trois essais sur la théorie sexuelle », art cit ; Sigmund Freud, « Formulation sur les deux principes de l'advenir psychique » dans *OCF XI (1911-1913)*, 3e édition., Paris, PUF, 2009, p. 13-21.

⁷⁹⁷ S. Freud, « Trois essais sur la théorie sexuelle », art cit, p. 176.

⁷⁹⁸ S. Freud, « Leçons d'introduction à la psychanalyse », art cit, p. 358.

libidinale sans tomber malade de son fait. En premier lieu, nous connaissons des êtres humains qui sont en mesure d'assumer une telle privation sans dommage ; dans ce cas, ils ne sont pas heureux, ils souffrent de désirance, mais ils ne deviennent pas malades. Ensuite, nous devons prendre en considération que les motions pulsionnelles sexuelles, en particulier, sont extraordinairement plastiques, si j'ose dire »⁷⁹⁹.

4. Variations de l'équilibre libidinal chez les participants de l'étude

Après ces deux discussions théoriques portant respectivement sur l'organisation génitale adulte et sur la sublimation et qui avaient pour objectif de préciser nos vues sur l'activité libidinale de l'homme adulte, nous voilà en mesure de revenir au travail psychique mobilisé par les participants de l'étude, aux prises avec la précarité de leur vie pulsionnelle. Les notions que nous avons présentées nous permettent d'analyser comment ils peuvent survivre au refus, c'est-à-dire vivre avec leur condition précaire d'homme. Cela est notamment passé par l'étude des mouvements pulsionnels derrière certaines activités ou secteurs de la vie quotidienne et banale, secteurs qui ont émergé comme catégorie d'analyse du matériel clinique : « Description et investissement du tabagisme », « Parcours de vie », « Les loisirs », « L'entourage et les proches », « Autres comportements et activités liées à la santé », etc.

Comment les participants peuvent-ils donc vivre, malgré les nombreuses limites posées aux possibilités de satisfaction libidinale entraînées par la pathologie somatique et le vieillissement ?

4.1. Souffrance et satisfaction hallucinatoire de désir

En premier lieu, les participants peuvent supporter une certaine dose de souffrance – ressentie comme manque – sans que cela implique de désorganisation ou réorganisation psychique. En effet, de nombreux participants souffrent, comme nous le voyons par l'étude de la catégorie « Expression d'affects et d'émotions ». Nous avons noté en première partie de telles souffrances, notamment chez Mme Syet, Mme Glaa, Mr Leje – il n'est donc pas nécessaire de présenter de nouveaux verbatims. Il s'agit plutôt de pointer l'importance de la souffrance, qui n'est pas tant signe de désorganisation que signe de la possibilité de supporter et de résister, au moins pour un temps, à la privation et au manque.

La voie hallucinatoire est parfois également utilisée pour survivre à la perte. De nombreux participants ont recours au fantasme, l'énergie laissée vacante par le refus se rabat sur les objets internalisés, comme en témoigne l'existence de la catégorie d'analyse « Imaginer ce qui aurait pu être ». Ce qui ne peut être satisfait aujourd'hui peut l'être, dans le fantasme, ou s'imaginer pour l'avenir. Nous avons ainsi relevé le fantasme de Mme Kcoa d'aller prendre sa voiture pour aller fumer une cigarette, malgré l'impossibilité, ou celui de fumer lorsque ses jours

⁷⁹⁹ *Ibid.*, p. 357.

seront comptés. Mr Chez, quant à lui, satisfait en partie son désir de fumer en rêve, bien que la censure l'empêche de profiter consciemment de cette satisfaction hallucinatoire de désir :

« Ça revient de temps en temps. Donc notamment des rêves cauchemardesques où je fume et où je me culpabilise et où je me réveille avec du mal, en disant, mais j'ai fumé ? Je n'ai pas fumé ? Non je n'ai pas fumé, c'était dans un rêve. » (Mr Chez)

Est perceptible chez Mr Paut, bien que de manière défendue, le fantasme de devenir champion de tennis :

« J'ai eu...j'ai refait un peu d'activité, mais en ayant mal aux jambes au bout d'une demi-heure. Et donc, ce qui m'a poussé à le faire c'est de me dire : "tiens, ben si je peux recommencer à jouer au tennis une fois ou deux par semaine, je serais content." Même si ce n'est plus...pas aller faire Roland Garros, mais voilà. » (Mr Paut)

Mr Soje, et Mr Liam, en incapacité relative de bouger, entretiennent des rêves d'évasion :

« Inquiet jamais...oui, non je ne suis pas inquiet du tout. Je pense que maintenant il va falloir voir ce que ça devient, maintenant quand ils ouvriront le pansement. Non, je ne suis pas inquiet du tout, au contraire j'espère arriver à la maison, sauter dans la voiture, puis m'en aller. » (Mr Soje)

« Maintenant c'est trop tard, j'ai 70 ans. Maintenant, si je gagne au Loto demain, je m'en vais quand même. Et qui m'aime me suive hein ? Et ils ne vont pas croire que je vais leur laisser de l'oseille à rester ici dans un monde de cinglé, "tu veux venir, tu viens avec moi, on prend une ferme, vous vous installez, vous faites quelque chose de votre vie". Je ne sais pas quel pays encore, comme je ne suis pas doué pour les langues, des pays francophones il n'y en a pas beaucoup. À part le Maroc, qui n'est pas trop loin, mais sinon...sinon il faudrait partir vraiment loin et puis parler une langue étrangère. Et encore des petits coins tranquilles à l'abri des tsunamis, à l'abri des volcans. » (Mr Liam)

Ce mécanisme archaïque d'assouvissement hallucinatoire du désir ne peut entraîner qu'une satisfaction limitée et temporaire. Cela participe néanmoins de la possibilité de supporter, pour un temps, l'absence de satisfaction réelle.

4.2. Des variations des moyens de satisfaction libidinale

Seront bien plus durables les réaménagements pulsionnels qui s'inscrivent dans l'organisation psychique du sujet. A l'image de la vie libidinale, dont nous avons relevé précédemment les caractéristiques, les traces du fonctionnement pulsionnel des participants dans les entretiens nous apparaissent comme relativement chaotiques et difficiles à rapporter de manière organisée. La voie qui se présente de la manière la plus évidente est l'utilisation, par les participants, de substituts. Mr Leje me parle très longuement de sa transition de la cigarette à la cigarette électronique, laissant percevoir les tâtonnements et le travail psychique sous-jacent :

« Euh, j'avais vaguement essayé mais, le truc m'avait fait tousser en permanence, c'était l'horreur. [...] J'ai vu un addictologue ici et qui m'a dit, oui, mais écoutez, parce que ça

c'est une question de dosage, c'est une question de goût. Enfin bon, on ne prend pas un vapoteur de Pierre, Paul ou Jacques comme ça, il faut essayer, aller dans un magasin spécialisé et ils sauront vous conseiller, vous faire goûter et voir. Du coup en sortant de chez elle, j'y suis allé, j'ai acheté mon petit matériel et depuis, ben voilà, je suis à la vapo...teuse. [...] Et en plus voilà, je ne vapote pas énormément. Parce que, c'est vrai que quand je...quand j'ai arrêté de fumer, il y avait un côté très très agréable c'étaient les voies respiratoires qui avaient l'impression de se dégager, on respire, on... je n'ai pas cette sensation-là à cause de la vapoteuse. Au contraire, ça m'assèche la gorge et les sinus. Donc, du coup je ne vapote pas énormément. Alors j'ai gardé le goût de tabac, j'ai gardé 16 milligrammes de nicotine, bon, mais comme ça, ça m'a permis d'arrêter les patchs. Euh, pour le moment, bon la nicotine m'est encore nécessaire, mais du coup je consomme, euh des petites fioles comme ça j'en consomme à peine 8 dans le mois, dans le mois. [...] Oui moi je tire une ou deux tafs, et puis je repose le machin. Ça change complètement la gestuelle de fumer parce que, enfin vous gardez une gestuelle et puis vous faites de la fumée et vous êtes content (*rires*), mais en fait comme vous pouvez tirer à n'importe quel moment ce n'est pas comme une cigarette que vous fumez, ben vous n'allez pas l'écraser la rallumer et l'écraser, ben les X cigarettes que vous fumez dans la journée à intervalle plus ou moins régulier, enfin dès que l'effet nicotine passait, hop on reprenait une cigarette, là en fait vous tirez une taf au fil de l'eau. Mais du coup c'est presque tout au long de la journée et... » (Mr Leje)

Les substituts, et notamment la cigarette électronique, sont fréquemment utilisés par les participants pour arrêter de fumer. « Les pulsions partielles de la sexualité, tout comme la tendance sexuelle issue de leur regroupement, montrent une grande capacité à changer d'objet, à échanger leur objet contre un autre, donc aussi contre un objet plus commode à atteindre ; cette aptitude au déplacement et cette facilité à adopter des succédanés ne peuvent que travailler puissamment à l'encontre de l'action pathogène d'un refus »⁸⁰⁰.

Après avoir arrêté de travailler, nous l'avons également vu, de nombreux participants déploient un intérêt pour d'autres activités, physiques et/ou intellectuelles. Mme Brin et Mr Soje investissent une activité d'enseignement, Mr Chez la rénovation d'une maison, Mme Heau un déménagement et les activités qui y seraient possibles. Mr Chez investit la lecture, Mr Nare le fait de regarder la télé. Mr Leje, Mr Emal et Mr Liam s'intéressent à la politique, à la littérature :

« Pour les élections, oui je me serais bien engagé, et fortement engagé, parce que bon, il y a des choses qui sont revenues que j'ai au fond de moi depuis des années, que personne n'exprimait. D'un seul coup elles commencent à être exprimées, elles commencent à venir sur le devant de la scène, c'est enthousiasmant, vous vous dites, voilà, on se redonne une direction, on se redonne un avenir, on va dire sous une forme...oui, ça vaut le coup de se battre pour ça quoi. S'engager là-dedans » (Mr Leje)

⁸⁰⁰ *Ibid.*

« Oui, oui. Et puis j'ai tout lu, tous les genres, tous les auteurs. Dès qu'un auteur me plaisait, je me faisais la série. J'achetais, j'allais à la bibliothèque ou je les achetais. Il y a tous les genres, tous les genres. Donc tous les genres automatiquement on a accès à toutes les formes de livres dans l'histoire. C'est...jamais pareil, des Victor Hugo, des Zola, des Maupassant, j'ai un peu de tout dans mes lectures, des polars, des séries noires, n'importe quoi. J'ai tout lu, du moment que ça m'intéresse. Je m'intéresse à tout moi, même ceux que je ne connais pas. » (Mr Liam)

Mr Chez développe un grand intérêt pour la cuisine, il parle au chercheur tellement longuement des intérêts et inconvénients des différents produits alimentaires qu'il est impossible d'en rendre vraiment compte ici. Nous ne relèverons que ces quelques extraits :

« Ben, on ne peut pas nier qu'il y ait une évolution mondiale. Enfin, on peut dire, de l'humanité. En tout cas, la civilisation occidentale, de cette culture avec tout un tas de choses, philosophie parfois très moyenne. Et puis de l'autre côté, des publications scientifiques, des quelques philosophes ou quelques personnes, et puis beaucoup les médias, les émissions, les machins. Bon, je ne sais plus comment il s'appelle, le médecin, là, qui fait des émissions...enfin il y en a toujours eu. Donc on a quand même...on est dans un bain comme ça d'informations », « Je pense qu'il y a des... des... des comment... oui des facteurs, alors pas forcément d'ailleurs dus à des pesticides, mais en tout cas à de la chimie, néfaste. Pas forcément à cause de produits chimiques non naturels, pas assimilables ou qui sont tératogènes, enfin tout ce qu'on voudra. Mais, non, je pense par exemple au lait. Tous les produits laitiers, ça je suis persuadé qu'ils...que les produits laitiers, ben non. (*rires*) Sauf transformés, alors le lait comme ça...[...] C'est-à-dire que les prairies, voilà elles reçoivent quand même des poussières, des machins...bon toxines, etc., ce n'est pas un mythe quoi. Et ce que mangent les vaches laitières qui sont complètement poussées, c'est absolument dégoûtant. Et donc, en plus par ailleurs, je suis persuadé qu'adulte on perd des...des enzymes ou des bactéries ou je ne sais plus exactement ce que c'est, mais bon bref qu'on ne peut pas...qu'on digère de moins en moins bien le lait. » (Mr Chez)

Mme Syet, et plusieurs autres participants tels que Mr Paut et Mr Deht, adaptent leur activité physique ou la remplacent par une autre. Nous aurions d'ailleurs pu, à l'image de Dejours, Parat ou Lesourne, étudier de manière transversale les investissements et les remaniements pulsionnels, activité par activité, secteur de la vie quotidienne par secteur de la vie quotidienne. C'est d'ailleurs de cette manière que les choses nous sont apparues, car nous les avons identifiées comme différentes catégories d'analyse : « Capacités motrices et usages du corps », « Les loisirs », « Parcours de vie », « L'activité tabagique », « Autres comportements liés à la santé », « L'entourage et les proches ». Mais, nous l'avons vu, les pulsions agissent comme des canaux communicants, peuvent intervenir l'une à la place de l'autre, échanger leur intensité. Une même pulsion peut être assouvie par des activités diverses, ne se ressemblant parfois pas entre elles.

Ainsi, par exemple « l'investissement hétérosexuel peut, nous dit Parat, sur un mode érotique ou sublimé, intéresser à certains moments un élément du monde que j'ai appelé homosexuel, des « autres ». L'investissement hétérosexuel, amoureux, central peut, selon les vicissitudes

relationnelles, se déplacer vers un autre objet ; la tolérance éventuelle de l'objet précédemment investi manifeste alors l'intensité de son investissement homosexuel propre. Ce désinvestissement d'un objet investi sur un mode hétérosexuel peut se faire progressivement ou brutalement, totalement ou partiellement, selon les modalités d'investissement qui caractérisent le sujet, et replace plus ou moins parfaitement l'objet dans le monde « des autres ». [...] Tous les passages sont possibles d'un mode d'investissement à l'autre, et un même objet réel peut appartenir selon les moments au monde hétérosexuel ou au monde des « autres ». »⁸⁰¹.

De tels mouvements sont perceptibles dans les propos de Mr Liam. Il relate son expérience auprès de plusieurs compagnes, avec qui il a eu successivement ou simultanément un rôle de mentor, d'ami, d'amant, de confident.

« Ouais, c'est ma meilleure copine. Ma meilleure amie. [...] Il s'est trouvé qu'elle est devenue ma maîtresse et puis on est restés amis. Alors qu'en réalité je lui ai fait réviser son bac. Mais c'est resté ma meilleure amie. On n'a plus de relation, mais c'est...elle m'appelle, elle m'invite à manger, on sort ensemble, et puis...même quand elle avait son mec hein ? Je voyais son mec, on était restés amis, ma meilleure amie. » (Mr Liam)

Sa vie amicale est très importante pour Mr Liam. N'étant en ce moment pas engagé dans une relation romantique, il tire manifestement une importante satisfaction libidinale en fréquentant de manière platonique plusieurs femmes ayant été ses maîtresses par le passé. Par ailleurs, il développe de nombreuses amitiés avec les personnes qu'il rencontre en centre de rééducation, des références à la sexualité n'étant pas absentes des liens tissés.

« J'ai fait un groupe, ça les a un peu...ils sont tous un peu âgés, mais personne ne se parlait, j'ai fait un petit groupe après, sur des jeux, mes copines qui sont jeunes elles sont venues, on a fait des jeux. "Tiens c'est quoi comme jeu" ils s'intéressaient. On a fait un petit groupe, on faisait un thé, c'était un petit groupe sympathique où tout le monde rigolait, je racontais des conneries, ça les intéressait, il y avait des jeunes, des filles, sympathiques, jolies, qui venaient et là c'est les portes ouvertes parce que ce ne sont pas mes filles, c'est pas mes enfants, c'est seulement des amies qui viennent me voir, ça les étonnait » (Mr Liam)

« Moi je les vois en maison de repos [...] il faut essayer de faire des liens sociaux, mais intéressants, pas dans le corps médical [...] Et il y en avait deux qui n'avaient plus de cheveux. Ah...les femmes elles n'avaient plus de cheveux. Je leur ai fait la surprise, il me restait des perruques de mes braquages, quand je faisais les banques, j'avais des perruques. Elles étaient contentes comme tout, "combien je te dois ?" "Ah mais rien du tout, c'est pour faire plaisir". Alors elles ont mis des perruques, il y en a une autre qui les a coiffées, qui a recoupé et puis après tous les jours elle sortait avec sa perruque. Et ça leur changeait la vie, ça leur changeait carrément la vie. Déjà physiquement, à se

⁸⁰¹ C. Parat, *L'organisation œdipienne du stade génital*, op. cit., p. 36.

regarder dans la glace, c'était autre chose de voir un visage avec des cheveux que sans cheveux, c'était trop mignon. » (Mr Liam)

Avec Mr Liam devient apparent « avec quelle facilité, à partir de relations de sentiment de nature amicale fondées sur la reconnaissance et l'admiration, se développent des souhaits érotiques (le Embrassez-moi pour l'amour du grec de Molière) entre le maître et celle qui est son élève, l'artiste et son auditrice ravie [...]. Et même, l'apparition de telles liaisons de sentiment, tout d'abord dénuées d'intention, ouvre directement une voie, souvent parcourue, vers le choix d'objet sexuel »⁸⁰².

C'est un mouvement différent qui se passe chez Mr Leje, pour qui l'investissement d'un nouvel amour vient entièrement modifier le paysage libidinal. Les nombreuses souffrances et frustrations dont il faisait l'expérience lors des premiers entretiens semblent avoir été quasi-intégralement compensées par cette rencontre amoureuse. Bien que des privations et limitations demeurent, elles lui semblent négligeables au vu du bonheur retrouvé :

« Non, non mais ça va très bien sinon, oui oui il y a plein de choses qui sont en train de se mettre en place. Donc c'était une période un peu intense mais sympathique. », « Donc on fait quand même... je ne pensais pas que je serais à même de pouvoir imaginer de pouvoir vivre ça à nouveau, mais voilà je... [...] Et puis je refais des projets, je refais des trucs », « Tant qu'on a des belles années à venir, j'avoue que je triche un peu parce que jusqu'à ce que je renoue avec mon amie, bon, j'avais plutôt tendance à dire, bon ben qu'elle [la mort] arrive le plus vite possible comme ça, ça débarrassera quoi. », « La dernière fois qu'on s'était vus je m'étais dit : "bon, après tout, la belle affaire de toute façon, je suis tout seul". Bon, j'avoue qu'aujourd'hui (*rires*). » (Mr Leje)

Cette nouvelle relation le satisfait bien au-delà d'un soulagement des pulsions génitales, dans la mesure où lui et sa compagne ne peuvent que difficilement s'engager dans des relations sexuelles du fait des problèmes somatiques de Mr Leje et de traumatismes anciens de sa compagne. Mr Leje explique néanmoins qu'ils trouvent une grande satisfaction dans leur complémentarité, le fait de pouvoir s'accompagner dans leur difficulté, donc dans la satisfaction de pulsions pré-génitales inhibées et non inhibées quant au but. Cette relation amoureuse permet donc de canaliser des pulsions qui, soit trouvaient à se satisfaire de différentes façons, soit l'exposaient à la souffrance par refus. C'est d'ailleurs après sa rencontre amoureuse, qu'il parvient, ce qu'il n'arrivait pas à faire avant, à arrêter de fumer, à faire de meilleurs efforts sur son alimentation et son activité sportive. Mr Leje a bien cette conscience du fait qu'il faille, avec la pathologie somatique, régulièrement trouver les moyens de ce qu'il appelle « se réinventer » :

« Mon infarctus ça a été le premier coup de massue puisque ça m'a fait arrêter ce qui était ma vie d'avant. J'ai redéveloppé une autre vie moins...moins sympathique bon, boum, AVC donc rebelotte on refait un truc, dans la foulée boum artérites et à chaque

⁸⁰² S. Freud, « Psychologie des masses et analyse du moi », art cit, p. 78.

fois je suis obligé de me réinventer machin. [...] mais bon je rebondis à chaque fois donc ce n'est pas... Ce n'est pas plus un problème que ça. »

De nombreuses substitutions sont donc possibles, les destins des différentes pulsions influant sur les autres. Nous pouvons par exemple repérer chez de nombreux participants ce que nous avons déjà noté chez Mme Kcoa, à savoir une perte de l'intérêt pour la cigarette au moment d'une hospitalisation. De même, plusieurs participants disent ne pas souffrir de la privation de cigarette lorsqu'ils sont à l'hôpital, la charge libidinale étant retirée de l'objet cigarette pour être captée par l'organe malade. Certains liens entre les pulsions se retrouvent ainsi de manière transversale pour les participants de la cohorte, permettant d'envisager des liens particuliers entre des activités n'ayant de rapport que pulsionnel. Mr Chez et Mr Deht, ainsi que d'autres, notent particulièrement bien comment l'activité de manger et l'activité de fumer peuvent agir comme des canaux communicants. Mr Chez mange pour soulager l'envie de fumer, Mr Deht fume pour garder la ligne et moins manger :

« Consciemment je n'en ai pas envie, mais inconsciemment d'un seul coup, je deviens un peu fébrile et quelque chose me manque et je comprends que c'est ça donc je m'en vais. Voilà. Là c'est les autres, mais sinon, ma journée, etcetera, et que si vraiment il y a quelque chose qui manque, surtout après le repas, parce que c'était très lié à ce genre de choses, je prends un bonbon ou un truc, un petit fruit, une amande, enfin des trucs comme ça, petits substituts, mais j'en ai de moins en moins besoin. » (Mr Chez)

« ...le Dr (nom) me dirait demain d'arrêter de fumer, j'arrêtera de fumer, j'en prends deux fois par jour, donc ce ne serait pas difficile d'arrêter. Je garde ces 2-3 pour le plaisir et pour la ligne, parce que c'est un coupe-faim quand même (rires) », (Mr Deht)

Par les formations réactionnelles, les transpositions pulsionnelles peuvent modifier profondément la personnalité du sujet. Ainsi Mr Chez, d'obèse, fumeur, sédentaire et se décrivant comme négligeant jusqu'à un passé récent, développe un intérêt intellectuel pour l'alimentation, se met à cuisiner, perd du poids, arrête de fumer, développe une aversion pour la cigarette et les fumeurs, et se met au sport, appréciant l'effort et la discipline. Voici ce qu'il rapporte de l'évolution de son rapport à l'activité tabagique :

« ...c'est vrai que moi des fois je me dis, ah ouais, tiens c'est vrai qu'il y avait ce...ce plaisir ou cette...cette complétude. Il y a un truc qui complète quelque chose », « j'ai fumé des mégots par terre », « Et partir, partir dehors en disant : "Je n'ai pas oublié mon paquet de clopes" ou rentrer : "Est-ce qu'il me reste des cigarettes ?" », « ...et s'il n'y a pas de cigarette, s'il n'y a pas la dose, s'il n'y a pas la possibilité, ben ça devient angoissant pour la personne. Ça, je m'en souviens très bien » (Mr Chez)

« Ça peut être...alors autant d'ailleurs, je peux rester à côté de fumeurs à l'extérieur, en plein air. A l'intérieur c'est hors de question. Surtout si c'est dans la maison où je vis, ça c'est...bon si quelqu'un...j'étais très tolérant, mais là c'est non. C'est...parce que je ne supporte plus vraiment l'odeur. L'odeur du tabac froid, dans le confinement », « Sinon je n'ai pas envie de me taper un truc qui pue. Et puis il y a un truc qui me gêne énormément c'est l'haleine des gens. Dégueulasse, hein franchement c'est ignoble. »,

« Une fois je m'étais arrêté, ouais presque 6 mois et...en tout cas même les premiers mois, enfin les premiers...même les premières semaines, j'étais là en me disant, mais je vois des gens qui fument, quelle stupidité, mais enfin ils ne se rendent pas compte etcetera, "mais vous savez ce que vous fumez ?" Parce que...mort de rire quoi, ah oui tu fumes un cancer du poumon quoi, ou un cancer de la gorge, parce qu'il y a les trucs horribles. Enfin ceci dit c'est complètement con hein » (Mr Chez)

Un même retournement a lieu quant à l'alimentation et au sport :

« ...un régime alimentaire n'importe quoi », « Ben, parce qu'avant, non, mais avant j'étais avant. Avant ça, même un petit peu avant et enfin, je vivais...j'étais très négligeant », « Et c'est pareil, le sport j'aurais pu aussi avoir une autre vie voilà, mais bon. Après, j'ai bouffé comme un chancre je n'ai pas fait de sport, je prenais ma bagnole pour faire 500 mètres, voilà » (Mr Chez)

« Donc là j'ai un entraînement régulier, une activité sportive régulière et j'en ressens effectivement les points positifs, les bienfaits et j'en suis même à être dans un état de manque relatif quand je ne le fais pas quoi. En tout cas je sens très bien que ça ne va pas quoi, qu'il faut que je me ré-entraîne. Et effectivement j'ai repris un peu plus d'endurance, un peu plus de force, etcetera. Bon, donc c'est...depuis cet accident, depuis...on va dire une remise en marche, un entraînement progressif, mais bon, je me sens vraiment améliorer, voilà », « Voilà bien mieux et bien mieux entraîné, avec des meilleures performances qu'il y a peut-être même 10 ans, à la limite et je suis complètement sorti du champ de la sédentarité pour être un peu, quand même, plus actif et m'entretenir un peu plus, voilà. Et j'en ressens vraiment les bienfaits », « Des fois j'ai faim, j'ai une fringale, un peu comme justement avoir envie de fumer, mais j'arrive à contrôler quoi. J'arrive aussi à perdre du poids très rapidement. En faisant super attention à un moment, mais sans...sans me faire de mal quoi. Sans frustration, sans douleur...pas trop. Mais, bon donc j'arrive à contrôler, et là je contrôle. Bon, là je sais que là il y a 2-3 kilos, mais que je peux les perdre, donc...au moment où je vois que ça monte, je fais super attention, je reviens à moins manger, etcetera. » (Mr Chez)

Les transpositions pulsionnelles s'expriment ainsi parfois par des changements de personnalité ou de caractère, ce qui justifie que la catégorie « Changements identitaires induits » concerne autant les déstabilisations entraînées par la pathologie somatique, que les possibilités de remobilisation libidinale pour y faire face. Si certaines caractéristiques sont perdues, comme nous l'avons étudié dans la partie précédente, d'autres sont également gagnées. Elles peuvent l'être de manière durable, comme cela semble être le cas pour Mr Chez, ou uniquement de façon transitoire afin de compenser un refusé plus temporaire.

Mme Glaa soulage sa frustration de ne plus pouvoir bouger en essayant de maîtriser son entourage. A défaut de pouvoir se décharger dans le mouvement, la pulsion d'emprise trouve un nouvel objet, sa femme de ménage :

« Et là, je me retrouve avec ce bras pendant des mois, complètement...comme ça. Et on en vient toujours au même truc, c'est que là, j'avais une femme de ménage. [...] Et

du fait d'être handicapée avec ce bras, je devenais infernale. Je reprenais tout ce qu'elle faisait, mais elle me disait "mais arrêtez, je vais finir par ne plus venir, moi. Parce que ça ne va pas hein ? Ce n'est pas possible" [...] Et c'est pour ça qu'elle a supporté pendant deux mois, elle m'a supportée. Parce que franchement, si elle ne m'avait pas connue et qu'elle me connaissait simplement pendant cette période-là, la fille elle serait... je pense qu'il y en aurait eu des dizaines qui seraient passées hein, pendant les deux mois. Parce que ce n'était pas possible, j'étais infernale. » (Mme Glaa)

Certaines activités peuvent permettre l'assouvissement de plusieurs pulsions. L'intérêt prononcé de Mr Chez pour l'alimentation permet de satisfaire autant une curiosité intellectuelle que de permettre un plaisir d'organe, d'abord hallucinatoire – il est connu que cuisiner ou parfois même parler de nourriture, coupe ou permet de supporter la faim – puis réel par l'alimentation. L'action de la pulsion de savoir « correspond d'un côté à un mode sublimé de l'emprise, d'un autre côté elle travaille avec l'énergie du plaisir-désir de regarder. Cependant, ses relations avec la vie sexuelle sont particulièrement significatives, car nous avons appris de la psychanalyse que la pulsion de savoir des enfants est attirée avec une précocité insoupçonnée et une intensité inattendue par les problèmes sexuels, qu'elle n'est peut-être même éveillée que par eux »⁸⁰³. Chez Mr Liam, activité intellectuelle et pulsion sexuelle sont particulièrement liées, l'activité intellectuelle étant un moyen utilisé par lui pour charmer les femmes qu'il courtise.

« Oh, il y a longtemps parce que j'ai beaucoup de lectures, beaucoup de choses, je vois beaucoup de chose, j'analyse beaucoup... je fais... parce que ça fait partie de la vie, je suis obligé de le dire. [...] Donc j'ai analysé le monde qui m'entoure et la connaissance de ce monde d'aujourd'hui qu'on voit aujourd'hui. [...] Sa sœur, je lui ai dit "tout ce qui arrive aujourd'hui, l'islam, la mondialisation, tout". [...] J'ai dit "tu verras la Chine dans 30 ans, tu verras l'islam dans 30 ans". Là maintenant elle arrive, la sœur hein ? Elle arrive chez moi [...] Elle me dit "tais-toi Nostradamus je ne veux pas savoir la suite". Parce que tout ce que je lui ai dit, c'est arrivé. » (Mr Liam)

Voici donc quelques remaniements de l'économie libidinale que nous avons pu observer chez les participants de l'étude, mobilisés pour faire face à la pathologie et au vieillissement.

4.3. Rétablissement d'un équilibre plutôt que relance des investissements

La notion de déprise mettait l'accent sur un certain nombre de procédés cognitifs : l'adaptation, la sélection, l'optimisation, etc. Certains participants notent en effet consciemment la nécessité de changer, de s'adapter, face aux multiples déceptions, privations et interdictions dont ils font l'expérience.

« Donc après, se réinventer c'est aussi ben, retrouver un périmètre d'activité, qu'est-ce que je peux faire, qu'est-ce que je dois éviter, euh... comment je dois faire pour manger mieux pour, ben pour soulager la rééducation et ainsi de suite. [...] dans un premier

⁸⁰³ S. Freud, « Trois essais sur la théorie sexuelle », art cit, p. 130.

temps donc j'ai eu des années légume, qui ne me convenaient pas du tout quoi, non, non là justement il était... enfin surtout psychologique, plus que physique même. Parce que comme je vous dis ce n'est que de la tuyauterie au niveau physique [...] mais, non, non ça a été un gros changement. L'AVC a été moins important parce qu'il n'y a pas eu du tout de séquelles donc, bon c'était juste un rappel à l'ordre qu'il fallait que je fasse autre chose. Mais l'artérite c'est de nouveau un gros truc parce que là, c'est pour le coup que le peu que je pouvais faire comme activité physique, maintenant ben c'est encore plus compliqué quoi. Et c'est très pénalisant. Donc il faut que je repense... [...] il faut que j'apprenne à gérer... [...] Alors, donc ça c'est aussi... mais on en revient toujours à l'aspect psychologique c'est-à-dire que ou vous laissez tomber, vous dites "je m'en fous" ou vous vous dites, "bon ben je vais faire avec ce que j'ai quoi". » (Mr Leje)

Ces stratégies cognitives peuvent être comprises comme des processus de pensée et de réflexion mobilisés par le moi dans sa quête d'établissement de constructions, vers un nouvel équilibre. Ces concepts mettent plus l'accent sur les mécanismes psychologiques de surface. Le moi dispose d'une certaine connaissance de son propre fonctionnement, et peut mobiliser des moyens, dont certains sont conscients, pour favoriser des changements et s'adapter à la réalité.

Mais le moi n'est pas seul maître en la demeure, et, aussi fort puisse-t-il être, ne dispose que d'une marge de manœuvre limitée pour atteindre ses buts.

« Oui, oui. Oui oui, je vous ai dit, j'ai essayé les patchs, etcetera, donc, j'ai essayé la cigarette électronique. Bon je... je suis, je suis addict à la cigarette ça il n'y a pas de doute. Et je... je n'arrive pas à dire : "Bon ben c'est fini, demain terminé, j'arrête." Il y a peut-être un problème de volonté aussi. Voilà, si, si sûrement. Mais bon, comme dirait l'autre "on fait ce qu'on peut avec ce qu'on a." » (Mr Paut)

Malgré la volonté consciente d'arrêter, d'autres forces, pulsionnelles, surmoiïques, de réalité, sont agissantes pour Mr Paut. Nous avons fait le constat de tels conflits et rapports de force entre instances à l'œuvre dans la vignette clinique de Mme Kcoa. Les stratégies du moi sont limitées, et parfois vaines, si elles ne s'accompagnent par de remaniements pulsionnels profonds modifiant les rapports de force entre le Moi, le Ça, le Surmoi et la réalité. « Par la mise en circuit des processus de pensée, [le moi] obtient un ajournement des décharges motrices et il exerce sa domination sur les accès à la motilité. Cette dernière domination est assurément plus formelle que factuelle, le moi dans la relation à l'action a en quelque sorte la position d'un monarque constitutionnel, sans la sanction duquel rien ne peut devenir loi, mais qui y regarde à deux fois avant d'apposer son veto à une proposition du Parlement. [...] Mais d'un autre côté nous voyons ce même moi comme une pauvre créature qui est soumise à trois sortes de servitudes et subit par conséquent les menaces de trois sortes de dangers, provenant du monde extérieur, de la libido du ça et de la sévérité du sur-moi. »⁸⁰⁴

⁸⁰⁴ S. Freud, « Le Moi et le Ça », art cit, p. 298.

Les pathologies somatiques et le vieillissement peuvent fragiliser le sujet et exposer sa précarité en provoquant des occasions de refus. Trouver un nouvel équilibre ne sera parfois possible que lorsqu'un événement particulièrement intense – nous pensons par exemple à l'arrêt cardiaque de Mr Chez, ou à l'amputation de Mme Kcoa – frappe le sujet et remet en cause la synthèse et l'équilibre libidinal adopté par le passé. Ce dont Mr Paut a l'intuition inconsciente : est perceptible chez lui l'idée que seul un diagnostic de cancer pourrait avoir une force suffisante pour entraîner un arrêt du tabagisme. Un même événement ne déstabilisera pas également les différentes personnes : Mr Leje et Mr Liam continueront tous deux à fumer après avoir été atteints, pour l'un d'un arrêt cardiaque et d'un AVC, pour l'autre de multiples arrêts cardiaques. En revanche, c'est une rencontre amoureuse qui permettra à Mr Leje de remanier globalement son équilibre pulsionnel. Certains événements peuvent donc rendre possibles des remaniements pulsionnels en déstabilisant le statut quo entre instances psychiques.

De nombreux changements sont possibles dans la vie pulsionnelle, avant que ne soit nécessaire une réorganisation topique ou que ne soit entraînée une désorganisation de l'économie libidinale. Il s'agit bien de la capacité de maintenir ou de rétablir un équilibre malgré les embûches que la pulsion rencontre sur la voie vers la satisfaction ou la liaison.

Ces possibilités de remaniement pulsionnel découlent en dernier ressort de la traversée de l'Œdipe, de la diversité et de la qualité des processus psychiques développés à cette occasion, et du nombre et de la force des fixations instaurées. L'organisation œdipienne consiste pour Parat, non en l'unique mode de structuration, mais en le mode de structuration le plus évolué qui existe. Tout le monde n'atteindra pas forcément une organisation génitale de la libido, et ne disposera pas également des divers moyens psychiques dont nous avons pointé l'importance pour faire face au refus. En retour, même les personnes les plus normales ou saines ne sont pas exemptes de fixations. Freud nous rappelle en effet que « nous sommes tous malades, c.-à-d. névrosés, car les conditions nécessaires à la formation du symptôme peuvent être mises en évidence chez les normaux aussi »⁸⁰⁵. Chaque phase antérieure de la psycho-sexualité, chaque vague de pulsionnalité reste dans une certaine mesure agissante au sein de la psyché. « Si, antérieurement, nous soulignons surtout la façon dont l'une d'elles [phases] passe quand arrive la suivante, notre attention va à présent aux faits qui nous montrent quelle part de chaque phase antérieure reste conservée à côté et derrière les configurations ultérieures, acquérant une représentance durable dans l'économie de la libido et dans le caractère de la personne »⁸⁰⁶. Certaines personnes auront plus de difficultés que d'autres à rétablir un nouvel équilibre. Certaines personnes, nous y reviendrons plus loin, n'y parviendront pas. Pour tous, il s'agit d'un équilibre fragile.

⁸⁰⁵ S. Freud, « Leçons d'introduction à la psychanalyse », art cit, p. 371.

⁸⁰⁶ S. Freud, « Nouvelle suite des leçons d'introduction à la psychanalyse », art cit, p. 182.

5. Conclusion intermédiaire

Nous voulions dans ce chapitre mettre l'accent sur les relances des investissements et la remobilisation libidinale repérées chez les participants de l'étude après que les événements de la pathologie somatique et du vieillissement les ont exposés au refus.

Ces résultats ont vocation à faire contrepoint à deux propos. Les nôtres, d'abord, dans la seconde partie de cette thèse. Nous y avons mis l'accent sur tous les facteurs de perturbation de l'équilibre pulsionnel, identificatoire, identitaire potentiellement impliqués par la pathologie somatique et le vieillissement. Se focaliser de cette manière sur ces événements qui sont parfois extrêmes – comme cela est souvent le cas dans les études sur la pathologie somatique et le vieillissement –, peut faire courir le risque de dresser un tableau apocalyptique et mortifère qui ne rend pas compte de la conservation de l'élan vital chez les patients. Nous voulions également faire contrepoint à des représentations communément partagées qui dépeignent l'âge comme une personne qui tantôt « s'affaiblit, déchoit, décline, devient gâteux »⁸⁰⁷, tantôt évoque « la noblesse, la sagesse, la dignité »⁸⁰⁸. Représentations duelles de la personne âgée trouvant écho dans certaines contributions psychanalytiques opposant d'un côté des attitudes de refus, de déni, de régression aux plaisirs partiels, et de l'autre des attitudes déssexualisées de tendresse, de comportements « sénatoriaux »⁸⁰⁹, d'« idéalisation sublimante »⁸¹⁰ et de « créativité ».

Le risque de ces conceptions est d'enfermer les personnes malades et vieillissantes dans des schémas mortifères n'accordant pas leur place à ce qui pourtant constitue selon nous le rempart principal contre la désorganisation à laquelle expose les affections organiques. Il s'agit bien de mettre l'accent, non seulement sur les activités déssexualisées, mais sur toutes les activités quotidiennes et banales qui mobilisent l'élan vital, éveillent le désir, sont sources de plaisir.

Il s'agira donc, selon nous, d'accorder de la valeur à tous les processus psychiques et réaménagements pulsionnels, aux substitutions et aux modifications de caractère, des plus petites habitudes à celles les plus nobles, des changements les plus globaux aux plus isolés. Tous les réinvestissements peuvent avoir de l'importance, être impliqués dans le fait de supporter le refus et de participer à la remobilisation libidinale. Même les activités qui s'apparenteraient à première vue à des régressions, comme le fait de « s'éclater » à fumer des cigarettes, nous paraissent pouvoir participer de la synthèse des tendances de l'individu, et donc de l'équilibre pulsionnel global. Certains plaisirs peuvent être maintenus ou peuvent émerger sans que la personne tombe dans la perversion, sans que l'organisation génitale de la personnalité et l'équilibre libidinal soient remis en question. En parallèle, même les activités en apparence les plus nobles peuvent relever d'une synthèse de différents courants pulsionnels, génitaux et pré-génitaux, inhibés et non inhibés quant au but, et donc participer de l'élan vital mobilisé malgré la confrontation à la précarité. Il ne nous paraît donc pas inutile de rappeler ici les propos de

⁸⁰⁷ G. Balbo, « D'un vieillissement outre âge », art cit, p. 83.

⁸⁰⁸ *Ibid.*, p. 84.

⁸⁰⁹ J. Bergeret, « La deuxième crise d'adolescence. Sénescence et crise d'identité. », art cit, p. 73.

⁸¹⁰ P.-L. Assoun, « Le vieillissement saisi par la psychanalyse », art cit, p. 178.

Verdon, que nous avons déjà cité dans le chapitre 6 : « Des figures de la sublimation aux expériences de jouissance physique, de la mobilisation du courant tendre à celle du courant sensuel, du plaisir connu avec l'autre au plaisir que l'on se donne, de l'investissement d'objets d'aujourd'hui aux expériences de satisfaction avec des objets de jadis, partiels et totaux, les sources et les objets du désir de la femme et de l'homme vieillissants sont pluriels, bien plus riches que les images de processus involutif global dans lesquels les représentations populaires, par simplification, par habitude ou par résistance, tendent à enfermer la vieillesse »⁸¹¹.

Ces différentes occasions de remobilisation libidinale sont apparues derrière certaines catégories d'analyse, comme « Les loisirs », « Parcours de vie », « L'entourage et les proches », « Description et investissement du tabagisme », « Autres comportements liés à la santé », « Capacités motrices et usages du corps », c'est-à-dire notamment les catégories dans lesquelles les personnes parlaient de « La vie hors maladie ». Nous avons isolé les ressorts libidinaux de ces différents secteurs de vie et activités grâce à des contributions théoriques aidant à la compréhension des mécanismes psychiques sous-jacents à ces activités banales et quotidiennes : le tabagisme, le travail, l'amitié et l'amour. Ces manifestations de vitalité par-delà les expériences de précarité nous ont semblé mériter d'être longuement mentionnées, surtout car elles nous semblent négligées dans la littérature – en dehors du concept sociologique de « déprise » – alors même qu'elles sont au cœur des possibilités du vivre malgré les outrages vécus du fait d'évènements extrêmes tels que la pathologie et le vieillissement. Investir sa vie en dehors de la maladie et en dehors de l'hôpital, aussi simple que cela puisse à première vue sembler, nous paraît essentiel dans la possibilité de vivre malgré notre précarité intrinsèque.

Nous synthétisons le lien entre les notions et les catégories d'analyse dans le tableau 12.

⁸¹¹ B. Verdon, *Le vieillissement psychique*, op. cit. Empl. 907.

Tableau 12 La remobilisation libidinale : liens entre les notions et les catégories	
La vie hors maladie	Etats du corps et maladie
<p>"Parcours de vie" Maintien, adaptation ou reprise de projets professionnels, activités post-retraite. Déménagements, projets de vie</p> <p>"Relations avec les proches" Nouvelles ou anciennes relations. Amours, Amitiés, Famille, Transmission, Partage</p> <p>"Loisirs" Alimentation, Cuisine, Télévision, Lecture, Intérêts intellectuels, Repos, Voyages, Fêtes</p> <p>"Culture, Religion, Politique" Maintien inscription dans le monde, intérêts, lectures, engagement.</p>	<p>"Capacités motrices et usages du corps" Remobilisation libidinale. Déprise, Reprise. Réinvestissement, adaptation, réaménagements, déplacements. Changements des objets et des buts pulsionnels.</p> <p>"Changements identitaires induits" Réadaptation vers des buts déssexualisés (traits de caractère, expression de la subjectivité)</p> <p>"Imaginer ce qui aurait pu être" Refusement rendu supportable grâce au fantasme, hallucination du désir pour apaiser temporairement la souffrance</p>
Participer à un essai clinique	Gérer sa santé
Prise en charge médicale	"Description et investissement du tabagisme" Importance de l'assouvissement pulsionnel. Plaisir. Adaptation des moyens
L'avenir et la mort	"Autres comportements et activités" Maintien des plaisirs, non observance des prescriptions médicales, créativité pour adaptation des plaisirs
-	

La possibilité d'investir la vie hors maladie sera essentielle pour expliquer l'expérience du dépistage. Mais avant de pouvoir tirer les conclusions qui s'imposent de ces développements, en ce qui concerne l'expérience des procédures de dépistage, nous nous intéresserons à un nouveau champ du travail psychique rendu nécessaire par la confrontation à la précarité. Nous nous sommes ici consacrée à la possibilité de réinvestir, à la possibilité de maintenir ou de retrouver des possibilités de satisfaction libidinale. Ces possibilités de reprise sont également liées aux mécanismes psychiques concomitants d'abandon, de libération des énergies psychiques.

Chapitre 8.

Des mesures de préservation face à l'expérience de la précarité

Nous continuons à nous demander dans ce chapitre comment les personnes peuvent vivre avec leur condition précaire d'homme mortel. Comment peuvent-elles continuer à vivre alors qu'elles font l'expérience d'affections corporelles qui les déstabilisent, qui perturbent leur économie psychique, qui exposent au désétayage, au débordement du fait du refus ?

D'abord, comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, elles le peuvent grâce à la mobilité des buts et des objets des pulsions qui, dans le meilleur des cas, peuvent trouver d'autres voies de décharge et de satisfaction par une mobilisation des capacités psychiques développées lors du développement psychosexuel. L'établissement de nouveaux compromis, l'atteinte de nouveaux équilibres permet de continuer à mobiliser l'élan vital et de contrebalancer les effets mortifères du vieillissement et de la maladie.

Dans ce chapitre, nous voulons mettre l'accent sur d'autres éléments essentiels permettant de vivre malgré les diverses occasions qui jalonnent l'existence où la précarité est exposée. Il s'agit cette fois de mesures de protection et de compensation que nous avons pu observer chez les participants de l'étude, pour faire face à la précarité.

Nous ne sommes pas directement parvenue à ces résultats, qui ont émergé au fil de l'analyse et de l'écriture. Comme dans le chapitre précédent, nous avons d'abord envisagé différentes hypothèses issues des propositions théoriques d'auteurs étudiant le travail du vieillir, qui nous ont aidée à naviguer et à faire sens de l'expérience des participants, bien qu'il ait fallu parfois nous en décaler. Il ne s'agit ici plus des propositions sur la remobilisation libidinale et la sublimation, mais des propositions théoriques sur les notions qui leur sont liées : le deuil et le renoncement. Rappelons en effet que plusieurs auteurs présentent le travail du vieillir comme l'adjonction de deux mouvements concomitants : un abandon et une récupération. Les renoncements ont, dans ces théorisations, un double statut de nécessité pour le vieillissement sain : ils relèveraient d'une part d'une adaptation à la réalité, et permettraient d'autre part de libérer les quantums de libido nécessaires à la relance des investissements. Le renoncement concernerait alors les investissements d'objet, les investissements des parties du corps, l'investissement du moi. Il s'agirait pour le sujet, tantôt d'abandonner le désir de maîtrise, la volonté de toute-puissance, la volonté de jouissance, la représentation narcissique du corps ou le narcissisme en lui-même, tantôt d'accepter la fragilité, la détérioration, la perte de la jeunesse, la perspective de la mort, les limites et le négatif en soi. En retour, la récupération – dont la sublimation est le maître mot – est présentée comme ce qui permettrait de continuer à investir malgré la réduction des possibilités d'investissement, en soi et en dehors de soi.

Le premier point de ce chapitre sera consacré à une discussion sur diverses acceptations des termes de renoncement et de deuil. Nous questionnerons la possibilité d'utiliser le terme « deuil » concernant les parties du corps et le moi lui-même. Nous interrogerons, au prisme de l'expérience de Mme Taac, de Mr Leje, et de Mr Paut, l'idée de la nécessité d'un abandon ou d'une renonciation narcissique comme issue du vieillissement heureux. Puis, dans le second point, nous étudierons le rapport des participants de l'étude à la mort et à la finitude. Il apparaîtra que, contrairement à certaines propositions théoriques, l'acceptation consciente de la mort ne dispense pas de néanmoins s'en défendre. Un détour par la psychologie collective nous éclairera sur les différents procédés de protection mobilisés par les personnes vis-à-vis de la mort, le rapport à la mort étant profondément inscrit dans la culture. Le troisième point sera consacré à l'étude de l'idéal du moi, de sa fonction dans la psyché, de son lien à la toute-puissance et à la finitude, et nous permettra de circonscrire ce que nous avons appelé des mesures de préservation, qui correspondent aux moyens psychiques mobilisés pour continuer à vivre malgré la précarité. L'étude des entretiens avec les personnes nous mène à penser que le sujet ne renonce jamais volontiers, ne sacrifie jamais volontairement ses gratifications narcissiques. La capacité à renoncer nous semble liée à la capacité de compenser, de conserver : ces points nécessiteront l'étude de la fonction de l'Idéal du moi dans son rapport à l'instance régulatrice du surmoi. Nous présenterons différentes mesures de préservation mobilisées par les personnes, alliant procédés de protection et de compensation, qui leur permettent de vivre dans la précarité qui leur est intrinsèque du fait de leur condition d'homme mortel.

1. Deuil, renoncement, acceptation de la finitude

Nous commencerons ici par discuter, à la lumière de quelques cas cliniques, certains usages fréquents des notions de deuil et de renoncement dans le cadre du vieillissement. Cela nous aidera à circonscrire la place du renoncement dans l'expérience des participants de l'étude, et donc à mieux comprendre comment ils peuvent vivre face aux expériences les privant des moyens divers de satisfaction libidinale notamment narcissique.

1.1. Perte des objets d'amour et des parties du corps propre

Il nous semble qu'il existe parfois, dans le champ d'étude du vieillissement, une équivalence qui n'est souvent qu'implicitement établie entre renoncement, deuil, et désinvestissement. Face aux épreuves de la pathologie somatique et du vieillissement, le sujet devrait désinvestir, et donc renoncer aux objets d'amour qu'il investissait par le passé et qui se dérobent à lui. Il devrait également renoncer à certaines fonctions et parties corporelles dont l'usage est remis en cause.

Tous les participants mentionnent en entretien au moins une personne de leur entourage étant décédée par le passé. Mr Chez et Mr Liam mentionneront le décès de plus de 10 personnes dans leur entourage immédiat et plus élargi. Il est néanmoins difficile de rendre compte d'un travail de deuil chez les membres de la cohorte, à distance de l'évènement, le deuil étant un

processus psychique dans le meilleur des cas transitoire. La meilleure preuve de l'effectuation d'un travail de deuil est dès lors le constat de l'absence d'une pathologie du deuil. « L'expérience de la mort de l'autre » a tout de même émergé comme catégorie d'analyse. Mais ces informations nous ont parues plus pertinentes en ce qui concerne l'impact du décès et de la maladie des proches des personnes sur leur sentiment de précarité personnel. Il est en effet significatif que, lorsque nous interrogeons les personnes sur leur propre possibilité d'être malade à l'avenir, toutes mentionnent la maladie et le décès de leurs proches. La fragilité des autres nous ramène à notre propre précarité – nous avons abordé cela dans la partie précédente. En ce qui concerne le travail de deuil des personnes aimées, nous n'avons pas de commentaire particulier à faire par rapport à la nécessité d'effectuer ce travail dans le but de remobiliser la libido. « Le deuil, nous dit Freud, est régulièrement la réaction à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction venue à sa place, comme la patrie, la liberté, un idéal, etc. »⁸¹². « L'examen de réalité a montré que l'objet aimé n'existe plus, et édicte dès lors l'exigence de retirer toute libido de ses connexions avec cet objet »⁸¹³. « Chacun des souvenirs et des attentes, pris un à un, dans lesquels la libido était rattachée à l'objet, est positionné, surinvesti, et sur chacun est effectué le détachement de la libido »⁸¹⁴. « Après l'achèvement du travail de deuil le moi redevient libre et non-inhibé »⁸¹⁵.

Dans le cadre des études sur le vieillissement, une nouvelle utilisation du concept de deuil apparaît. Il est appliqué cette fois aux parties du corps, ou encore aux fonctions du moi et du corps. Selon Talpin, le deuil serait possible sur les parties du moi qui peuvent devenir conscientes, et repose sur un « clivage fonctionnel ». Il note : « Vieillir, entend-on souvent dire, en particulier par des sujets âgés, c'est perdre. Perdre des objets d'amour, bien sûr, mais aussi des fonctions physiques ou psychiques. Il faut bien en faire son deuil, entend-on encore dire, jusque chez les professionnels du soin. Cette idée du deuil d'un membre, d'un organe, d'une fonction cognitive (par exemple la mémoire) sera ici interrogée à partir de l'hypothèse que l'on ne fait pas le deuil d'une composante (physique ou psychique) de soi, de ce qui contribue au soutien du sentiment d'identité, comme on fait le deuil d'un objet d'amour »⁸¹⁶. Il faudrait, pour envisager le deuil des fonctions du moi, prendre en compte la nature de l'investissement des parties de soi, en fonction des individus, et pour un même individu, en fonction de la fonction de la partie investie. « Ainsi, dans la clinique gériatrique et géronto-psychiatrique, il ressort que la perte de la marche, de la continence sphinctérienne, de la mémoire... n'ont pas la même résonance ni structurellement ni individuellement. La perte de l'efficacité d'une fonction et le deuil de celle-ci (qu'elle soit perdue partiellement ou totalement) peut être vécue sur le mode de l'amputation, de la castration. Elle peut aussi connaître des destins différents ; soit ce qui demeure doit fonctionner comme avant la perte, à l'identique, manière pour le moi de garder une identité d'apparence ; soit elle peut provoquer un travail de réorganisation, de réaménagement de ce qui, du moi, reste »⁸¹⁷. Si Talpin

⁸¹² Sigmund Freud, « Deuil et mélancolie » dans *OCF XIII (1914-1915)*, 3e édition., Paris, PUF, 2005, p. 263.

⁸¹³ *Ibid.*, p. 264.

⁸¹⁴ *Ibid.*, p. 265.

⁸¹⁵ *Ibid.*

⁸¹⁶ J.-M. Talpin, « Deuil partiel, deuil total », art cit, p. 57.

⁸¹⁷ *Ibid.*, p. 59.

reconnaît qu'on ne fait pas le deuil d'une partie de soi comme on fait le deuil d'un objet d'amour, la différence se situe selon lui dans le fait de la nécessité ou non d'un clivage du moi dans l'effectuation du processus. Le deuil d'une partie du corps ne pourrait être que partiel, dans la mesure où la partie du corps est investie de libido narcissique – et non objectale – le détachement nécessitant donc un clivage fonctionnel du moi. « Le deuil d'une partie de soi n'est jamais effectué qu'en partie à cause de la nature essentiellement narcissique de l'investissement »⁸¹⁸.

Nous nous accordons avec Talpin lorsqu'il dit que le travail psychique conséquent à la perte d'une personne aimée diffère de celui conséquent à la perte d'une partie ou d'une fonction du corps ou du moi. Il nous semble en revanche que cela aille jusqu'à remettre en question la possibilité de parler de deuil, en fonction du statut de ce qui est perdu. Le deuil, nous rappelle Hanus, est dans le langage courant un terme polysémique. Il concerne l'état dans lequel nous met la perte d'un être aimé (« la nature de l'être perdu qui n'est pas nécessairement une personne »⁸¹⁹), un ensemble de comportements et conduites sociales individuelles et collectives, et enfin un travail psychique. Freud fait en effet du deuil un concept dont la définition permet l'identification de coordonnées d'un travail psychique nécessaire dans une situation donnée, concept qui gagne par-là une pertinence clinique en cernant les facteurs de réussite et d'échec de ce travail. Le concept de deuil tire donc sa pertinence de son utilisation dans le contexte bien précis auquel il se rapporte. Selon Klein, l'évolution du Moi « va de pair avec un changement de la plus haute importance : d'une relation à un objet partiel, on passe à une relation à un objet complet. En franchissant cette étape, le moi atteint une nouvelle position, qui donne son assise à la situation que l'on appelle perte de l'objet. En effet, la perte de l'objet ne peut pas être ressentie *comme une perte totale* avant que celui-ci ne soit aimé comme un objet total »⁸²⁰. Il nous semble que le deuil, en tant que mécanisme, ne peut s'appliquer qu'à un objet aimé, c'est-à-dire à un objet total, or « les appellations amour et haine ne sont pas utilisables pour les relations des pulsions à leurs objets, mais sont réservées à la relation du moi total aux objets »⁸²¹. Lorsque Freud aborde la question du deuil, il la rapproche toujours de la situation d'une perte de personne aimée – ou d'une abstraction venue à sa place, ce qui, selon Hanus, revient bien au même⁸²².

Les parties du corps sont bien investies libidinalement, et leur perte – qu'il s'agisse d'une perte réelle dans le cas d'une amputation, ou d'une perte fonctionnelle ou abstraite comme dans le cas d'une hémiplégie ou d'une fonction cognitive – provoque bien de la douleur. Nous avons d'ailleurs parlé en première partie d'un autre type de perte de parties du corps. Les parties du corps peuvent être perdues, pour le sujet, par leur captation par les vécus traumatiques, étranges et douloureux, ou par les pratiques médicales. Pour perdre son corps, avons-nous dit, encore faut-il l'avoir, ce qui n'est possible sans l'investissement libidinal se portant sur lui et ses parties.

⁸¹⁸ *Ibid.*, p. 58.

⁸¹⁹ Michel Hanus, « Le travail de deuil » dans *Le deuil*, Paris, PUF, 1998, p. 16.

⁸²⁰ Melanie Klein, « Contribution à l'étude de la psychogenèse des états maniaco-dépressifs » dans *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot & Rivages, 2005, p. 313.

⁸²¹ S. Freud, « Pulsions et destins de pulsions », art cit, p. 184.

⁸²² M. Hanus, « Le travail de deuil », art cit.

Nous n'investissons pas une jambe comme nous investissons notre rate ou notre appendice, leur perte n'est pas équivalente et n'entraîne pas le même travail psychique. Elle dépend de l'inscription de la partie du corps dans la géographie du corps libidinal. S'il est vrai que le traitement de la perte d'une partie du corps diffère en fonction de l'investissement qui est porté sur elle, en fonction de son inscription psychique, il nous semble qu'en aucun cas il ne puisse s'agir d'un travail de deuil. Excepté éventuellement quelques cas particuliers relevant de la perversion, nous n'aimons pas les parties de notre corps comme nous aimons un objet d'amour. Même à l'état auto-érotique, lorsque le moi se satisfait auto-érotiquement, les parties du corps étant à la fois les sources et objets de la pulsion, il ne s'agit pas d'amour. « Si nous ne sommes pas habitués à dire que la pulsion sexuelle prise isolément aime son objet, mais que nous trouvons l'utilisation la plus adéquate du mot « aimer » dans la relation du moi à son objet sexuel, cette observation nous enseigne que l'aptitude de ce mot à être utilisé dans cette relation ne commence qu'avec la synthèse de toutes les pulsions partielles de la sexualité sous le primat des organes génitaux et au service de la fonction de reproduction »⁸²³. La nature particulière de l'investissement des parties du corps est d'ailleurs bien perceptible dans l'article de Talpin, lorsqu'il aborde différentes conséquences de l'élaboration de la perte. Le mot « fonction » revient bien plus souvent que le mot « partie » ou « objet » et témoigne de l'écart entre les enjeux d'élaboration et de travail psychique nécessaires face la perte d'une partie du corps, et ceux nécessaires face à la perte d'une personne aimée.

Etudier le travail psychique entraîné par la perte de parties du corps précédemment inscrites dans la géographie du corps libidinal, et par-là impliquées dans l'agir expressif, dans la négociation des désirs et dans le commerce intersubjectif, nous emmènera sur une autre voie d'analyse que celle du deuil, ou même du renoncement. Parce qu'elle nous éloignerait de ces thématiques, nous laissons cette question de côté pour mieux y revenir dans le chapitre 9 (point 4).

Il nous paraissait pour l'instant nécessaire de distinguer élaboration de la perte et travail de deuil. Si dans les deux cas, il s'agira de traiter économiquement des montants de libido, la spécificité du travail de deuil repose bien dans le statut de l'objet, statut particulier de l'objet qui nécessite une élaboration particulière de la perte. Les notions de travail de deuil, d'élaboration de la perte, et de désinvestissement ne se recouvrent pas. Or utiliser le concept de deuil à propos des parties du corps impliquerait l'idée qu'il soit possible d'appliquer à ce champ les coordonnées théoriques identifiées par Freud et ses successeurs lorsqu'ils définissent le concept de deuil, ce qui, cliniquement, ne nous semble pas pertinent pour expliquer l'expérience des participants de cette étude, faisant face à leur précarité.

⁸²³ S. Freud, « Pulsions et destins de pulsions », art cit, p. 184.

1.2. Discussion de la notion de deuil du moi

Cette objection ne s'opposerait *a priori* pas à l'idée d'un « deuil du moi »⁸²⁴ qui équivaudrait à un « abandon »⁸²⁵ ou à une « renonciation narcissique »⁸²⁶. Du fait de la stratification de l'appareil psychique, le moi peut en effet se traiter comme un objet. « Le moi est pourtant bien ce qui est le plus proprement sujet, comment deviendrait-il objet ? Or il n'y a aucun doute qu'on le peut. Le moi peut se prendre lui-même pour objet, se traiter comme d'autres objets, s'observer, se critiquer et faire encore Dieu sait quoi avec lui-même. Alors une partie du moi se pose face au reste du moi. »⁸²⁷. La question qui demeure est : le moi peut-il – doit-il, lors du vieillissement – faire l'objet d'un deuil, d'un abandon ? Cette idée résonne avec celle d'un rééquilibrage nécessaire des investissements objectaux et narcissiques lors de la sénescence. Etudier l'hypothèse d'un deuil du moi ou d'un abandon du narcissisme, et par-là, mieux cerner la place du renoncement dans l'expérience de la précarité, nécessite que nous nous représentions mieux les enjeux de l'investissement du moi, et les possibilités de balancement entre libido narcissique et libido objectale dans l'économie psychique.

C'est, comme souvent, par l'étude de la psychopathologie que Freud sera amené à isoler la problématique du narcissisme. Il en vint à distinguer les psychonévroses – qui impliqueraient une utilisation problématique de la libido d'objet – et les pathologies impliquant un déséquilibre des investissements narcissiques et objectaux. « Tout comme les névroses de transfert nous ont permis de mener l'observation des motions pulsionnelles libidinales, de même la *dementia praecox* et la *paranoïa* nous rendront possible l'intelligence de la psychologie du moi. Une fois de plus, il nous faudra deviner l'apparente simplicité du normal à partir des distorsions et des grossissements du pathologique. »⁸²⁸. La schizophrénie relèverait, au niveau économique, d'une fixation au stade narcissique précoce, entraînant un détachement de la libido d'avec les objets et la mise en place d'une stase de libido narcissique, le chemin de retour de la libido vers les objets étant barré. Dans la mélancolie, un investissement d'objet est relayé par une identification, l'objet est érigé dans le moi. « Le moi propre se voit désormais traité comme l'objet abandonné et endure toutes les agressions et manifestations de la vengeance qui étaient destinées à l'objet »⁸²⁹. Quant à l'hypocondrie, elle s'explique économiquement par une concentration de la libido sur l'organe malade, au dépend des investissements du monde extérieur qui se vide de son intérêt. « L'hypocondriaque retire intérêt et libido — cette dernière avec une netteté particulière — des objets du monde extérieur et concentre les deux sur l'organe qui l'occupe »⁸³⁰. La schizophrénie,

⁸²⁴ M. Péruchon, « Travail de deuil du moi chez le sujet âgé », art cit ; H. Bianchi, *Le Moi et le temps, op. cit.* ; P.-L. Assoun, « Le vieillissement saisi par la psychanalyse », art cit.

⁸²⁵ H. Bianchi, « Travail du vieillir et "travail du trépas" », art cit, p. 619.

⁸²⁶ H. Bianchi, *Le Moi et le temps, op. cit.* ; M. Péruchon, « Travail de deuil du moi chez le sujet âgé », art cit.

⁸²⁷ S. Freud, « Nouvelle suite des leçons d'introduction à la psychanalyse », art cit, p. 141.

⁸²⁸ S. Freud, « Pour introduire le narcissisme », art cit, p. 226.

⁸²⁹ S. Freud, « Leçons d'introduction à la psychanalyse », art cit, p. 442.

⁸³⁰ S. Freud, « Pour introduire le narcissisme », art cit, p. 227.

la mélancolie et l'hypocondrie dépendraient donc d'un mauvais placement de la libido, d'une stase de libido du moi aux dépens de la libido d'objet.

Freud en vint à isoler des épisodes et moments de la vie quotidienne 'normale' dans lesquels peuvent être repérés de tels balancements entre libido narcissique et libido objectale. Ainsi, le sommeil consisterait, au niveau économique, en un moment quotidien de repli narcissique : « L'état de sommeil signifie aussi un retrait narcissique des positions de la libido sur la personne propre, ou, plus précisément, sur le seul souhait de dormir. L'égoïsme des rêves s'insère bien dans ce contexte »⁸³¹. Nous avons par ailleurs déjà parlé dans le premier chapitre de la tendance de l'organe malade à capter la libido narcissique : « [le malade] retire aussi son intérêt libidinal de ses objets d'amour, [...] il cesse d'aimer aussi longtemps qu'il souffre [...] le malade retire ses investissements libidinaux sur son moi »⁸³². Il en sera de même dans le deuil normal, transitoire. A l'inverse, c'est d'un abandon de la personnalité au profit de l'objet dont fait l'expérience l'amoureux passionnel : « nous reconnaissons que l'objet est traité comme le moi propre, que donc dans l'état amoureux une bonne mesure de libido narcissique déborde sur l'objet »⁸³³. Le moi, comme dans la formation en masse, s'abandonne à l'objet, ce que Freud développe longuement dans « Psychologie des masses et analyse du moi »⁸³⁴. Même si l'objet est impliqué dans l'état amoureux, comme dans la formation en masse, il est investi sur un mode narcissique, devient le dépositaire du narcissisme du sujet.

Ces différents états cliniques, durables ou transitoires, pathologiques ou normaux, mènent Freud à mieux cerner l'implication de la libido narcissique dans le fonctionnement psychique normal. De la libido narcissique est dépendante le fonctionnement du moi. Le moi, en lui-même, ne dispose pas de sa propre énergie. « Du point de vue dynamique, il est faible ; ses énergies, il les a empruntées au ça »⁸³⁵. Le grand réservoir de libido, dite narcissique en référence à ce moment de l'existence où ça et moi ne sont pas encore dissociés, relève plutôt du ça. Le narcissisme en lequel consiste le moi, est un narcissisme secondaire. La libido doit d'abord transiter par les objets, se transformer en libido d'objet, avant d'être rapatriée dans le moi. « Le ça envoie une part de cette libido sur des investissements d'objet érotiques, suite à quoi le moi renforcé cherche à s'emparer de cette libido d'objet et à s'imposer au ça comme objet d'amour. Le narcissisme du moi est ainsi un narcissisme secondaire, retiré aux objets »⁸³⁶. La libido est retirée du ça, par un remodelage de ses investissements, le moi se proposant lui-même comme objet d'amour du ça. La libido devient donc narcissique, le moi devient l'objet des pulsions, par le procédé bien connu de l'identification. « En tout cas le processus, surtout dans des phases de développement précoces, est très fréquent et peut rendre possible la conception selon laquelle le caractère du moi est un précipité des investissements d'objets abandonnés, contient l'histoire de

⁸³¹ *Ibid.*, p. 226.

⁸³² *Ibid.*

⁸³³ S. Freud, « Psychologie des masses et analyse du moi », art cit, p. 50.

⁸³⁴ S. Freud, « Psychologie des masses et analyse du moi », art cit.

⁸³⁵ S. Freud, « Nouvelle suite des leçons d'introduction à la psychanalyse », art cit, p. 159.

⁸³⁶ S. Freud, « Le Moi et le Ça », art cit, p. 289.

ces choix d'objet »⁸³⁷. Or, le moi a une importance fonctionnelle considérable. Nous nous contenterons de rapporter cinq citations freudiennes : 1/ « Ce système est tourné vers le monde extérieur, il fournit les perceptions qu'on en a, en lui apparaît, pendant son fonctionnement, le phénomène de la conscience. C'est l'organe sensoriel de tout l'appareil, du reste non seulement réceptif aux excitations venues de l'extérieur, mais aussi à d'autres qui proviennent de l'intérieur de la vie d'âme. »⁸³⁸, 2/ « Le moi domine les accès à la motilité, mais il a intercalé, entre le besoin et l'action, le travail de pensée, cet ajournement pendant lequel il exploite les restes mnésiques de l'expérience »⁸³⁹, 3/ « Il a pour tâche l'auto-affirmation, et il l'accomplit en direction de l'extérieur, en apprenant à connaître les stimuli, en emmagasinant (dans la mémoire) les expériences faites à leur sujet, en évitant (par la fuite) les stimuli excessivement forts, en faisant face (par l'adaptation) aux stimuli modérés et, finalement, en apprenant à modifier à son avantage le monde extérieur de façon appropriée (activité) »⁸⁴⁰, 4/ « [il] acqu[isi]ère la domination sur les revendications pulsionnelles, en décidant si celles-ci doivent être admises à la satisfaction, en différant cette satisfaction jusqu'à des moments et circonstances favorables dans le monde extérieur, ou en réprimant totalement les excitations provenant d'elles. »⁸⁴¹, 5/ « cette chose difficilement définissable qu'on appelle caractère est à attribuer entièrement au moi »⁸⁴².

Freud en arrive à une représentation des échanges entre libido narcissique et libido objectale dans le fonctionnement psychique. Il note que « la majeure partie de [la] libido demeure en permanence dans le moi »⁸⁴³. A partir de ce grand réservoir sont émis les investissements d'objet, qui sont à nouveau rentrés dans le moi, « comme le fait un corps protoplasmique avec ses pseudopodes »⁸⁴⁴. La mobilité de la libido est une composante essentielle de la vie psychique. Les investissements narcissiques sont aussi importants que les investissements objectaux. Investissements narcissiques et objectaux, dans l'économie psychique non pathologique, travaillent de concert. L'accumulation de libido narcissique ne peut être supportée, et c'est bien pour cela que le moi a été d'abord obligé d'envoyer sa libido sur les objets. « Un solide égoïsme préserve de l'entrée en maladie, mais à la fin l'on doit se mettre à aimer pour ne pas tomber malade, et l'on doit tomber malade lorsqu'on ne peut pas aimer »⁸⁴⁵. Si le développement psychosexuel aboutit à l'adolescence à la possibilité d'objectaliser la libido, elle n'implique pas une disparition de la nécessité d'investissement narcissique. Comme le précise Verdon, « la quantité de libido ne dépend pas de la capacité de contenance d'un réservoir fermé dont le volume serait différent selon les personnes, défini à l'avance et épuisable à merci, mais de la qualité des échanges relationnels et identificatoires avec les objets de l'environnement depuis les débuts de la vie, qualité qui permet de convertir la libido narcissique en libido objectale et vice

⁸³⁷ *Ibid.*, p. 273.

⁸³⁸ S. Freud, « Nouvelle suite des leçons d'introduction à la psychanalyse », art cit, p. 158.

⁸³⁹ *Ibid.*, p. 159.

⁸⁴⁰ S. Freud, « Abrégé de psychanalyse », art cit, p. 234.

⁸⁴¹ *Ibid.*

⁸⁴² S. Freud, « Nouvelle suite des leçons d'introduction à la psychanalyse », art cit, p. 173.

⁸⁴³ *Ibid.*, p. 185.

⁸⁴⁴ S. Freud, « Abrégé de psychanalyse », art cit, p. 239.

⁸⁴⁵ S. Freud, « Pour introduire le narcissisme », art cit, p. 229.

versa, non pas dans un système de vases communicants ou antinomiques où l'investissement de l'objet se ferait au détriment de l'investissement narcissique, mais dans un système où l'un et l'autre, s'ils peuvent parfois s'opposer, peuvent aussi aller de pair »⁸⁴⁶. Une partie de la libido fait des allers et retours entre l'objet et le moi. Les déséquilibres importants de la répartition entre libido du moi et libido d'objet ne sont supportables que lorsqu'ils sont transitoires, par exemple dans le sommeil, le deuil, la douleur organique, l'état amoureux ou la formation en masse. Lorsque des déséquilibres profonds s'installent, et que la libido perd de sa souplesse de transition, c'est l'entrée dans la pathologie.

Cette reprise du concept de narcissisme nous a été nécessaire pour envisager l'hypothèse d'un deuil du moi, d'un abandon du narcissisme dans le cadre de la pathologie somatique et du vieillissement. Il ne nous paraît pas possible d'envisager un fonctionnement sain sans suffisamment d'énergie narcissique. La notion de deuil du moi impliquant la réduction de l'investissement du moi, et donc la diminution ou l'abandon de la libido narcissique, en cela ne peut consister un vieillissement heureux. Soit le sujet dispose d'un excès de libido narcissique dont il pourrait se 'débarrasser', il aurait été alors dans la pathologie avant cela. Soit il dispose d'une répartition équilibrée de libido objectale et de libido narcissique, se 'priver' de sa libido narcissique reviendrait donc à une entrée dans la pathologie.

Mais éclairons cela au prisme du matériel clinique.

1.3. Trois cas de déplétion narcissique : Mme Taac, Mr Leje, Mr Paut

Des situations de « déplétion narcissique », pour reprendre le terme utilisé par Balier, et de déséquilibre du rapport entre libido narcissique et objectale, peuvent néanmoins être repérés dans la clinique. Mme Taac, Mr Leje et Mr Paut nous en semblent trois exemples, dans notre cohorte. Bien que ces situations ne soient pas représentatives du reste de la cohorte – nous y viendrons dans la section suivante –, il nous semble important de présenter et de comparer ces différents cas de figures, en ce qui concerne la répartition des investissements libidinaux, dans la mesure où cela nous en apprend sur les possibilités de vivre les expériences de la précarité.

Mme Taac : un cas de déplétion narcissique actuel

Mme Taac situe le point de départ de sa vision de la vie à l'aggravation de ses troubles somatiques. Elle a eu une fracture du talon deux ans auparavant, suivie par une algodystrophie. Depuis lors, elle n'a toujours pas entièrement récupéré la marche. Par ailleurs, des troubles vasculaires ont entraîné un abcès au pied et ont nécessité un double pontage fémoral. Une calcification au poumon a été détectée, qui ne paraît pas alarmante aux yeux de l'équipe médicale. Mme Taac a donc des difficultés à se déplacer, elle dit ne pas faire beaucoup dans sa vie quotidienne. Elle est par ailleurs entourée par son mari et ses enfants.

⁸⁴⁶ B. Verdon, *Le vieillissement psychique*, op. cit. Empl. 752.

Est perceptible chez elle une impression de diminution de son importance. C'est presque avec surprise qu'elle constate que le médecin l'a trouvée « valable » pour participer à l'étude. Au début, une certaine oscillation est notée quant à sa volonté de connaître les résultats :

« Non, j'ai accepté tout de suite. Au début je ne voulais pas avoir les résultats, après ça je me suis dit, "je préfère avoir les résultats" et puis maintenant je m'en moque complètement. »

Elle répètera ensuite de nombreuses fois au cours de l'entretien qu'elle « se moque » de connaître les résultats des examens qu'elle passe. De toute manière, quels qu'ils soient, elle ne s'engagerait pas dans un plan de traitement. Ne pas savoir lui paraît donc la meilleure stratégie.

« Ce que je ne voulais pas c'est rentrer dans... J'ai 71 ans, donc j'estime que je suis sur la phase descendante de ma vie, donc je ne veux plus rien savoir. Parce qu'entre le stage à la médecine vasculaire, entre l'opération, après ça j'ai fait un abcès... J'en ai ras le bol. Mon mari a aussi des soucis, donc je ne veux plus rien savoir comme ça, ça solutionne beaucoup de choses. », « Ben c'est-à-dire qu'à un moment je pense que j'étais réceptive à s'il y avait un traitement à faire et que maintenant je m'en moque. Donc... [...] Oh parce que je suis trop vieille. C'est simple (*silence*). »

Nous pourrions éventuellement y voir, comme cela sera le cas pour certains participants, un contre-investissement défensif face à la crainte de la maladie, face au danger encouru par le moi. Il ne nous semble pas que ce soit le cas ici. Mme Taac, par ses propos et ses comportements, laisse voir tout autant un constat de la diminution de son importance qu'une perte d'intérêt pour la vie. Chez Mme Taac, il ne s'agit pas d'un moi qui se rebiffe, mais d'un moi qui capitule, qui s'abandonne. Il entraîne en cela dans son sillage la volonté de vivre, l'auto-conservation relevant bien, comme l'indique Freud, de la libido narcissique. La déplétion narcissique ne semble pas rattrapée par un investissement objectal qui maintiendrait la capacité d'investissement par-delà la déplétion, comme cela est suggéré dans certaines théories.

Une telle amorce de mouvement est perceptible, mais se réduit à une amorce. Mme Taac relève son intérêt pour ses petits-enfants, et indique qu'elle a au départ accepté de participer à l'étude, non par intérêt personnel, mais parce que d'autres, les jeunes, pourraient en tirer profit.

« Et quand elle me l'a proposé j'ai trouvé que c'était une démarche... Et en fin de compte c'est plus en pensant aux autres que...qu'en pensant à moi-même. Parce que le fait qu'on fasse ça presque systématiquement comme les mammographies qui sont maintenant rentrées complètement dans les mœurs, je trouve que ce n'est pas complètement idiot. »

Un intérêt persiste, si ce n'est pour elle, au moins pour le « restant de la population », notamment « les jeunes ». Mais Mme Taac arrêtera néanmoins, tant l'étude psychologique – il s'agira de notre seul entretien – que l'étude médicale. L'investissement objectal nous semble, dans le cas de Mme Taac, être entraîné dans le sillage de l'investissement narcissique, plutôt que de le compenser. Les engagements pulsionnels des personnes relèvent dans le meilleur des cas d'une synthèse de différents mouvements pulsionnels, pré-génitaux, génitaux, inhibés et non inhibés,

les satisfactions et les frustrations peuvent impliquer simultanément libido narcissique et libido objectale. Mme Taac est par exemple affectée narcissiquement par les atteintes corporelles de son mari, qui troublent leur relation :

« C'est le Dr (nom) aussi qui l'a opéré. Et c'est une très grosse opération puisque c'était sur l'aorte, et là il s'en remet. Et il a un autre anévrisme mais au cerveau, qui est inopérable *a priori*. Mais qui serait calcifié aussi. Donc...Je ne sais pas...puis il a une cataracte aussi, donc ça fait beaucoup de choses si vous voulez qui se mettent les unes derrière les autres. C'est lui, c'est moi, c'est lui, c'est moi, c'est moi, c'est moi, c'est moi... »

Ces derniers propos « c'est lui, c'est moi, c'est lui, c'est moi, c'est moi, c'est moi... » reflètent aussi bien leur situation médicale que la situation libidinale de Mme Taac. Le fait que son mari soit empêché d'entrer en contact avec elle, l'atteint autant au niveau de sa libido objectale que de sa libido narcissique. Dans un grossissement de sa situation psychique actuelle, elle s'imagine avoir un jour Alzheimer, éventualité qu'elle se représente comme une disparition d'elle-même, disparition de l'intérêt de et pour sa personne, disparition des possibilités d'expression du désir.

« Ben je ne sais pas parce qu'on a fêté les 40 ans d'une de nos filles en Bretagne et j'ai signalé à mes enfants puisque j'avais les trois en même temps que je ne voulais pas d'acharnement thérapeutique et que si j'avais Alzheimer ce n'était pas la peine de venir me voir. Et là-dessus une de mes filles m'a répondu "on fera ce qu'on veut. Ce n'est pas parce que toi tu estimes qu'on n'a pas à venir te voir parce que tu ne t'en rappelles pas, que nous on est obligés de ne pas venir". Donc je ne sais pas, c'est plein de points d'interrogation pour moi. [...] Parce que si ça ne m'apporte rien, mais c'est...en fin de compte c'est très égoïste. Bon, l'acharnement thérapeutique ça c'est clair et net et c'est compris par tout le monde. Par contre le fait de venir ou de ne pas venir, ce n'est pas forcément bien perçu et je pense que de ma part c'était très égoïste. [...] Non, s'ils veulent venir, si ça leur apporte quelque chose, qu'ils viennent. Non, ça ne me...ça ne me gêne pas plus que ça. »

Dans ce contexte de déplétion narcissique, elle ne tire plus de satisfaction des relations d'objet. Ce qu'elle décrit comme égoïsme, représente bien à la fois cela et son inverse. Mme Taac souffre bien d'un trouble au niveau du narcissisme, dans la mesure où c'est une mauvaise utilisation de la libido narcissique qui l'empêche de tirer profit de relations impliquant un investissement de libido objectale. Elle est en cela, égoïste. Mais c'est son incapacité à s'aimer, et donc son manque d'égoïsme, dans le sens d'un défaut d'amour de soi, qui entraîne l'impossibilité d'investir des objets. Mme Taac est dépourvue du solide égoïsme qui préserve de l'entrée en maladie. L'investissement des générations, plutôt que de permettre de se réapprovisionner en libido narcissique, est entraîné par ce mouvement de déliaison pulsionnelle. Les générations suivantes sont prises pour objet d'une certaine agressivité.

« Bon, je pense que de toute façon, je n'ai aucune envie de revenir en arrière. Parce que je trouve que maintenant tout est trop policé, trop interdit, trop...il y a trop d'interdits, il y a trop de...il faut rentrer dans un moule et ça...ça me chagrine énormément. [...] Oui. On était beaucoup plus libres. Maintenant dès que vous faites du vélo, il faut

casque, genouillères, coudières...encore les gants, je suis d'accord. Mais...tous on s'est cassé la figure en apprenant à faire du vélo. Mais, peut-être que je me trompe, je pense qu'il y avait moins de fêlés. [...] On est dans une société où c'est bien ou c'est mal, mais il n'y a pas de...il n'y a pas de milieu (*silence*). », « Ben oui, les dates limites de consommation [...] Et il ne fallait pas sortir de Saint-Cyr pour savoir qu'un yaourt n'était plus bon, qu'une tranche de lard n'était plus bonne et que... [...] Et ce qui m'effraie c'est que de toute façon, maintenant on ne saura plus rien faire sans. Puisque les jeunes générations ne savent plus comment poussent les choses [...] Parce qu'un jour ou l'autre, on ne saura plus rien faire, sauf tapoter sur nos écrans et ordinateurs et s'il y a un gros pépin, il n'y aura plus tout ça. Donc on ne saura plus. »

La déplétion narcissique disqualifie en réalité la possibilité pour Mme Taac de se sentir utile, d'être impliquée dans la transmission envers ses petits-enfants.

« Ben avec mes petits-enfants, on essaye de leur...de les habituer à d'autres choses, mais je ne fais pas pousser mes carottes, je ne leur montre pas beaucoup de choses. Mais, il y a plein de choses qu'ils savent parce que nous, pour nos enfants on a essayé de le dire. Donc les parents de ces enfants-là le font aussi. Mais...et puis j'ai une belle fille qui est très bio. Donc elle fait son compost, elle fait sa lessive, elle fait...il y a beaucoup de choses donc elle leur apprend quand même certaines choses aussi ».

Lorsque Mme Taac relate ses tentatives d'arrêt du tabagisme, elle nous laisse entrevoir la fragilité de son moi face à la force de certaines angoisses et dynamiques pulsionnelles. Au contraire de Mme Kcoa face à la perte de ses membres, et à l'inverse du mari de Mme Taac qui arrête de fumer lorsqu'il doit subir une opération chirurgicale, la menace sur le moi à laquelle l'expose la pathologie somatique ne permet pas de remaniement pulsionnel qui entraînerait des conséquences comportementales, malgré son souhait apparent.

« Il a...comme il voulait mettre toutes les chances de son côté pour ses implants, je crois qu'il a dit "stop, j'arrête". Mais moi ça, je ne sais pas faire (*silence*). », « Oui, parce que quand ils [les soignants] me retrouvaient en bas avec une cigarette, quand ils partaient ou...mais ils savent que je fume, que j'ai fait de gros efforts puisque j'ai quand même, je fumais plus de deux paquets et...donc j'ai essayé de...parce qu'à un moment j'ai fumé...j'essayais de me cantonner à 10 cigarettes par jour. Mais j'avais tellement envie de pleurer à la fin que je me suis dit, entre la dépression et fumer un peu, je préfère refumer. Donc après je me suis cantonnée à 20, donc j'ai déjà diminué de moitié. Et puis j'essaye petit à petit de diminuer. Je compte mes cigarettes. »

La déplétion narcissique que vit Mme Taac semble bien s'inscrire dans un contexte de fragilité du moi. Reste à savoir si un rebond narcissique serait possible. Elle en doute – elle doute surtout de l'intérêt que ça représenterait –, bien qu'elle ait constaté l'existence de tels rebonds chez son père, son frère et sa sœur malades de cancer :

« Je ne crois pas. Je ne crois pas, mais maintenant je...je me méfie de ce qu'on peut dire parce que j'ai remarqué qu'on s'accrochait énormément à la vie et parce que mon père s'est accroché, ma sœur s'est accrochée, elle avait une tumeur au cerveau, paraît-il

inopérable et on a fait plein de choses sur elle et vraiment... (*silence*) je ne comprends pas que... qu'on en arrive là. A ce degré de faiblesse et qu'on veuille toujours vivre. Et mon frère a fait un cancer de la gorge aussi et... alors qu'il m'avait dit "je ne ferai jamais ce qu'a fait (prénom)" et il l'a fait. Donc je ne sais plus parce que je crois qu'en fonction des moments où ça arrive, on est plus ou moins réceptif (*silence*) »

Nous retrouvons donc, avec Mme Taac – et cette fois, nous ne proposerons pas d'autre interprétation comme ce sera le cas pour Mr Paut – le tableau clinique décrit par Balier lorsqu'il décrit les états pathologiques du vieillissement.

Il nous semble bien qu'il s'agisse ici d'une entrée en névrose (actuelle) du fait des affections somatiques et outrages vécus du fait du vieillissement, et sûrement favorisée par une fragilité narcissique préexistante. Nous retrouvons par exemple l'hypocondrie secondaire dans le syndrome de l'algodystrophie : Mme Taac continue à souffrir bien longtemps après le délai habituel de disparition des symptômes par rapport au traumatisme initial, le caractère disproportionné en durée et intensité par rapport à l'évolution habituelle et normale intrigant les médecins qui la prennent en charge. Nous retrouvons également la déplétion narcissique avec perte de l'estime de soi : Mme Taac voit son avenir qui se referme, s'imagine déjà seule dans un hospice avec Alzheimer, refuse les tentatives de dépistage et de soin et s'étonne même qu'on les lui propose. Cette déplétion narcissique ne semble néanmoins pas relever, comme peut le suggérer Bianchi, d'une manière de retrouver son narcissisme autrement, par exemple par l'investissement de ses petits-enfants ou de son passé. Nous y retrouvons plutôt la mise en garde soulevée par Péruchon : « Nul doute que l'adoucissement de passions trop violentes ne s'accompagne d'un meilleur confort psychique chez ceux qu'elles ont jadis torturés, mais il est à craindre que l'affadissement des investissements ne conduise à un étiolement progressif du désir de vivre, c'est-à-dire cette dépression de désinvestissement que nous avons considérée comme spécifique du grand-âge et qui correspond à l'exagération de mouvements naturels dans la vieillesse »⁸⁴⁷ ; « Le risque essentiel encouru par la personne âgée nous paraît être celui d'évoluer d'un certain désinvestissement gardien de la vie à un désinvestissement mortifère »⁸⁴⁸.

* * *

Quelques mots quant à l'option parfois envisagée d'un investissement relevant de l'idéalisation sublimante comme rempart contre ce mouvement de désorganisation, au prisme de l'expérience de Mr Leje.

Mr Leje (suite)

Nous aurions pu analyser de cette manière le rebond pulsionnel de Mr Leje, lors de sa rencontre amoureuse, nous en avons déjà parlé. Un changement fort important survient en effet chez Mr Leje. Avant sa rencontre amoureuse, comme Mme Taac, il dit ne pas vraiment se soucier

⁸⁴⁷ M. Péruchon et A. Thomé-Renault, *Destins ultimes de la pulsion de mort.*, op. cit. Section: « L'écueil majeur du grand âge ».

⁸⁴⁸ *Ibid.*

des résultats du test de dépistage. Ses perspectives de vie ne lui paraissent pas bonnes, l'éventail des possibilités s'amenuise, il ne voit pas d'intérêt à continuer à vivre de cette manière. En revanche, cette indifférence affichée n'est plus de mise après sa rencontre amoureuse. C'est bien la rencontre amoureuse qui semble lui permettre de continuer à vivre. Mais deux nuances sont nécessaires. Premièrement, l'indifférence face à la vie qu'expose Mr Leje dans les premiers entretiens semble bien relever, non pas d'un abaissement en libido narcissique, mais bien plutôt d'une dernière tentative, extrême, de préserver son narcissisme. Non seulement Mr Leje se dit prêt à sauter sur toutes les raisons possibles qui pourraient lui redonner espoir, mais encore, la perspective de la mort lui apparaît comme un moyen de conserver sa dignité malgré tout, et même, justement, si cela doit en passer par la mort.

« Qu'on me donne, qu'on me donne ou qu'il se passe quelque chose pour me redonner un peu d'espoir, pour me raccrocher à ça, pour me remotiver, pour refaire les choses dans le sens, ça serait déjà super. », « Moi je suis pour le fait de me dire que, quand vous partez, ben bien sûr les gens qui vous aiment sont tristes, mais d'un autre côté au moins ils gardent une image de vous, sinon dans la plénitude de vos moyens, en tout cas une belle image de vous. » (Mr Leje)

Le moi de Mr Leje est sévèrement mis en crise par la pathologie somatique, mais il s'agit d'un moi qui lutte pour préserver ses investissements, même si cela doit en passer par la perspective de la mort volontairement donnée.

L'engagement amoureux de Mr Leje vis-à-vis de sa compagne ne nous semble par ailleurs pas correspondre à l'état amoureux passionnel décrit par Freud lorsqu'il définit l'idéalisation. L'idéalisation, telle qu'elle se retrouve dans la formation en masse et l'état amoureux passionnel, consiste bien en un vidage du moi par projection de la libido narcissique sur l'objet. Ce « sacrifice » qui serait choisi, volontaire, ne pourrait s'effectuer sans conséquences importantes, à savoir un retour potentiel à la perversion et la disparition du rapport à la réalité : « L'état amoureux consiste en un débordement de la libido du moi sur l'objet. Il a la force de supprimer les refoulements et de réinstaurer les perversions »⁸⁴⁹. « Simultanément à cet « abandonnement » du moi à l'objet, qui ne se différencie déjà plus de l'abandonnement sublimé à une idée abstraite, les fonctions imparties à l'idéal du moi font totalement défaillance. Voilà que se tait la critique exercée par cette instance ; tout ce que fait et exige l'objet est juste et irréprochable. La conscience morale ne trouve pas à s'appliquer à tout ce qui advient en faveur de l'objet ; dans l'aveuglement d'amour on se fait criminel sans remords »⁸⁵⁰. A l'inverse, l'engagement amoureux de Mr Leje correspond plutôt à celui décrit par Parat, impliquant une multiplicité de pulsions quant à leur origine. Le moi de Mr Leje ne se vide pas par idéalisation de sa compagne, il s'enrichit de la satisfaction pulsionnelle atteinte par sa relation avec elle, dans un retour salutaire de la libido sur son moi. Par cette relation, par la satisfaction qu'il en ressent, Mr Leje regagne de la valeur à ses propres yeux, malgré les invalidités physiques qui persistent.

⁸⁴⁹ S. Freud, « Pour introduire le narcissisme », art cit, p. 343.

⁸⁵⁰ S. Freud, « Psychologie des masses et analyse du moi », art cit, p. 51.

Comme chez Péruchon, le cas de Mr Leje « nous a donné un aperçu des moyens dont dispose l'être humain pour rester passionné [...] en évitant l'envahissement par l'angoisse dû à la stagnation libidinale ou l'effondrement dans la dépression par anémie ou hémorragie énergétique »⁸⁵¹. Elle y distingue bien les investissements « passionnés » des investissements « passionnels », l'investissement passionné permettant d'alimenter le moi et d'assurer la circulation entre les investissements libidinaux et objectaux plutôt que d'entraîner le sujet dans les travers possibles de l'idéalisation repérés par Freud dans l'amour passionnel.

* * *

Nous nous arrêterons en dernier lieu sur une reprise du cas de Mr Paut. Mr Paut, comme Mme Taac et Mr Leje, nous semble faire l'expérience d'un déséquilibre entre les investissements objectaux et narcissiques. La comparaison de ces trois cas nous aidera à circonscrire certains enjeux des troubles du narcissisme dans le vieillissement.

Si les tableaux cliniques de Mr Paut et de Mme Taac peuvent sembler similaire, de nombreux 'indices' dans les propos et l'attitude de Mr Paut nous mènent à formuler une autre hypothèse, par rapport à celle d'une mélancolie d'involution de l'ordre de la névrose actuelle.

Mr Paut (suite)

Mr Paut présente un état psychique se rapprochant en bien des points de la mélancolie. Ce qui nous avait menée à envisager l'hypothèse, avec Balier, d'une mélancolie d'involution. « Le mélancolique nous montre encore une chose qui manque dans le deuil, un abaissement extraordinaire de son sentiment du moi, un prodigieux appauvrissement du moi. [...] Le malade nous dépeint son moi comme n'étant digne de rien, incapable d'activité et moralement répréhensible, il se fait des reproches, s'injurie et attend expulsion et punition. Il se rabaisse devant tout un chacun, déplore pour chacun des siens qu'il soit lié à sa si indigne personne »⁸⁵².

Or il nous semble que le facteur étiologique de l'abaissement du sentiment de soi chez Mr Paut relève bien d'une impossibilité d'élaboration de perte d'objet, plutôt que des conséquences des pathologies somatiques survenues avec le vieillissement.

La plupart du temps, dans les entretiens, Mr Paut parle de son ex-épouse comme de « sa femme », « son épouse », sans prendre en considération leur séparation.

« Ben c'est lié à la santé, c'est lié au fait de ne pas vouloir être un poids pour les autres, etcetera. Il n'y a pas une raison toute simple. [...] Familial, épouse, enfants, etcetera », « Je...je ne...je ne me dis pas : "bon aller, il faut arrêter parce que là t'as des enfants ou des petits enfants ou..." Enfin je ne m'accroche pas à ces arguments-là si vous voulez.

⁸⁵¹ M. Péruchon et A. Thomé-Renault, *Destins ultimes de la pulsion de mort.*, *op. cit.* Section: « Intérêt des investissements passionnés pour préserver la vie ».

⁸⁵² S. Freud, « Deuil et mélancolie », art cit, p. 266.

Ou *une femme*. », « J'ai beaucoup de gens aussi qui ne fument pas. Oui, oui. *Ma femme* ne supporte pas le tabac. »

Apparaîtra seulement en une occurrence sur les trois entretiens que Mr Paut et celle qu'il appelle encore son épouse sont divorcés :

« Ben c'est la mère de mes enfants. La mère de mes enfants. Mais ça remonte à 92 donc ça fait, 25 ans. Et il y a eu des récidives etcetera, et elle a eu l'ablation des deux seins, des ovaires etcetera, euh... et on a... enfin *on est divorcés* mais très proches l'un de l'autre et j'ai été euh... je ne sais plus si c'est à la première ou à la deuxième, j'ai été très inquiet et peur de la voir disparaître, sincèrement ».

Le cancer de son ex-femme a déclenché une peur intense de perte chez Mr Paut. Il semble que la perte réelle ayant eu lieu lors du divorce n'ait pas pu être reconnue comme telle. Mr Paut se dit toujours très proche, très complice avec elle. Nous l'avions vu, il est en admiration devant ses comportements, nous pourrions dire qu'il l'idéalise. « Nous avons reconnu que les auto-reproches par lesquels ces mélancoliques se tourmentent de la manière la plus impitoyable s'adressent en fait à une autre personne, à l'objet sexuel qu'ils ont perdu ou qui, par sa faute, s'est dévalué à leurs yeux. Nous avons pu en conclure que le mélancolique a certes retiré sa libido de l'objet, mais que, par un processus qu'il faut bien appeler « identification narcissique », l'objet a été érigé dans le moi lui-même, pour ainsi dire projeté sur le moi. »⁸⁵³ Le moi est alors traité comme l'objet abandonné, devient la cible des motions pulsionnelles agressives qui visaient préalablement l'objet. L'incapacité de Mr Paut à reconnaître ce qu'il a perdu par le divorce, sa persistance à l'idéalisation de son épouse et de leur relation actuelle, s'oppose aux possibilités de réalisation du travail du deuil, processus long nécessitant la reconnaissance de la réalité.

Le conflit, plutôt que de s'épanouir dans une relation externe, est rabattu sur la scène psychique. Par un retournement de l'ambivalence ressentie pour l'objet aimé-haï, sur sa personne propre, Mr Paut se rabaisse, s'injurie, se venge sur lui-même. « L'auto-tourment de la mélancolie, indubitablement riche en jouissance, signifie [...] la satisfaction de tendances sadiques et de haine qui concernent un objet et ont, sur cette voie, subi un retournement sur la personne propre. [...] les malades, habituellement, parviennent encore, par le détour de l'auto-punition, à exercer leur vengeance sur les objets originels et à tourmenter ceux qui leur sont chers par l'intermédiaire de l'état de maladie, après qu'ils se sont livrés à la maladie, afin de ne pas être obligés de leur manifester directement leur hostilité »⁸⁵⁴.

Freud suggère que ce processus n'est possible qu'en cas de faible résistance de l'investissement d'objet. La suppression du lien libidinal et son retrait sur le moi, l'objet s'insérant dans le moi comme une part divisée, suppose que « le choix d'objet se soit produit sur une base narcissique, de sorte que l'investissement d'objet, si des difficultés s'élèvent contre lui, puisse régresser au narcissisme »⁸⁵⁵. La perte de son épouse ne semble pas pouvoir expliquer

⁸⁵³ S. Freud, « Leçons d'introduction à la psychanalyse », art cit, p. 442.

⁸⁵⁴ S. Freud, « Deuil et mélancolie », art cit, p. 272.

⁸⁵⁵ *Ibid.*, p. 270.

intégralement l'autodénigrement constaté chez Mr Paut. Il nous semble pouvoir repérer dans ses propos une potentielle explication d'une telle fracture du moi, remontant à son enfance. Il parle à plusieurs reprises de son éducation :

« Oui ça a changé ma façon de voir les choses pour les autres, et que je n'arrive pas beaucoup à adapter à moi-même et je pense que c'est peut-être un peu dû à mon éducation aussi. Euh...qui fait que...qui est une éducation un peu trop catholique entre guillemets, qui fait qu'on est de passage et puis bon, si on part un peu plus tôt ou un peu plus tard ça ne change pas grand-chose. De toute façon on part. », « ...il reste un fond de ça...enfin, euh, je trouve qu'il n'y a rien de plus beau que la vie, euh...mais moi j'ai toujours été dans des institutions religieuses qui étaient vraiment... ça marque quand même très fort si vous voulez. », « Je crois qu'il y a un côté un peu fataliste là-dedans. Adviene que pourra quoi, mais qui doit être dû quelque part à mon éducation judéo-chrétienne, par laquelle j'ai été quand même très marqué étant enfant et...ce côté un peu fataliste oui. Mais qui me déplait quelque part. Mais contre lequel je n'arrive pas à...que je n'arrive pas à éliminer. »

Lorsque Mr Paut se réfère à la part religieuse de son éducation, lorsqu'il se réfère par ailleurs à sa mère – qu'il décrit être, comme lui, facilement nerveuse, tendue, ayant une tendance à reporter la responsabilité sur les autres plutôt que sur elle-même –, il nous décrit la part d'idéal du moi et de surmoi lui ayant été transmise par les figures importantes de son enfance. Son surmoi « injuriant, rabaisant, maltraitant » semble lui avoir été transmis sans possibilité d'introjection satisfaisante, ce qui explique sûrement la fragilité de ses choix d'objet ultérieurs. « Le complexe mélancolique se comporte comme une blessure ouverte, attire de tous côtés vers lui des énergies d'investissement (que nous avons nommées dans les névroses de transfert « contre-investissements ») et vide le moi jusqu'à l'appauvrissement total »⁸⁵⁶. Dans ce contexte de fragilité du moi, peut facilement être expliquée l'incapacité de Mr Paut à mobiliser de la libido en faveur de la préservation de son moi.

Bien que ces hypothèses quant au fonctionnement psychique de Mr Paut méritent d'être largement étayées, les échanges avec lui, les différents éléments retrouvés en entretien nous mènent sur la piste d'une origine structurale, d'une faille narcissique infantile se manifestant par des souffrances d'allure mélancolique. Selon les termes de Chasseguet-Smirgel, Mr Paut serait atteint d'une certaine « maladie d'idéalité », ayant instauré un trouble durable du jugement de soi.

* * *

Il nous a paru intéressant de comparer ces trois cas où sont identifiés des déséquilibres de l'économie libidinale, entre libido d'objet et libido du moi. Nous retrouvons ainsi certaines manifestations similaires de la déplétion narcissique : humeur et plainte dépressive (Mr Leje, Mme Taac, Mr Paut), symptômes de dévalorisation de soi (Mr Paut et Mr Leje), perte d'intérêt pour la vie (Mme Taac et Mr Leje), difficulté ou absence de volonté à s'engager dans des

⁸⁵⁶ *Ibid.*, p. 274.

comportements d'autoconservation (Mme Taac, Mr Paut, Mr Leje), absence d'intérêt pour les résultats du test et la perspective de se faire soigner (Mme Taac et Mr Leje), manifestations hypochondriaques (pour Mme Taac et Mr Paut), etc.

Mais les écarts pour ce qui est des manifestations symptomatiques nous mènent à postuler différentes étiologies, et différentes perspectives pour ces trois personnes. Le trouble de l'idéalité semble avoir une origine structurelle pour Mr Paut, à l'inverse des troubles de Mme Taac et de Mr Leje. Les manifestations de Mr Paut s'expriment par des pensées dépressives, de l'autodépréciation, du fatalisme, mais ne s'accompagnent pas d'une réduction significative de la volonté de vivre : un élan vital, bien que compliqué par une importante faille narcissique, est repérable chez lui. Les troubles du sentiment de soi de Mme Taac et Mr Leje nous semblent quant à eux avoir une origine plus actuelle, et prendre leur source dans les diverses déceptions entraînées par la pathologie somatique et autres privations dans le cadre du vieillissement – ou en tout cas, être largement activés par eux. Cette déplétion narcissique semble transitoire chez Mr Leje, son élan vital le poussant à investir au-dehors : cela est principalement perceptible par sa rencontre amoureuse, mais se manifeste également dans son investissement des médecins, des équipes médicales, des projets de soin à l'hôpital, etc. L'investissement objectal permet un réinvestissement salutaire de son moi. En revanche, la déplétion narcissique semble plus durable et avancée chez Mme Taac. L'élan vital semble être, plus que pour Mr Leje et Mr Paut, en perte de force. La déplétion narcissique entraîne dans son sillage les investissements d'objet. Tant son entourage qu'elle-même deviennent la cible de ses motions pulsionnelles agressives.

Ces différents cas de figure ont justifié que nous envisagions l'hypothèse d'un deuil du moi. Mais ils nous ont amenée à nous décaler de l'hypothèse d'un renoncement narcissique qui serait la solution privilégiée – ou même impliquée – dans le vieillissement heureux.

Il nous semble que l'« abandonnement », le « deuil du moi » survenant dans le vieillissement ne peut relever d'un travail maturatif mais consiste plutôt toujours en un mouvement de déliaison. Cela ne pourrait aboutir, dans la mesure où ce n'est pas transitoire mais durable, que sur des solutions pathologiques et ne relever dès lors, non pas d'un vieillissement sain, mais soit d'une entrée dans la pathologie soit d'une impossibilité de continuer à vieillir. « C'est d'autant plus fondé lorsque nous prenons en considération que, d'une part, la mort n'est pas conséquence du vieillissement mais ce qui survient quand il n'est plus possible de continuer à vieillir »⁸⁵⁷.

1.4. Limite et finitude : du renoncement à la défense

Une autre interprétation du renoncement est alternativement présentée, et nous permettra de nous intéresser aux mouvements psychiques des autres membres de la cohorte. Il ne s'agirait pas tant d'abandonner la libido narcissique – c'est-à-dire d'un rééquilibrage de la libido narcissique par rapport à la libido objectale – que d'abandonner une part bien particulière de la satisfaction narcissique. Il s'agirait alors, pour un vieillissement heureux, d'abandonner la volonté

⁸⁵⁷ F. Villa, « Quand la psychanalyse rencontre la question du vieillissement », art cit, p. 21.

de toute-puissance, la volonté de maîtrise, de pouvoir, de domination, etc. Non pas de faire le deuil de soi ou de parties de soi, mais d'accepter sa fragilité, sa détérioration, l'existence de la mort en soi. Bianchi parle dans ce cadre de perte maturante de l'illusion narcissique⁸⁵⁸. Il s'agirait d'un travail de renoncement à la toute-puissance, en opposition à des attitudes défensives telles que l'idéalisation du passé ou le refus de la réalité, menant à des attitudes régressives ou à une rigidification du fonctionnement psychique. Sont évoquées, entre autres, la réévaluation des idéaux, l'intégration de la position féminine passive, l'accès à un espace « aphallique »⁸⁵⁹, la substitution de la problématique de la relation partie/tout à la problématique sexuelle, etc. Nous avons développé cela dans le chapitre 6.

Nous ne sommes donc plus ici dans le deuil, mais dans l'abandon de positions psychiques qui seraient devenues obsolètes par les événements vécus dans le cadre du vieillissement, et notamment du fait de l'approche de la mort. Rappelons également que Quinodoz, distinguant le fantasme d'infini et le fantasme d'éternité, situe une clé du vieillissement heureux dans le fait de « regarder en face, sans déni »⁸⁶⁰, la mort. Jaques note également cette nécessité de réaliser que « d'importantes choses que la personne aurait aimé réaliser, aurait voulu être, ou aurait voulu posséder, ne deviendront jamais réalité »⁸⁶¹. Il oppose l'attitude du jeune adulte et celle de l'adulte dans la « maturité de l'âge » face à la mort. L'attitude du jeune adulte serait construite sur l'utilisation du déni, de défenses maniaques, de l'évitement de la dépression : « les procédés de clivage et de projection peuvent trouver à s'exprimer dans des types de comportements que nous considérons comme parfaitement normaux, tels la défense passionnée de causes idéalisées ou l'opposition tout autant passionnée à tout ce qui est ressenti comme mauvais ou réactionnaire »⁸⁶². A l'inverse, nous l'avons déjà mentionné, l'adulte mature ayant réélaboré la position dépressive pourrait vivre dans la sérénité en sachant que la mort est à venir, sans avoir besoin de se défendre massivement contre la perspective de la mort.

Le « Ressenti actuel par rapport à la mort » constitue une catégorie d'analyse des entretiens par théorisation ancrée. Son étude nous a permis de nous situer par rapport à ces hypothèses.

Un certain nombre de personnes affichent en effet une certaine distance par rapport à la mort. Cela pourrait confirmer l'hypothèse de personnes qui, avec l'âge, en viennent à regarder la mort en face, sans mobiliser de mesures défensives, qui en viennent donc à accepter leur limite et la finitude. Nous avons déjà cité certains de ces verbatims dans la partie précédente, nous en répétons et rajoutons quelques-uns ici :

« Bof. Je ne suis pas fataliste, bon, bon pfff, s'il y a quelque chose, il y a quelque chose, bon. Pfff, je vivrais quand même, jusqu'au bout, mais bon. Je me battrais, bon, c'est

⁸⁵⁸ H. Bianchi, *Le Moi et le temps*, op. cit., p. 69.

⁸⁵⁹ P. Gutton, « Travail d'adolescence, travail du vieillir », art cit, p. 33.

⁸⁶⁰ D. Quinodoz, « Le travail de vieillir », art cit, p. 11.

⁸⁶¹ E. Jaques, « Mort et crise du milieu de la vie », art cit, p. 304.

⁸⁶² *Ibid.*, p. 298.

comme ça, je ne suis pas, je ne vais pas dire “bon ben ça y est, c’est la fin du monde”, non » (Mme Mooc)

« Mais quand on est vieux, par exemple à mon âge, on se dit : “Bon”. Ce n’est pas... je ne dirais pas que j’ai assez vécu, parce qu’on ne se lasse jamais de vivre, vous comprenez, mais on dit : “ben ce n’est pas grave quoi” » (Mr Sial)

« Tous mes amis, etcetera, ils ont à peu près le même âge que moi, tous ils ont perdu leurs parents aussi plus ou moins jeunes. [...] donc on sait quand on parle ensemble, en plaisantant, on se dit : “Bon ben c’est nous les prochains quoi”. Ce que n’aiment pas du tout nos petits-enfants [...] Oui, parce qu’ils se disent... [...] “Ah non, non, non, non, ce n’est pas possible. Vous n’allez pas disparaître”. Je dis “Ben malheureusement si.” Voilà, mais enfin ça ne me traumatise pas du tout hein. » (Mme Ouna)

« Mais non, ça [le cancer] ne m’inquiète pas particulièrement. [...] J’ai déjà franchi un grand bout de chemin, j’aurais 40 ans je m’en inquiérais peut-être un peu plus. Il y a 40 ans on n’en parlait pas. Aujourd’hui on en parle beaucoup plus et je me dis que s’il m’arrivait quelque chose, bon ben je suis arrivé un peu au bout du chemin, je m’en suis sorti, les marmots se portent bien, mes petits-enfants vont bien. Et puis, ce n’est pas un problème. » (Mr Deht)

Il nous faut déjà remarquer que cette attitude qui pourrait s’apparenter à de l’acceptation n’est pas retrouvée chez tout le monde. Certaines personnes verbalisent des inquiétudes à la perspective d’être malade ou lorsqu’est abordée la question de la mort. C’est par exemple le cas de Mr Paut, Mr Chez, Mme Glaa, Mr Djam, Mr Emal.

« Et cette fois-ci, je ne vous cache pas, ici quand ils m’ont fait l’examen, un scanner thoracique et ben, le doute s’est installé en moi. J’ai dit : “Comment ça se fait ? Peut-être qu’ils ont détecté mes poumons qui sont pourris ou bien un cancer, Dieu soit loué...”. Ouais. Eh ben déjà, vous savez bien, dans la tête d’un homme, d’un être humain quand il apprend qu’il a un cancer déjà il vit mal...la chose. Et puis, pour lui la vie elle va s’éteindre. » (Mr Djam)

« Euh, ben oui la perspective [de cancer], ben il y a des moments où je me dis : “Oh la la” [...] ...ce n’est pas déclenché par cette proposition, c’est quelque chose qu’on a toujours un petit peu en tête. » (Mr Chez)

« Je pense, tout le monde pense [à la maladie, à la mort], mais...bien sûr je veux voir ce qui se passe. [...] Inquiétudes bien sûr (*silence*). [...] Euh j’y pense assez, mais pas régulièrement tous les jours, tous les jours. Il y a des passages comme ça, dans la tête (*silence*) [...] J’étais...je vous dis, j’ai cherché à être hospitalisé pour ça ». (Mr Emal)

Mais il nous faut surtout indiquer que nous avons constaté, même chez les personnes disant accepter la mort, des attitudes plus complexes et plus enchevêtrées. Le rapport à la mort s’est très rapidement dégagé comme catégorie d’analyse, non seulement en ce qu’il transparaisait comme thématique dans le discours manifeste des participants, mais également car cela semblait un lieu particulier d’apparition de processus inconscients à l’œuvre en eux. Cela a été rendu

particulièrement apparent par l'émergence de la catégorie « Idées utilisées pour apaiser les craintes », catégorie dans laquelle nous avons réunies certains propos des personnes qui pouvaient sembler étranges ou non rationnels. Il s'agit par exemple, du fait assez fréquent de convoquer l'idée de l'euthanasie pour se rassurer vis-à-vis de la perspective de la mort, ou encore du fait également fréquent de se rassurer du danger que fait courir le tabagisme en se disant que même les non-fumeurs meurent de cancers du poumon.

Il nous a ainsi semblé que tous, y compris les plus âgés, continuaient à se défendre contre l'idée de la mort propre, et ce même dans le contexte de son acceptation consciente. C'est par la présentation de la vignette clinique de Mr Liam que nous introduirons ce développement.

Mr Liam : l'immortalité mise à l'épreuve

Mr Liam nous raconte un passé médical chargé. Il revient sur des maladies et traitements médicaux qu'il a vécus étant enfant : opération des amygdales, séjour au sanatorium, piqûres punitives dans les fesses, etc. Par ailleurs, il a fait l'expérience, depuis l'âge de 40 ans, de « 7 ou 8 infarctus ». Il a également eu différents accidents qui ont résulté en des membres cassés (bras et pieds) et en des plaies diverses. Il a connu de nombreux problèmes dentaires. Il a aujourd'hui des artérites, qui sont l'occasion de souffrances intenses :

« ...c'est toujours pourri, pourri, pourri, pourri et ça...et la souffrance était énorme, parce que le traitement n'était pas adapté et tout était en plaies ouvertes. Donc c'est de la souffrance. Et ça, je le dis ça avec vous maintenant, parce que j'ai eu peur...c'est des...des soirs et des soirs sans dormir, ne pas pouvoir s'allonger parce que dès que t'es allongé ça tape dedans, c'est l'enfer. Et j'ai trouvé que c'était qu'en restant dans le salon le pied par terre, assis, mais bon, le canapé est court ce n'est pas un long canapé, donc je reste comme ça, à moitié avec la douleur, soit à moitié somnolent, sans dormir, sans manger, les antibiotiques, et tout ça à dégueuler de partout ».

Dans ce cadre, il a souvent été en contact avec des équipes médicales, a eu recours à de nombreux traitements médicaux dont des opérations chirurgicales.

Mais c'est au rapport à la mort de Mr Liam que nous voulons ici nous intéresser.

Mr Liam dira à plusieurs reprises au cours des différents entretiens que l'idée de la mort – ou du cancer, qu'il associe à la mort – ne le perturbe pas. Il a par ailleurs déjà reçu une annonce de nodules aux poumons, mais qui ne lui aurait pas causé d'inquiétudes particulières.

« Alors, donc pour le cancer moi je ne suis pas un bon spécimen par rapport à...on me l'annonce et bien je m'en fiche. On m'a annoncé que j'avais deux nodules, juste en sortant la dernière fois, quand on m'a fait la première greffe. "J'ai quelque chose à vous dire", je dis "quoi ?", il me dit "on a trouvé deux nodules de 4 millimètres, mais bon ce n'est pas conséquent." Mais comme si vous me dites que j'ai... "mais vous pouvez tout me dire, moi, je m'en fiche". Bon, je n'ai pas calculé outre mesure que j'ai deux nodules et qu'ils vont évoluer ou pas évoluer, je m'en tamponne. », « Donc déjà j'imagine qu'il y

a des gens qui sont très réceptifs à leur maladie et ils s'angoissent très facilement. Je vois en général. Pas pour moi, mais je vois autour de moi. »

En contrepoint de cette attitude apparente d'absence d'inquiétudes vis-à-vis de la mort, est perceptible le fait que le cancer est pour Mr Liam omniprésent. Il le voit partout, tout le temps.

« Ils veulent les arrêter, les écolos. [...] mais après ça va être quoi ? C'est le chien qui se mord la queue. On a mis les mains là-dedans, donc ça va pulluler les cancers. », « Donc, ben des cancers il y en aura tout le temps. Et ça va aller en amplifiant, c'est le mal du siècle », « C'est cancérigène à mort, tout est cancérigène, tout ce qu'on fabrique. »

Mr Liam a une vision apocalyptique du monde. Il me parle lors de l'entretien de la bombe atomique, de la radioactivité, du capitalisme, de la destruction du monde par l'homme :

« Aujourd'hui, avec la mondialisation, c'est ingérable, c'est fini. La planète, elle détruit. Le capitaliste...un jour il va y avoir un gros...Il va y avoir un gros crash boursier, le monde est en train de s'autodétruire. L'oseille, le capitalisme est en train de s'autodétruire. En 2008 il y avait la plus grosse boîte, aux États-Unis, elle a sauté, il y a d'autres petites boîtes qui ont sauté derrière. Ils ont remis les finances au gouvernement comme ça dedans pour refaire tourner la machine, mais le jour où ça va bien péter, le monde entier va être détruit. Là on en est arrivé à un point de non-retour, c'est... il n'y a plus rien qui est gérable. Et dans l'uranium, pour revenir aux cancers, puisque vous êtes là pour ça. Dans l'uranium on ne peut plus rien gérer, ça pullule de partout. Les cancers vont être expansionnels à un taux terrible. Terrible. »

Il ne faudrait pas interpréter l'attitude de Mr Liam vis-à-vis de la mort comme de l'indifférence. S'il dit ne pas craindre la mort, cette thématique est omniprésente dans l'entretien. De nombreux verbatims permettent d'identifier une attitude inconsciente de provocation vis-à-vis d'elle. Ses réactions à l'occasion de ses infarctus sont en ce sens particulièrement éclairantes. Mr Liam a vécu 7 ou 8 infarctus au long de sa vie, le premier ayant eu lieu 30 ans auparavant, les 4 derniers ayant eu lieu dans les 5 dernières années. Voici ce qu'il raconte à ce propos :

« Une fois ma copine avec mon fils, ils se sont cachés dans la chambre, ils ont appelé le SAMU, je dis "non, non, vous n'appellez pas les pompiers". Ils se sont cachés, ils ont appelé, les pompiers ils arrivaient, je ne pouvais plus bouger, j'étais dans le lit je ne pouvais plus bouger mais je les engueulais encore. "Pourquoi vous avez appelé". Bon, parenthèse, et maintenant quand j'en ai une, je chronomètre. », « Donc j'attends que ce soit le bon infarctus qui me fait crever. Une fois, je vais dans ma chambre, je suis tombé dans le couloir, entre le salon et ma chambre, devant la cuisine. Pouf ! Je suis tombé raide. Je me suis dit "tiens c'est bien, je suis en train de crever là, c'est bien" Et puis j'étais bien, par terre, j'étais bien placé, je me dis "c'est bon". Et puis je suis parti. Je suis parti, si vous voulez...c'est quand je me suis réveillé que j'ai su que j'étais parti. Donc combien de temps je n'en sais rien. Parce que je n'ai pas regardé, je n'avais pas de montre, et le portable je ne sais pas où il était. J'ai regardé, je ne sais pas à quelle heure je suis tombé d'ailleurs, et je me suis réveillé, je me suis dit "je ne suis pas mort". J'ai dit "ce n'est peut-être pas fini", je suis parti à 4 pattes dans mon lit, je vais crever sur le lit,

il me trouvera sur le lit et pas derrière la porte, parce que j'étais à côté de la porte d'entrée. Et j'ai attendu, le lendemain matin je me suis réveillé je n'étais pas mort. Bon. Donc qu'est-ce qui s'était passé ? Je n'en sais rien. Je ne me suis pas inquiété outre mesure. Donc c'est pour la psychologie par rapport à la mort. Donc quand j'en fait un je me dis "celle-là c'est la bonne, je vais crever." Donc au bout de 10 jours, une semaine que j'ai de plus en plus mal, et que ça fait trop mal... [...] Et plié, j'en ai marre. Donc je prends ma valise, et c'est moi qui vais à (hôpital). »

La notion de « stratégie d'immortalité »⁸⁶³ théorisée par Triandafillidis pour décrire le rapport des adolescents à la mort, nous paraît particulièrement bien s'appliquer ici. Triandafillidis repère en effet chez des adolescents la mobilisation de conduites ordaliques, c'est-à-dire des conduites impliquant une prise de risque mortel, agissant en réalité comme des « conduites de réassurance »⁸⁶⁴ ayant pour but de se poser en maître de son destin en mettant à l'épreuve l'incertitude de la vie. « Interroger l'immortalité par la provocation du risque répondrait ainsi à un double objectif : rendre la mort possible, parfois même s'acharner à la rendre possible, afin de ne plus être asservi par une immortalité « hors du temps », mais aussi, et dans le même mouvement, afin de vérifier une capacité de survivre, dans la réalité, à une mort présentifiée en sa réalité mortifère »⁸⁶⁵.

Cette provocation de la mort nous semble bien perceptible dans l'attitude de Mr Liam, lorsqu'il vit ses infarctus et attend aussi longtemps que possible avant d'aller à l'hôpital. Nous postulons donc ici la valeur défensive d'une telle attitude.

Mr Liam se décrit par ailleurs comme un « braqueur de banque », ayant fait partie du « grand banditisme ». Il a passé 14 ans en prison lorsqu'il avait environ 40 ans. La provocation vis-à-vis de la mort est fortement perceptible dans certains événements qu'il raconte :

« Donc je l'ai toujours su, la mort elle ne m'a jamais fait peur, dans le banditisme j'ai eu des situations où l'autre il est en face de moi avec un calibre, pour des raisons X ou Y, je lui dis "ben vas-y, tire. Tu as ton calibre dans la main, tu as été le chercher pour ça". Donc j'attends qu'il me mette une balle. Et je ne suis pas là : j'ai peur ou je cours comme certains que j'ai vus qui se sont fait tuer. Ils partent en courant "Non, non". Et puis ils n'ont pas envie de mourir, ils pleurent pour ne pas mourir. Ils n'ont pas envie de se prendre une balle, il en a déjà pris une et puis il n'a pas envie d'en prendre une deuxième. Donc je connais tout ça. Moi non. J'ai vu la mort en face, ben je dis "vas-y, tire". [...] Quand je monte sur un braquage, pour moi j'ai un pied en prison et j'ai un pied dehors »

Son pied est plutôt déjà dans la tombe, qu'en prison. La mort, il n'y est pas indifférent, il la cherche, il la provoque, il la dénigre, il s'en fait maître. « La provocation du risque intervient quand la rencontre de l'incertitude ébrèche l'évidence de l'immortalité : alors, « indécise, l'immortalité est interrogée par l'acte » [...] La mise en présence de la mort est, en effet,

⁸⁶³ A. Triandafillidis, « Stratégies d'immortalité », art cit.

⁸⁶⁴ *Ibid.*, p. 450.

⁸⁶⁵ *Ibid.*, p. 458.

indissociable d'une mise à l'épreuve des limites de la vie »⁸⁶⁶. Mr Liam transforme l'incertitude en certitude. Il fait de la mort son objet, transforme la passivité en activité. Il envisage plusieurs fois de venir à la rencontre de la mort en se suicidant, ou encore décide de ce qui sera fait de lui après sa mort, appréciant l'idée de rester « utile », bien que cela se cache sous un apparent dénigrement de la valeur de la vie et de soi :

« Le Dr Bernard dans les années 60, il a fait sa greffe et il a demandé aux malades, voilà, on essaie mais vous allez crever, mais c'est bien au moins on prévient le malade. Moi je veux bien être le cobaye si je suis en phase terminale, d'être cobaye de quelque chose, je veux bien essayer. [...] Si je sais que je vais crever, si on me propose un essai avant que je me mette une balle, je veux bien être cobaye quand j'arrive à un stade terminal. Je veux bien qu'on essaye, même si je dois crever un mois ou deux mois après, au moins je sers à quelque chose. Même, faire donner mon corps avant il fallait une carte, maintenant c'est systématique, donc je m'en fiche, ils prennent ce qu'ils veulent. Qu'ils me donnent à manger aux rats après, ça servira pour les rats, je n'irai pas pourrir dans un cimetière. S'ils pouvaient me mettre dans un égout, parfait ».

Comme le mentionne Triandafillidis, ces attitudes de provocation, de mise en risque, sont intimement liées à l'aperçu du mortifère et à la mise en place d'une tentative radicale pour conserver le fantasme d'immortalité. « L'épreuve renouvelée de la disparition se soutient d'une certitude qui témoigne d'une figure de la mort dont le mortifère est comme neutralisé ; une figure de la mort parfois même paradoxalement « auto-conservatrice »⁸⁶⁷. La perspective de la mort à la première personne, est bien présente à outrance chez Mr Liam :

« Donc maintenant bah...donc moi je suis conditionné depuis des années, je vais chez le médecin, des fois ça m'amuse même. Dès que j'ai un truc un peu conséquent, je me dis "tiens, on va m'annoncer un cancer". Et je m'attends à ce qu'on m'en annonce un de bon. Et qu'il ne soit pas soignable. Ça fait des années que je me conditionne avec ça. [...] ...j'y pense, du moment où on va me dire "un cancer" », « Ben moi je sais que pour vous c'est intéressant, pour vous, mon cas. Parce que mon cas, je m'en fous. Donc moi, ça fait des années que j'attends qu'on m'apprenne que j'ai un cancer puisque ça pullule avec ça. [...] J'habite à côté de (nom de ville) et dans mon environnement je ne vois que ça. Tous les mois j'apprends un mort, deux morts : de quoi ? cancer, cancer ».

Une autre stratégie utilisée par Mr Liam pour faire face à ce danger est de le maîtriser par le savoir. Dans un entretien qui durera plus d'une heure et demie, il multiplie les tirades sur le savoir qu'il a accumulé au cours des années sur différents sujets, et notamment le cancer. S'il dit que sa vision du monde découle de ce savoir, il nous semble pouvoir inverser la proposition et postuler que la recherche frénétique de savoir sur le monde cherche à compenser sa crainte intense des dangers qui l'entourent, et permet une projection sur l'extérieur du mortifère aperçu en lui. En

⁸⁶⁶ *Ibid.*, p. 457.

⁸⁶⁷ *Ibid.*, p. 451.

voici un exemple : lui qui est fumeur, est un jour frappé par l'image d'un poumon malade, à l'infirmerie de la prison. Il associe cela aux conséquences du tabagisme.

« Et il y avait...je descendais vers l'infirmerie et il y avait une photo d'un poumon sain, tout mignon, tout rose à l'intérieur. Coupé hein ? Un poumon coupé hein, à l'intérieur...voilà, la coupe. Et un poumon pourri, je ne sais pas le rapport que ça avait, si c'était avec le sida ou pas, ou la cigarette aussi, j'ai pensé à la cigarette, ça, c'est un poumon sain, et putain comment...parce que le poumon sain on voit bien toutes ces petites, déjà on voit comme une pieuvre-là qui respire l'oxygène et l'autre complètement goudronné on se dit "putain". [...] ... je me suis dit "le jour où ils mettront ça affiché partout, je crois qu'il y en a beaucoup qui vont arrêter de fumer". »

Ce constat est suivi d'une interrogation intellectuelle :

« C'est sa belle-mère, puis je mangeais avec elle, on m'avait invité à manger et je dis "tiens, tu sais pour la cigarette, je me suis toujours posé la question, quand on arrête de fumer, tous ces déchets qu'on a dans les poumons, de goudron et compagnie, qui sont collés dans les poumons, et ils vont se casser la gueule ? " Parce qu'en l'allumant plus le goudron, donc c'est comme tous les effets, c'est comme la peinture sur les murs, à moment donné, si on ne repeint pas par-dessus et ça se casse la gueule. »

Mr Liam, pendant un entretien qui durera plus d'une heure et demie, multiplie donc les tirades sur ses connaissances du monde.

« Oh, il y a longtemps parce que j'ai beaucoup de lectures, beaucoup de choses, je vois beaucoup de chose, j'analyse beaucoup...je fais...parce que ça fait partie de la vie, je suis obligé de le dire. [...] Donc j'ai analysé le monde qui m'entoure et la connaissance de ce monde d'aujourd'hui qu'on voit aujourd'hui. [...] Parce que tout ce que je lui ai dit, c'est arrivé. Tout, le social, les religions, tout, tout. [...] Donc l'histoire d'hier est facile à analyser, à conjuguer pour comprendre les tenants et aboutissants de chaque chose et comment ça se boucle les uns, les autres. »

Sans remettre en question les connaissances de Mr Liam, nous voulons appuyer sur la valeur protectrice que nous percevons dans sa quête quasi-compulsive de connaissances sur le monde. S'il dit que « ce n'est pas une référence qui est valorisant », le savoir lui apporte une réassurance narcissique face au danger qu'il perçoit dans le monde et en lui. Il se met par ailleurs dans une position de professeur vis-à-vis du chercheur, trouve une valorisation narcissique à nous apprendre des choses grâce à son savoir :

« Ben moi je sais que pour vous c'est intéressant, pour vous, mon cas », « Parce que le sujet on peut l'étaler hein ? Et alors pour votre connaissance, les déchets radioactifs à l'époque, on les jetait où ? Qu'est-ce qu'on en faisait ? », « Regardez, pour parler de ça, on va revenir à vos examens...comme ça pour que vous compreniez un peu la fonction psychologique des gens, c'est pour ça que je vous raconte tout ça », « C'est ça que je voulais vous dire par rapport à la psychologie et votre truc. »

L'entrevue de la mort provoque chez Mr Liam des tentatives diverses pour pallier l'incertitude. Ces attitudes visent « à écarter la menace inhérente à l'altérité, et à réinstaurer la complétude absolue et définitive à laquelle aucun humain ne renonce jamais totalement », elles ont « fonction de colmater la brèche ouverte à la fois par l'altérité et par l'incertitude, [elles satisfont] illusoirement et transitoirement l'aspiration à la continuité réactivée par la « découverte interne de la mort » »⁸⁶⁸. Ce fantasme de retour à un état antérieur à la découverte du danger – nous précisons cela prochainement – est également perceptible chez Mr Liam, lorsqu'il fait référence à une période où il s'est senti en sécurité : la prison...

« Les 14 ans de prison c'était...la prison, ça conserve, hein ? C'est les...à part qu'on est enfermé, mais on se conserve...on est nourri, logé, on bouquine, on fait du sport, bon ben ça conserve. Tous mes copains qui ont eu beaucoup de ballon ils sont bien conservés hein ? Ils ont 70 piges et ils sont bien conservés hein ? Ce n'est pas comme un mec qui a été trainé toute la journée avec ces soucis, ces gosses et ceci et cela, à 50 ans il est déjà vieux dans sa tête et dans le corps. Donc l'un dans l'autre ».

...ou encore lorsqu'il rêve d'un départ, où il pourrait retrouver cet endroit loin des dangers présents sur terre, loin des risques et des confrontations entre hommes :

« Maintenant, si je gagne au Loto demain, je m'en vais quand même. Et qui m'aime me suive hein ? Et ils ne vont pas croire que je vais leur laisser de l'oseille à rester ici dans un monde de cinglé [...] Je ne sais pas quel pays encore, comme je ne suis pas doué pour les langues, des pays francophones il n'y en a pas beaucoup. [...] Et encore des petits coins tranquilles à l'abri des tsunamis, à l'abri des volcans. À l'abri à peu près du réchauffement climatique, parce que ça aussi c'est...ça va devenir très grave. »

« Rendre la mort possible sans en mourir serait une façon d'engager le « deuil de soi immortel » – mais une façon « rusée », puisqu'elle recèle en négatif la recherche d'une preuve de l'immortalité. »⁸⁶⁹

* * *

Nous retrouvons donc ici, chez un homme de plus de 70 ans, des mesures défensives très similaires à celles repérées par Triandafillidis chez les adolescents.

Les adolescents seraient selon elles exposés à un problème particulier du fait de l'aperçu du « mortifère » de la mort. Ce qui apparaît comme un pléonasme rend compte de l'évolution du rapport à la mort dont nous avons déjà parlé dans le chapitre 5. Le caractère de danger et d'effroi associé à une situation évolue avec le temps. Les études de Hanus⁸⁷⁰ ou de Mijolla Mellor⁸⁷¹ tendent à montrer que l'idée de la mort n'est pour l'enfant d'abord pas associée à un danger. La notion d'irréversibilité est alors abstraite, les conséquences possibles de la mort sont interprétées

⁸⁶⁸ *Ibid.*, p. 457.

⁸⁶⁹ *Ibid.*, p. 458.

⁸⁷⁰ M. Hanus, *La Mort retrouvée, op. cit.*

⁸⁷¹ S. de Mijolla-Mellor, *Le besoin de savoir. Théories et mythes magico-sexuels dans l'enfance, op. cit.*

au gré des mouvements pulsionnels. L'adolescence serait, selon Triandafillidis, un moment clé où la mort devient « mortifère », c'est-à-dire que la perspective de la mort propre devient source de danger et d'effroi, également du fait des forts mouvements pulsionnels habitant l'adolescent.

Dans ce cadre, la possibilité d'élaborer un projet requerrait l'inhibition ou la répression des représentations contraires au projet, c'est-à-dire figurant l'incertitude. Or, « la « représentation de contraste pénible » qui s'oppose le plus radicalement au projet, c'est, pour chacun, l'évènement – imprévisible, mais cependant inéluctable – de sa mort à venir »⁸⁷². L'élaboration du projet impliquerait la nécessité d'inhiber la représentation de la mort ; en retour, cette inhibition témoigne de la possibilité pour le sujet de vivre comme s'il n'allait jamais mourir. La fonction du projet s'attache donc, dans cette perspective, à exclure la mort de la vie, à exclure l'incertitude inhérente à la vie. L'adolescent serait donc contraint, pour se projeter dans l'avenir, d'inhiber cette incertitude pour la vie aperçue avec le mortifère de la mort. La mise en place d'un projet adulte impliquerait donc un arrangement avec le mortifère. Il serait, selon Triandafillidis, admis par l'adulte, le fantasme d'immortalité transformé en une « conviction (relative) d'immortalité »^{873,874}. Le désinvestissement du fantasme d'immortalité, dans ce contexte d'entrevue avec le mortifère, serait une condition à l'établissement d'un projet adulte.

Les stratégies d'immortalité convoquées, dont les conduites ordaliques similaires à l'attitude de Mr Liam, auraient pour but de tenir à distance l'incertitude quant à l'avenir introduite par l'aperçu du mortifère et de compenser le désinvestissement du fantasme d'immortalité qui aurait lieu à cette époque de la vie. « Comment rencontrer la mort sans en mourir ? et comment rencontrer la mort pour pouvoir vivre ? Ainsi pourrait se définir l'un des aspects du travail de l'adolescent pour « devenir adulte » : entrer dans le temps incertain de la vie, et l'habiter, sans que soit rompu le sentiment de continuité d'exister. Dans notre perspective, le désinvestissement du fantasme d'immortalité provoque une vulnérabilité spécifique, en ce qu'elle exacerbe le besoin de continuité qui hante l'humain »⁸⁷⁵. D'où la convocation de « conduites de réassurance »⁸⁷⁶ pouvant prendre de manière défensive l'apparence paradoxale de la provocation de la mort.

Mettre cette théorisation, celle de Jaques et celles d'autres théoriciens du vieillissement bout à bout nous mène au tableau d'un rapport du sujet à la mort qui évolue au fil du temps et au cours des rencontres avec la précarité. Selon ces théories, le sujet serait avec l'âge amené à utiliser différentes stratégies défensives, jusqu'à éventuellement en venir à accepter l'idée de la mort propre. Nous pourrions postuler chez Mr Liam une impossibilité d'abandon du fantasme d'immortalité, s'exprimant par une fixation sur des stratégies d'immortalité, et l'impossibilité d'établir un projet adulte. Mais si cela est particulièrement frappant pour Mr Liam, nous pouvons retrouver la mobilisation de mesures défensives pour l'intégrité des personnes de la cohorte

⁸⁷² A. Triandafillidis, « Stratégies d'immortalité », art cit, p. 446.

⁸⁷³ *Ibid.*, p. 444.

⁸⁷⁴ Cette expression a été pour la première fois utilisée par Philippe Gutton, « Essai sur le fantasme d'immortalité à la puberté », *Cliniques méditerranéennes*, 1993, n° 39/40, p. 141-154.

⁸⁷⁵ A. Triandafillidis, « Stratégies d'immortalité », art cit, p. 455.

⁸⁷⁶ *Ibid.*, p. 450.

lorsque sont abordées les questions de la mort et la perspective de tomber malades, comme nous allons le voir maintenant. L'évocation de la mort ou d'un danger pour la vie est de manière transversale accompagnée de mouvements défensifs, de natures diverses.

1.5. Le rapport à la finitude des participants de l'étude

Les verbatims rapportés ici sont issus de la catégorie principale « L'avenir et la mort » lorsque les personnes se projettent dans l'avenir. Mais ils sont aussi issus des catégories principales « Etats du corps et maladie » et « Prise en charge médicale » lorsque sont rendues apparentes dans les propos des personnes, des mesures défensives mobilisées lors d'expériences de confrontation passées à la perspective de la maladie et de la mort.

Il nous a semblé que certaines attitudes des personnes vis-à-vis des soins témoignaient de la mobilisation de mesures défensives ou de protection (Catégories « Comment, pourquoi chercher ? », ou « Comment, pourquoi traiter ? »). Chaque année, lorsque Mme Syet attend les résultats de son frottis de contrôle – qu'elle appelle un « passeport de vie » – elle part en vacances.

« Après vous vous dites, ça y est je viens...grosso modo pour moi, je venais chercher un passeport de vie pour un an. Pour moi, ça s'arrêtait là. Mais je trouvais que le délai d'attente était long par rapport au moment où on faisait la colpo et puis les résultats eux-mêmes. [...] Ah non, ma valise et je partais. Ma valise et...enfin ce n'était pas une fuite, mais je partais au soleil. Premier avion disponible, je partais. » (Mme Syet)

Bien qu'elle considère qu'il ne s'agit pas d'une fuite, il nous semble bien que cela consiste exactement en cela. Mme Syet veut mettre la plus grande distance, réelle et psychique, entre elle et le danger que représente la détection de cellules cancéreuses sur son test.

Mme Glaa, d'une manière similaire, fuit l'hôpital en ne regardant pas derrière elle, quand survient l'idée qu'elle puisse être « malade » et malgré le danger que cela pourrait poser à sa santé. Elle va jusqu'à oublier l'évènement, qui ne se rappellera à elle que des années plus tard.

« *Chercheuse* : Vous alliez chez le médecin ou vous ne consultiez pas ? Mme Glaa : Non, non, pas du tout. Non, non, puis un beau jour, il y a un an, non...je...non...je...il y a 4 ans...oui il y a 4 ans...il y a peut-être même 5 ans. J'avais un autre médecin traitant [...] et qui m'avait...je lui avais dit et voilà, donc doppler machin et tout. Bon, parfait. [...] Donc je vois le professeur, je ne sais plus qui...et là, il me dit "ben écoutez madame, on va vous poser des stents". "Pardon ? ". [...] Moi si on ne me tient pas au courant, je me bloque. Je me ferme, voilà. Donc j'ai dit : "ben non, vous m'excuserez, mais je rentre chez moi". "Mais vous ne pouvez pas, vous devez rester toute la journée... ". J'ai dit : "Non, non, je fais une décharge, je m'en vais, je n'en ai rien à faire, je m'en vais. Je ne suis pas venue pour ça, je suis venue pour des examens". "Oui, mais les examens prouvent que...". J'ai dit : "non, je ne le ferai pas". Je me suis fermée. Comme une imbécile, je me suis fermée. » (Mme Glaa)

« Et j'avais enfoui dans ma tête l'effet d'être opérée. C'est bizarre hein. Je ne sais pas pourquoi [...] C'est dingue. Mais j'avais complètement occulté. Je me suis dit : "c'est

incroyable, ils ont mon dossier”. Et je...mais effectivement je me rappelle que je suis allée là-bas. Et là je me suis remis toute mon histoire avec mon médecin traitant. Je me suis dit : “c’est incroyable”. C’est vrai que j’avais fait ça » (Mme Glaa)

Mme Glaa, de manière plus extrême que Mme Syet qui, après la mise à distance réelle, revient à l’hôpital, met en évidence l’acte psychique de refus de la réalité. Elle met à l’écart la représentation « être opérée », dangereuse pour son moi. Elle dénie la réalité, fuit l’hôpital, puis oublie. L’utilisation de ces défenses, c’est-à-dire l’impossibilité psychique à admettre qu’elle a un problème de santé, l’amène à ne pas suivre les prescriptions médicales, à ne pas consulter de médecins même en cas de problèmes majeurs, invalidants et lui causant beaucoup de souffrance.

Un mouvement défensif comparable est détectable chez Mr Node. Lorsque le médecin lui prescrit des examens, soupçonnant un cancer de la prostate, Mr Node se ferme à toute possibilité de traitement, avant même d’avoir connaissance des résultats. Nous n’impliquons pas que chaque refus de traitement corresponde à une défense psychique face à un danger ressenti par le moi. Mais il nous semble que c’est le cas ici, dans la mesure où Mr Node se ferme catégoriquement à l’idée d’un traitement avant même de savoir de quoi il pourrait retourner. Par sa fermeture catégorique à l’option d’un traitement, et dans un retournement, il nous semble qu’il exprime son refus catégorique de l’idée même d’être malade.

« Par exemple 5 jours en diabétologie et puis pour contrôle, elle a dit “vous allez pisser combien de fois la nuit ?”. Je lui ai dit “trois ou quatre fois”. Elle dit “bon, ben tiens, on va faire quand même un examen” et elle m’a envoyé faire une échographie de la prostate et de la vessie, c’est là qu’ils ont détecté ce problème. [...] Euh, ça m’a permis de dire “attention, si j’ai un cancer, vous me laissez mourir, je n’ai pas envie d’être soigné”. Pourquoi ? Je ne sais pas. » (Mr Node)

Une autre manière de dénier le danger, souvent mobilisée par les participants, est de le mettre à l’écart de soi en disant que cela n’arrive qu’aux autres. Ces verbatims ont été réunis dans la catégorie « Idées utilisées pour apaiser les craintes ». Mme Syet, Mr Chez, Mme Glaa, Mme Kcoa et bien d’autres constatent avoir eu recours à ce processus psychique par le passé, parfois consciemment et parfois inconsciemment.

« Oui, oui. Le tabagisme entre les poumons et des choses comme ça, oui bien sûr. Tout le monde en parle énormément, de tous les côtés. En fait, quand on est fumeur, on n’y fait pas attention, on se dit que ce n’est pas possible en fait. Grosso modo, on le met de côté, dans une case de sa tête et puis c’est tout. [...] Oui, voilà, tout à fait. Mais je crois que tous les fumeurs c’est comme ça. On a beau dire...on sait que c’est...mais on fait quand même. [...] Non, pas du tout. Non, non. On sait qu’on risque d’avoir le cancer du poumon, ceci, cela, on fait quand même. Il n’y a pas...on ne se met pas ça au-dessus de la tête au contraire, on oublie très vite. Enfin, un petit peu comme tout le monde, “ça ne va pas m’arriver, ça n’arrive qu’aux autres” quoi. » (Mme Syet)

« Ah non ! Franchement, je vais vous dire, à cette époque-là...vous savez ce genre de choses, ça n’arrive qu’aux autres. Les accidents, tout, ça n’arrive qu’aux autres. Donc, je

ne pensais pas...enfin je le savais, mais...oui, ça n'arrive qu'aux autres. Il n'y a que quand ça arrive à soi-même que ce n'est pas pareil. » (Mme Kcoa)

Nous voyons là un déni partiel de la réalité mettant en danger leur moi, danger rendu apparent par le savoir sur la nocivité du tabagisme : le tabagisme est bien associé à un danger, mais ils refusent sur le plan psychique l'application du caractère de danger à leur situation personnelle et se font efficacement « croire qu'il n'y a aucune raison d'avoir peur »⁸⁷⁷.

Ce refus de l'implication personnelle du danger est également perceptible lors des très nombreuses minimisations et négations mobilisées par les participants lorsque se profile la possibilité d'être malade, comme en témoigne l'étude des catégories « Ressenti actuel en pensant à l'avenir » ou « Expression d'affects et d'émotions ».

« Mais la prise de sang, elle se révèle qu'il pourrait y avoir des...comment il m'a dit ? Des imperfections. Bon, ce n'est peut-être pas le mot juste, bon des petites cellules qui l'embêtent. Donc, je ne sais plus comment il m'a dit, des petites cellules ou des petites choses qui...minimes. Il ne faut pas s'inquiéter hein ? Je ne m'inquiète pas hein ? Je vous rassure. Donc on se revoit dans un mois où il va me faire passer encore un examen que j'ai déjà passé, mais je vais le repasser, un pack scanner là. Et après je ne sais plus ce qu'il va me faire faire, bon. Des petites analyses, bon, pas bien méchantes pour savoir pourquoi c'est comme ça, voilà. Bon alors, comme il dit, ça peut être des mini...on ne sait pas. Il n'a même pas voulu en parler, pfff ce n'est presque rien, bon. », « Voilà donc, ben il va rechercher ça. Je vous le dis franchement, je ne vais même pas en parler à ma famille parce que...en période de Noël, je leur dirai...non je ne leur dirai pas d'ailleurs [...] On ne va pas encore les inquiéter pour un rien. Surtout que bon, ça se trouve, ce n'est rien du tout, et comme ils disent ça peut être, dans les urines, un petit truc de rien du tout. En plus, bon, c'est à recontrôler surtout quoi. Donc... je vous dis, le pack scanner il a regardé, il n'y a absolument rien donc... On ne va pas commencer à...voilà. » (Mme Kcoa)

« Je ne suis pas, je ne vais pas dire "bon ça y est, c'est la fin du monde", non », « Ne pas baisser les bras, ne pas tomber dans le mélodrame » (Mme Mooc)

Emergent spontanément, mais uniquement sous forme de négation, les représentations du mélodrame, de l'abandon, de la fin du monde, de l'inquiétude, la nécessité d'être rassurées. Nous retrouvons ici « le refus de reconnaître comme siens, immédiatement après les avoir formulés, une pensée, un désir, un sentiment qui sont source de conflit »⁸⁷⁸. La défense consiste parfois en une diminution de l'importance de la représentation, par sa minimisation, ou parfois en une mise à l'écart des affects et motions de sentiments associés à la représentation.

⁸⁷⁷ S. Freud, « Le clivage du moi dans le processus de défense », art cit, p. 221.

⁸⁷⁸ Serban Ionescu, Marie-Madeleine Jacquet et Claude Lhote, *Les mécanismes de défense - Théorie et clinique*, 3e édition., Malakoff, Dunod, 2020, p. 218.

Nombreux sont par ailleurs les participants à fournir un effort, parfois inconscient, parfois conscient, pour ne pas penser à la chose qui inquiète. Lorsque la représentation devient trop perturbante pour Mme Kcoa, elle l'écarte volontairement.

« Franchement, *j'ai d'autres choses à penser (rires).* » [...] Sinon, bon en soit après, j'ai accepté, mais bon, *je n'y ai pas pensé* après plus que ça. » « [...] On m'a envoyé un courrier. [...] Donc je ne sais pas pourquoi. Si on m'a trouvé quelque chose ou ça fait partie du projet. C'est tout quoi. Bon maintenant, *je n'y pense pas plus que ça...* franchement... [...] J'ai dit "ben zut alors ! Je fais partie du projet, on va me trouver un truc quoi". Après je dis, on *ne va pas commencer à fabuler* [...] Ce n'est pas... *non*. On ne peut pas anticiper, *non*. J'ai déjà assez de soucis pour l'instant. Chaque chose... *Non, non*, pas plus que ça. », « Mais en fait le temps il passe tellement vite, que de 25 ans, on se retrouve comme moi à 58 ans. Ben on se dit "wow". Plus on avance dans l'âge plus on se dit "Oh, ça peut m'arriver". Puis après *on n'y pense pas*. Parce que bon, si on se dit on a 58 ans, on va tomber malade, et puis on va te faire ci...c'est pareil, c'est comme ils veulent penser d'avoir un cancer ou d'autres maladies, *il ne faut pas y penser quoi.* », « Peut-être ma mère est morte à 59 ans, je vais mourir, oui il faut vous y attendre. Peut-être que j'ai 59 ans je vais mourir quoi. Bon après je ne dis pas ça tous les jours, et franchement *je n'y pense pas tous les jours.* » (Mme Kcoa)

« Ah non, mais *j'évite d'y penser*. Ce n'est pas la peine de se mettre martel en tête. S'il y a un cancer de la plèvre, à ce moment-là je suis mort, carrément inguérissable. Un cancer normal c'est déjà... *Ab non mais je n'y pense pas.* » (Mr Nare)

L'effort conscient de « ne pas y penser » aboutit à une mise à l'écart de la réalité, le patient cohabitait avec la représentation dérangeante mais sans être dérangé par elle.

Sont également mentionnés par les personnes des oublis. Nous gardant de faire une comparaison trop hâtive avec le refoulement, les oublis des participants témoigneraient plutôt ici de mécanismes défensifs de l'ordre du déni, le danger étant écarté sur l'instant. Ainsi par exemple, Mme Kcoa et Mr Sial oublient les raisons les ayant poussés à arrêter de fumer :

« C'est un choix personnel, mais je ne pourrais pas vous dire pourquoi, parce que je ne le sais pas. Enfin, ou en tout cas je ne m'en souviens plus ». « Peut-être que je me suis dit : "peut-être que je dépense un peu trop d'argent là-dedans", voilà. Mais je ne suis pas sûr que ce soit la raison. C'est une possibilité parmi d'autres. Je ne sais pas pourquoi. Ni pourquoi ni comment » (Mr Soje)

Apparaîtra à d'autres moments de l'entretien que Mme Kcoa a arrêté à la suite d'une amputation, Mr Soje après une opération de la carotide :

« Ah c'est peut-être pour ça que j'ai essayé d'arrêter d'abord, maintenant je me souviens. Suite au tabac j'ai eu une carotide bouchée » (Mr Soje)

Le danger est à la fois reconnu – Mr Kcoa et Mr Soje arrêtent de fumer –, et écarté – les raisons de l'arrêt n'existent plus dans leur psyché, ils sont convaincus d'avoir arrêté pour des

raisons accessoires alors même que l'arrêt survient immédiatement après des interventions chirurgicales urgentes impliquant un danger extrême pour le moi.

Nous nous arrêterons ici en ce qui concerne la présentation des mesures défensives mobilisées par les personnes face à la perspective de la dégradation corporelle. Nous y reviendrons dans la section suivante pour mieux les caractériser, et pour présenter de nombreux autres moyens mobilisés par les personnes pour mettre à l'écart ou maintenir à l'écart les représentations dérangeantes associées à un danger.

La présentation de ces défenses, d'abord chez Mr Liam, puis de manière transversale chez les autres participants de l'étude, avait pour but de continuer à mesurer la proposition théorique selon laquelle l'avancée en âge « heureuse » s'accompagnerait d'une totale acceptation de la mort. Selon ces théories, la présence de défenses de l'ordre du clivage et du déni correspondrait à une solution pathologique trouvée aux problèmes de sens posés par le vieillissement. Le rapport du sujet à la finitude dans le vieillissement nous paraît, au prisme de l'analyse du matériel clinique, bien plus complexe. Cette section nous permet déjà de distinguer le rapport conscient à la finitude et le rapport inconscient à la finitude, perspective que nous présentons dans ce point d'étape.

Point d'étape

Nous avons dans cette section questionné différentes propositions théoriques, parmi les plus communes, concernant le travail psychique des personnes vieillissantes. Elles recouvrent les notions de deuil (des parties du corps, du moi), de renoncement, de rééquilibrage des investissements narcissiques et objectaux. Elles recouvrent également les notions d'acceptation de la finitude, d'acceptation des limites de l'existence, de la réduction des possibles, d'acceptation de la mort en soi. En opposition aux attitudes d'acceptation et de renoncement seraient des attitudes de défense de l'ordre du déni, du refus de la réalité, de maintien dans la toute-puissance, du maintien du sentiment d'importance personnelle. Sont donc opposées des attitudes défensives ou de résignation, et des attitudes d'acceptation volontaire et de sacrifice choisi.

Or, il nous a paru primordial, pour rendre compte du travail psychique mobilisé par les participants de l'étude, de préciser et de distinguer certaines de ces notions. Nos résultats, à ce stade, nous invitent à opposer l'acceptation inconsciente et l'acceptation consciente de la finitude.

Nous avons étudié les propos de quelques personnes qui verbalisent une absence d'affects négatifs à l'idée de la survenue de la mort, justifiée différemment selon les personnes : la satisfaction des accomplissements passés, l'âge, les comorbidités, une certaine philosophie de vie, la fatalité, la normalité, etc. Mais nous voyons aussi que la plupart des personnes qui indiquent ne pas redouter, ou même accepter la venue de la mort, mobilisent néanmoins des défenses inconscientes vis-à-vis de cette idée dérangeante. Ces défenses sont de l'ordre du déni, de la minimisation, de la dénégation, voire s'expriment par l'engagement dans des conduites

ordaliques. Coexistent alors dans la psyché acceptation consciente et refus inconscient de la finitude. Les cas de refus inconscient de la finitude représentent la majorité de la cohorte, que ce refus inconscient s'accompagne d'attitudes conscientes d'acceptation ou de refus. Nous n'avons fait qu'introduire ici ces cas, nous les caractériserons mieux dans les sections suivantes.

Des traces d'acceptation de la mort à un niveau inconscient sont tout de même retrouvées chez certains participants. Nous avons particulièrement exposé les cas de Mme Taac, Mr Leje et Mr Paut. Cette acceptation inconsciente de la mort s'exprime alors par un retrait de la libido sur le moi et une diminution de l'élan vital au profit des forces de déliaison. 'Accepter' inconsciemment la mort impliquerait une victoire de la déliaison sur la liaison, un mouvement de désintrinsication pulsionnelle. Des manifestations cliniques, chez les participants de l'étude, en sont par exemple une diminution de la perception de l'importance personnelle par le sujet, de l'auto-dévalorisation. Ce déséquilibre qui implique une importance particulière des forces de déliaison en la psyché, est parfois structurel. Il peut également être réactionnel aux pathologies somatiques. Cet « abandonnement » semble être parfois transitoire, mais parfois peut être durable.

L'acceptation inconsciente de la finitude – qui correspond aux notions de « deuil du moi », de « renonciation narcissique », d'« acceptation de la mort en soi », etc. témoignerait alors non pas d'un vieillissement 'heureux' mais plutôt d'une impossibilité de continuer à vieillir. Le risque étant que cet abandonnement aboutisse sur la réduction mortifère de l'élan vital.

Or Mme Taac, chez qui nous avons remarqué l'abandonnement le plus marqué, est l'une des seules personnes à sortir de l'étude de dépistage. Nous gardant d'interpréter toute non-adhésion au protocole de dépistage comme signe d'une acceptation inconsciente de la mort, il nous semble que cela puisse, chez Mme Taac, en être un symptôme. L'impression de diminution de l'importance personnelle mais surtout, l'impossibilité à investir des objets, à effectuer de nouvelles liaisons du fait du retrait libidinal sur le moi, ne permet pas à Mme Taac d'investir le dépistage. Il nous faut, de manière concomitante et pour tous les autres participants de l'étude, postuler que l'adhésion au dépistage témoigne de l'établissement d'un lien d'investissement libidinal des procédures, et donc du maintien de la capacité d'investir. Nous y reviendrons dans le chapitre 9. Notons ici que l'établissement d'un lien d'investissement témoigne non pas d'un moi qui s'abandonne, mais d'un moi qui se maintient, qui trouve des solutions face aux expériences de la précarité. L'adhésion au dépistage, au même titre que la possibilité de continuer à vieillir, témoignerait non pas d'une acceptation (inconsciente) de la mort, mais bien de son refus, et ce, quelle que soit l'attitude consciente du sujet à son égard (acceptation ou refus).

.....

2. Le rapport à la mort : psychologie collective et individuelle

Il ressort donc que le rapport à la mort des participants ne peut se réduire à une simple acceptation, mais relève plutôt de processus psychiques complexes qui restent encore relativement obscurs à ce stade de notre développement. Nous voudrions donc maintenant avancer dans la caractérisation du rapport des sujets à la finitude, pour mieux comprendre comment ils peuvent vivre dans la précarité, dans un corps mortel et en se sachant mortels.

Nous continuerons à répondre à cette question grâce à un détour par la psychologie collective. Il existe en effet une articulation fine entre la gestion individuelle de la mort et sa gestion collective. Ce détour par la psychologie collective nous permettra d'avancer dans la compréhension du fonctionnement psychique des personnes, face aux expériences de précarité et en particulier sur leur rapport à la mort. Cela nous en apprendra également sur les possibilités d'investir les programmes de dépistage, grâce à la mise à jour de certains de leurs enjeux.

2.1. Science, religion et superstition chez les participants

Lorsque Freud aborde la question de la mort, il le fait surtout à propos du fonctionnement culturel. Il distingue alors trois systèmes : le système animique – qu'il lie à la superstition –, le système religieux et le système scientifique.

L'« ambiance culturelle » est aujourd'hui indéniablement dominée par la pensée scientifique. Deux des catégories d'analyse ayant émergé regroupaient les propos des patients quant à « La Santé publique » et à « La recherche scientifique ». Il arrive aux participants de partager certaines de leurs connaissances sur l'évolution des pathologies, sur les facteurs étiologiques, les facteurs de risque des maladies, mais aussi sur l'évolution de la médecine et des pratiques médicales, etc.

« ...dans le temps on disait, “on est mort d'un arrêt du cœur”, là maintenant il y a 15 ans, on savait que c'était d'un cancer [...] On maîtrisait moins, même il y a 15 ans on maîtrisait moins ces problèmes-là qu'aujourd'hui, c'est sûr. [...] Oui et non. Je crois...je crains que les cancers se traduisent par tellement de formes que ce qu'on appelait un arrêt du cœur est aujourd'hui un cancer. Qu'il y a tellement de formes de cancer, les cancers de la peau, les cancers de ceci, de cela, on vit avec. On sait aujourd'hui mettre un nom sur tel ou tel mal. [...] On sait très bien qu'un cancer, cancer du sein, il se multiplie aujourd'hui. S'ils sont pris dans leurs premières phases, il y a un taux de réussite fabuleux aujourd'hui, exceptionnel et encourageant. » (Mr Deht)

Notons particulièrement l'usage du « on » par Mr Deht lorsqu'il aborde la question des connaissances, témoignant de l'identification aux professionnels ayant réuni ces connaissances et pouvant agir sur les maladies. Mr Soje, lui, se positionne et partage son expertise :

« Ah oui, quand même encore un bon mot. Quelle est la meilleure manière de guérir du cancer ? Ben c'est de ne pas l'avoir. Donc, c'est indispensable que les médecins actuellement cherchent à dépister le cancer, cherchent à le guérir, ça, c'est indispensable.

Il serait certainement beaucoup plus intéressant de mobiliser les forces sur la prévention et pas avec des trucs ridicules comme les paquets de cigarettes dont on parlait tout à l'heure, ou au médecin qui font les gros yeux, ou aux gamins : “tu ne vas pas fumer hein” [...] Moi je dis, il faut faire une étude psychologique pour ne pas avoir le cancer, ou pour ne pas fumer, pour ne pas avoir le cancer. » (Mr Soje)

Mr Sial, Mr Deht, et Mr Leje, ainsi que de nombreuses autres personnes à l'occasion de leur recrutement dans l'étude, partagent également leur enthousiasme et leur espoir en la recherche médicale scientifique, en la médecine préventive, etc.

« Ah ben bien sûr. Bien sûr, de toute façon comme disait l'autre “on n'arrête pas le progrès”, alors il ne faut pas le bloquer. Ça servira peut-être pour mes enfants, que sais-je ? Pour les autres. Donc nous profitons bien de ce que les autres ont essayé. [...] Non, mais à mon avis, comment voulez-vous faire avancer la science ? Comment...c'est dans les erreurs qu'on s'améliore, quelque chose qui n'est pas adéquat, bon ben on la change. Mais il faut bien qu'il y ait des...des...de la recherche. Et que la recherche, bon, d'abord on est un peu protégé quand on est malade, on est à l'hôpital, c'est intéressant, de se faire suivre. Et...il n'y a pas que soit qui est...qui est...comment dirais-je ? Bénéficiaire. Il y a ceux qui viendront après, ceux qui... » (Mr Sial)

« Qui aujourd'hui sont négatifs, parce qu'en l'état actuel de la science. Mais qui permettront justement à cette science de progresser. C'est ce que je pense, très sincèrement. [...] Exactement, donc c'est positif. Si on ne fait pas ces tests-là, on attend que la catastrophe arrive pour la traiter. Si on a la possibilité de diminuer les décès ou l'aggravation de ces problèmes par un traitement préventif, c'est fantastique. C'est ça la science, je pense, le fait que la médecine progresse sans arrêt et sans arrêt. Malheureusement, les microbes et autres n'arrêtent pas eux aussi de progresser donc c'est une suite sans fin. C'est une poursuite sans fin. » (Mr Deht)

« Il faut que la recherche puisse avancer, il faut que les connaissances médicales puissent être encore meilleures puisque malheureusement on voit bien le sens de l'histoire c'est qu'il y a de plus en plus de gens qui ont des pathologies...pas uniquement cancer, mais de tout ordre, et puis ben voilà si on peut apporter sa petite pierre pour aider tout ça, c'est ce qui me motive. » (Mr Leje)

Les traces de cette internalisation sont également perceptibles même lorsque les participants ne partagent pas directement des connaissances générales sur la recherche scientifique, sur les pathologies, sur les pratiques médicales, etc. Nous pensons par exemple à l'utilisation par les personnes des termes techniques médicaux et scientifiques lorsqu'elles décrivent leurs affections somatiques et les traitements dont elles ont fait l'expérience.

« Nécroses », « artères », « tendons », « amputation », « diabète », « ulcère », « rhumatismes », « infiltration », « cancer », « canal carpien », « scoliose », « cholestérol », « échographies », « polypes », « uretère droit », « carotide », « pontage veineux », « vésicule biliaire », « rétentions urinaires », « scanner », « doppler », « IRM », « biopsie », « choc hémorragique », etc.

Nous pensons également à l'association, très fréquemment retrouvée et rarement contestée, entre le tabagisme et les pathologies artérielles ou le cancer :

« Quand j'ai commencé à fumer je savais très bien que ce n'était pas bien » (Mme Mooc)

« C'est les artères donc merci les cigarettes aussi. » (Mme Glaa)

« Ben, je me dis que de toute façon il faut bien trouver une excuse donc la cigarette elle est là, bon je pense que...franchement je n'en sais rien. Je pense que de toute façon c'est nocif pour la santé. Il ne faut pas non plus...C'est du genre, si à un moment on se disait : "ben tiens non, ce n'est pas du tout nocif, qu'on pouvait fumer, oui je refumerais, c'est sûr"... Mais bon voilà quoi. Mais bon c'est sûr que la cigarette moi de mon côté je pense que ça n'a pas aidé...la cigarette n'a pas aidé c'est sûr. Puisque je sais, par les médias, par tout le monde, par les médecins, tout le monde que la cigarette est nocive quoi, c'est tout. » (Mme Kcoa).

Les participants font parfois des mentions à la mort qui s'inscrivent dans ce système de croyance rationnel. Nous y reviendrons. Nous pouvons noter ici, en extrait, le fait d'envisager les traitements médicaux jusqu'à la fin de la vie pour retarder la survenue de la mort, des mentions à l'euthanasie, le fait de penser qu'il n'y a rien après la mort, que « la bougie s'éteint » (Mr Deht).

En ce qui concerne maintenant un autre système nommé par Freud, le système religieux. Quatre participants mentionneront la religion : Mr Chez et Mr Paut parleront du christianisme, Mr Node du judaïsme, Mr Sial de l'Islam. Ces propos sont réunis dans la catégorie « Culture, Religion, Politique » ou « Après la mort ».

Si Mr Sial indique être « profondément » croyant – au contraire de Mr Node, Mr Chez et Mr Paut qui disent ne pas croire en Dieu ou qui sont plus ambivalents –, les quatre insistent sur l'importance culturelle de la tradition religieuse dans leur éducation et leur vie. Mr Node est par exemple attaché à son appartenance à un peuple et à ses traditions. Malgré cet attachement, son appréhension de la mort n'est pas ancrée dans la religion.

« Je crois qu'on...on reste comme ça dans la terre, on retourne à la terre et que ça se disperse. Je n'ai pas d'idée précise quoi. Je ne crois pas au paradis, je ne crois pas à l'au-delà. Je crois que la religion a été inventée par les hommes, vraiment pour que certains leaders à l'époque, je parle de ça il y a 3000 ans hein, pour que certains leaders tiennent le bas-peuple en laisse. Je crois sincèrement que c'est ça. Et j'ai étudié la religion, attention...la mienne hein ? Les autres non hein, mais ma religion je l'ai étudiée en lisant strictement la bible, en pointant des incohérences, en pointant des cohérences, donc moi c'est le peuple qui m'intéresse et aujourd'hui la Terre...je sais que ça ne va plus se passer comme ça. » (Mr Node).

Mr Sial se dit quant à lui profondément croyant. Malgré cela, il exprime des doutes sur l'existence du paradis et considère que la raison doit, pour déterminer les comportements des hommes et quand cela est possible, passer avant la religion.

« Oui, mais c'est-à-dire il y en a un... parce ce que ce qui est embêtant c'est que bon...le Bon Dieu ne nous a pas faits tous intelligents hein ? Il y a des jolies blondes et tout, et puis il y a des noirs avec un œil qui manque, un bras cassé, c'est ça la vie, vous comprenez ? Il faut faire avec. Donc il y a des gens intelligents, qui leur intelligence leur suffit de suivre le droit chemin, il y en d'autres qui ne savent pas ce qu'ils font. Alors la religion est un frein pour éviter de faire du mal. Bon ben, paradis ou pas paradis, c'est vrai ou pas vrai, personne n'y a été pour nous donner une réponse. [...] Je crois que l'intelligence de l'homme doit régner en maître, parce qu'il n'y a que ça qui sauve, pour ceux qui n'en ont pas, comme on disait, c'est la religion. » (Mr Sial)

Dans le discours, seront néanmoins parfois retrouvés, même chez certaines personnes se disant non-croyantes ou doutant de l'existence de Dieu, des appels ou des remerciements à son intention, et notamment quand se profile la perspective d'être malade.

« Bon ben, je dis tant mieux, tout ce que j'ai pris c'est vrai que je vois des gens à partir de 50 ans ils ont des tas de trucs. Donc je dis merci, mon Dieu, s'il y en a un. Voilà [parce qu'elle n'a rien] » (Mme Ouna)

« Eh ben, en trois jours c'était la galère, c'est courir hein, derrière les examens hein. Aussi, j'ai vu l'ophtalmo, c'était bon parce que cette fois-ci, je n'ai pas encore, Dieu soit loué, je n'aurais pas ça ». (Mr Djam)

Le système de croyance internalisé, pour les personnes que nous avons rencontrées, semble donc bien être majoritairement le système scientifique, et ce, même lorsqu'existe la foi en Dieu.

Ont été également relevées des manifestations de croyances qui pourraient être considérées comme superstitieuses, dans la catégorie « Après la mort ». Voici ce qu'en dit Mme Syet :

« Alors... (*rire*) vous allez peut-être en rigoler, mais ça, c'est un truc que j'ai dans ma tête, je me suis promis de faire, si j'avais la possibilité de le faire, c'est de mourir et de venir enquiquiner tous les gens que j'aime bien. Donc, vous voyez ? J'ai un regard sur la mort, en disant "est-ce que je peux venir...revenir faire des tours pendables quelque part ?". La mort, je ne sais pas. J'y pense mais pas forcément...pas forcément tristement. Enfin ça à partir du moment où on est amené à mourir, quelque part. Non, mais j'aimerais bien trouver un système, négocié je ne sais pas avec qui en haut, pour pouvoir revenir et puis, entre guillemets m'amuser des amis ou des...mais pas des méchancetés hein, juste des petits tours pendables, voilà, du matin au soir. Déjà, je pense que je m'amuserais. [...] J'ai toujours voulu faire ça. Oui, oui. Je ne sais pas d'où ça vient mais bon, c'est le côté chapeau magicien, j'aime bien faire des petits tours et c'est vrai que c'est un truc...de toute façon j'ai toujours dit, je verrai avec qui je vais négocier mais, j'essayerai de revenir pour les enquiquiner (*rires*). Donc d'où mon dilemme, est-ce que je me fais brûler ou est-ce que je me fais enterrer ? Ça, je ne sais pas. Je ne sais pas lequel...quel moyen est mieux pour négocier (*rires*). Et revenir enquiquiner les autres. [...] Oui, oui, je n'ai pas une vision morbide, en fait, on va dire, de la mort. » (Mme Syet)

Voici ce qu'en dit, par ailleurs, Mme Kcoa :

« Je savais que j'étais en urgence vitale, et que je pouvais mourir. Euh, j'étais tellement fatiguée. J'avais une envie de dormir. Donc pfff. Et puis, pour moi je n'allais pas mourir. J'en étais persuadée, ce n'était pas mon heure, ce n'était pas mon heure. [...] Parce que bon, je crois en la réincarnation, je lui dis "c'est dommage, je ne suis pas un chat". Et j'ai une infirmière qui m'a regardée qui m'a dit : "de quoi vous parlez ?". Je dis : "je suis morte, et je ne comprends rien, j'aurais pu être un chat". », « Ben non, ou alors je me dis que je suis comme les chats, je rebondis sur mes pattes. Un chat, ça a 7 vies. Bon en même temps je l'ai quand même bien entamée. Non, je rigole. (*rires*). Non, c'est ce que je dis à mes enfants : "ne vous inquiétez pas". Parce qu'eux ils se font plus de bile que moi. Non. Non. Il faut prendre la vie comme elle vient. On ne peut pas vivre dans la peur, je ne suis pas hypocondriaque. », « Si, je crois en la réincarnation. Maintenant...Bon Dieu tout ça, oh excusez-moi (*rire*). Non, je n'y crois pas. [...] Ben si je dois être réincarnée... Je vous dis, en chat ou...c'est parce qu'en fait je vais être incinérée, et en incinérant, je voudrais être balancée dans un petit coin d'herbe. Qu'au moins ça puisse servir à... [...] à quelque chose, des plantes ou quelque chose. Ou vraiment si je serais réincarnée ben en chat, ce ne serait pas mal. » (Mme Kcoa)

Ces verbatims nous ont paru intéressants à bien des égards. Dans les deux cas, il s'agit de croyances non directement attachées à un système de croyance, à une religion en particulier, bien que nous y retrouvions des éléments connus, tels que la réincarnation, l'idée d'une vie après la mort, et du fantôme. Mme Syet compte bien pouvoir négocier avec quelqu'un (telle une adaptation du jugement dernier) pour pouvoir, après sa mort, tel un fantôme, revenir jouer des tours, faire des blagues, embêter gentiment ses amis. Mme Kcoa croit, elle, avoir 7 vies, comme les chats, et un jour pouvoir se réincarner en chat. Toutes deux déterminent leur choix de se faire enterrer ou incinérer, sur la base de ces croyances.

2.2. La mort dans les systèmes animiques, religieux, et scientifiques

Selon Freud, la superstition serait une forme « décelable dans la vie du présent »⁸⁷⁹ de l'animisme. Or la création de mythe, l'activité de pensée propre au système animique, aurait pour vocation à répondre à l'énigme posée à l'homme primitif par la question de la mort.

Schwering repère également des moments d'émergence de pensée animique chez des personnes rencontrant la question de la mort dans le milieu médical. Chez des patients transplantés, ils peuvent prendre la forme d'une idée magique, chez le receveur d'organe, de créer la mort du donneur en la souhaitant. « Attendre l'organe revient alors à attendre que quelqu'un meure et, dans l'esprit des patients, à provoquer cette mort par le seul fait de l'attendre »⁸⁸⁰. Il identifie également des « fantasmes identificatoires »⁸⁸¹ lors desquels le patient receveur de l'organe assimilerait en lui des traits, des qualités ayant appartenu au donneur d'organe.

⁸⁷⁹ Sigmund Freud, « Totem et Tabou » dans *OCF XI (1911-1913)*, 3e édition., Paris, PUF, 2009, p. 286.

⁸⁸⁰ Karl-Leo Schwering, « Techniques chirurgicales et techniques magiques », *Cliniques méditerranéennes*, 2007, vol. 2, n° 76, p. 94.

⁸⁸¹ *Ibid.*, p. 95.

Développons plus le rapport que Freud établit entre le mode de pensée animique et la mort.

Freud décrit d'abord un mode de rapport archaïque à la mort, antérieur à la nécessité de la création du mythe : « D'une part [l'homme primitif] a pris la mort au sérieux, l'a reconnue comme suppression de la vie et s'est servi d'elle en ce sens, mais d'autre part il a également dénié la mort, l'a réduite à rien. Cette contradiction a été rendue possible par le fait qu'il adoptait à l'égard de la mort de l'autre, de l'étranger, de l'ennemi, une position radicalement différente de celle qu'il avait à l'égard de sa propre mort »⁸⁸². L'idée de la mort propre n'a alors aucune substance psychique, le rapport à la mort est dominé par le meurtre, sans lien avec l'idée de disparition de soi.

C'est seulement, selon Freud, dans la mesure où l'homme originaire voit mourir des personnes avec qui il est lié libidinalement, par amour, qu'il est introduit à la mort comme problème. « Alors, il lui fallait dans sa douleur faire l'expérience que soi-même on peut aussi mourir, et tout son être s'insurgeait d'avoir à admettre ce fait ; chacune de ces personnes chères n'était-elle pas une part de son propre moi aimé ? »⁸⁸³. Le système de pensée animique correspondrait dans ce cadre à une première vision du monde créée par l'homme afin d'expliquer son essence, face au problème, à l'énigme posée par l'aperçu du mortifère pour soi. L'homme se met en position de défense contre la nature, d'abord en l'humanisant, par la création des esprits, des démons. « On ne peut s'approcher des forces et destins impersonnels, ils restent éternellement étrangers. Mais si, dans les éléments, des passions se déchaînent comme dans notre âme propre, si même la mort n'est rien de spontané, mais est l'acte de violence d'une volonté maligne, si partout dans la nature on est entouré d'être comme ceux qu'on connaît dans sa propre société, alors on respire, on se sent en quiétude dans l'inquiétant, on peut élaborer psychiquement son angoisse dénuée de sens »⁸⁸⁴.

Deux systèmes de pensée ont selon Freud suivi cette vision du monde « mythologique » : les systèmes religieux et scientifique, chaque système impliquant une évolution du rapport à la mort, par rapport au précédent.

Un premier « perfectionnement de l'être humain »⁸⁸⁵ correspondrait au mouvement d'élévation et d'exaltation de la foi religieuse. L'homme invente une intelligence supérieure à lui, il crée les dieux, puis le dieu unique, qui dirige les choses vers ce qui le réjouit. C'est une figure bonne, mais également sévère, puissante, et protectrice. C'est une instance juridique suprême qui détermine le bien et le mal, le destin des hommes étant dominé par les notions de récompense et de punition. « Au près du cadavre de la personne aimée sont nés non seulement la doctrine de l'âme, la croyance à l'immortalité et l'une des puissantes racines de la conscience de culpabilité chez l'homme, mais aussi les premiers commandements éthiques. Le premier et le plus important

⁸⁸² S. Freud, « Actuelles sur la guerre et la mort », art cit, p. 148.

⁸⁸³ *Ibid.*, p. 149.

⁸⁸⁴ Sigmund Freud, « L'avenir d'une illusion » dans *OCF XVIII (1926-1930)*, 2e édition., Paris, PUF, 2002, p. 157.

⁸⁸⁵ *Ibid.*, p. 159.

des interdits de la conscience morale qui s'éveillait, énonça : 'Tu ne tueras point' »⁸⁸⁶. A donc lieu une première répression des désirs de meurtre, une internalisation de l'interdit venant remplacer la forme archaïque externalisée de punition du meurtre par les esprits. Par ailleurs, dans ce contexte, le sujet se défend de la mort propre dans la mesure où elle « n'est pas un anéantissement, un retour à l'inanimé inorganique, mais le début d'un nouveau mode d'existence qui se situe sur la voie d'un développement supérieur. [...] Ainsi, tous les effrois, souffrances et rigueurs de la vie sont voués à être extirpés ; la vie après la mort, qui prolonge notre vie terrestre, comme la partie invisible du spectre lumineux est accolée à sa partie visible, apportera le plein accomplissement dont peut-être nous avons regretté l'absence ici-bas »⁸⁸⁷.

Le développement de la pensée scientifique signerait selon Freud l'apparition d'une nouvelle vision du monde, et inviterait donc à un nouveau rapport à la mort. L'homme devrait dans ce système, rencontrer l'hostilité de la vie, reconnaître son impuissance et surtout sa finitude. « Dans la vision du monde scientifique, dira-t-il, il n'y a plus de place pour la toute-puissance de l'homme, il a reconnu sa petitesse et s'est soumis avec résignation à la mort comme à toutes les autres nécessités naturelles »⁸⁸⁸. La reconnaissance de la mort impliquée par le système scientifique serait due à l'ancrage des connaissances scientifiques dans l'empirique. La différence principale entre ce système et les précédents serait selon lui que les précédents reposent sur des illusions, des propositions psychologiques, indémonstrables, alors que le système scientifique repose sur l'observation du monde extérieur. Le travail scientifique offrirait « la possibilité d'apprendre par l'expérience, sur la réalité du monde, quelque chose par quoi nous pouvons accroître notre puissance et d'après quoi nous pouvons aménager nos vies »⁸⁸⁹.

En suivant le développement freudien, la bonne qualité du rapport à la réalité dans le fonctionnement du système scientifique serait donc concomitante d'une acceptation de la mort. Freud, à l'instar de certains théoriciens du vieillissement, postule l'augmentation de l'acceptation de la mort. Il ne l'attribue pas aux événements vécus, mais à la meilleure connaissance de l'homme sur le monde et au développement du rapport à la réalité. Une des conséquences de l'internalisation de l'ambiance culturelle dominante scientifique serait donc la non-nécessité de mobiliser des défenses face à la perspective de la mort. Or, nous l'avons vu, l'étude des réactions des participants de l'étude nous mène à d'autres conclusions. Nous avons pu constater chez eux la mobilisation de défenses psychiques face à la perspective de détérioration du corps ou lorsqu'était mentionnée l'idée de la mort.

2.3. Systèmes de pensée collectifs et progrès psychiques collectifs/individuels

Deux hypothèses peuvent être considérées : d'une part, tous les participants de l'étude, dans la mesure où ils mobilisent des défenses, pourraient fonctionner selon les principes des systèmes

⁸⁸⁶ S. Freud, « Actuelles sur la guerre et la mort », art cit, p. 151.

⁸⁸⁷ S. Freud, « L'avenir d'une illusion », art cit, p. 159.

⁸⁸⁸ S. Freud, « Totem et Tabou », art cit, p. 298.

⁸⁸⁹ S. Freud, « L'avenir d'une illusion », art cit, p. 196.

animiques ou religieux. Si tel n'était pas le cas, il faudrait envisager l'idée que ni l'internalisation du système scientifique ni un bon rapport à la réalité n'implique une pleine acceptation de la mort et ne dispense le sujet de s'en défendre.

Par rapport à la première hypothèse. Nous nous garderons d'un rapprochement trop hâtif entre systèmes de croyance collectifs et croyances individuelles. Nous avons en effet retrouvé chez Mme Syet et Mme Kcoa des restes du fonctionnement animique tel que Freud les suppose agissant dans la superstition. Mais il est également important de noter, comme le fait Schwering, la non-recouvrance entre de tels processus psychiques mobilisés à l'hôpital et l'animisme comme système. Si la superstition se retrouve chez Mme Kcoa et Mme Syet, « si nous pouvons constater l'existence d'une panoplie de pensées à caractère magique, elles ne s'accompagnent cependant pas de ces fameuses techniques magiques qui formaient l'indispensable pendant pratique de la théorie de l'animisme. En effet, rien de ce qui pourrait rappeler les rituels magico-religieux si spectaculaires des primitifs, voire même, sur le plan de la névrose cette fois, les actions compulsives des patients obsessionnels destinées à conjurer des malheurs imminents »⁸⁹⁰. Le terme « animisme » ne se rapporte pas à la croyance en la magie ou à la croyance aux pratiques magiques, mais se rapporte à l'utilisation de procédés psychiques relevant de techniques magiques. Il s'agirait, par exemple, de l'utilisation de l'annulation rétroactive, fréquente dans la névrose obsessionnelle, consistant à s'efforcer de « faire en sorte que des pensées, des paroles, des gestes, des actes passés ne soient pas advenus », en utilisant pour ce faire « une pensée ou un comportement ayant une signification opposée »⁸⁹¹.

Mme Kcoa et Mme Syet font preuve de réflexivité sur leurs pensées et ces croyances superstitieuses. Elles présentent leurs idées comme des croyances, même comme des idées pouvant faire rire. Elles utilisent de nombreuses précautions verbales, et évoquent également les notions de « jeu », de « négociation ». Nous pouvons aussi noter que Mme Kcoa est aide-soignante de profession, et travaille donc au cœur du milieu hospitalier et en contact avec la médecine technoscientifique. L'utilisation de croyances profanes se fait donc ici au sein, et non pas en opposition, à la culture dominante qui « englobe [...] tout le savoir et tout le savoir-faire que les hommes ont acquis afin de dominer les forces de la nature »⁸⁹². Ces théories personnelles s'inspirant de mythes collectifs s'inscrivent dans un contexte psychique où a été internalisée l'influence de l'ambiance culturelle actuelle, c'est-à-dire, scientifique.

La distinction entre l'animisme, la religion et la science n'est ici pertinente que parce que ces systèmes représentent des visions du monde collectives qui permettent des analogies avec les moyens psychiques individuels. L'évolution d'un système à l'autre, d'une vision du monde à l'autre, serait concomitante des progrès psychiques effectués lors du développement de

⁸⁹⁰ K.-L. Schwering, « Techniques chirurgicales et techniques magiques », art cit, p. 96.

⁸⁹¹ J. Laplanche et J.-B. Pontalis, *Vocabulaire de la psychanalyse*, op. cit., p. 29.

⁸⁹² S. Freud, « L'avenir d'une illusion », art cit, p. 146.

l'humanité. Les convictions personnelles individuelles – en la superstition, en la religion, ou en la science – ne présument pas des progrès psychiques des personnes par-là concernées.

La vision du monde animiste constituerait la vision du monde rendue possible par les capacités de pensée de l'homme primitif, qui ne dispose pas d'autres moyens pour connaître le monde que de projeter son être à l'extérieur. L'homme primitif substitue ainsi « la psychologie à une science de la nature »⁸⁹³. Lorsque l'homme primitif humanise la nature, il ne ferait que suivre un modèle infantile. « Il a appris au contact des personnes de son premier entourage qu'instaurer une relation avec elles est bien la voie pour les influencer et c'est pourquoi, plus tard, dans le même dessein, il traite tout ce qui se présente d'autre à lui comme jadis ces personnes »⁸⁹⁴.

L'évolution de la mythologie à la religion puis au monothéisme relèverait de la découverte par l'homme, du complexe paternel. Ainsi, alors que l'animisme correspondrait au stade narcissique, période de toute-puissance des pensées, la religion correspondrait au stade de la relation avec les parents, et notamment le père. « Le peuple qui parvint le premier à une telle concentration des propriétés divines ne fut pas peu fier de ce progrès. Il avait dégagé le noyau paternel qui était de tout temps dissimulé derrière chaque figure de dieu »⁸⁹⁵. Solution par laquelle sont trouvées les possibilités de la récompense, de compensation face au désaide, rendues possibles à partir du moment où sont rassemblés sur une figure unique les attributs de désirabilité, d'admiration, de protection, mais également de peur, de menace de punition. « Dès lors que l'homme en cours de croissance remarque qu'il est voué à rester toujours un enfant, qu'il ne peut se passer de protection contre des surpuissances étrangères, il confère à celles-ci les traits de la figure paternelle, il se crée les dieux dont il a peur, qu'il cherche à se gagner et auxquels il transfère néanmoins le soin de sa protection. Ainsi le motif de la désirance pour le père est-il identique au besoin de protection contre les conséquences de l'impuissance humaine »⁸⁹⁶.

Au cœur de l'évolution d'un système de pensée à un autre se situent donc des progrès psychiques effectués par l'humanité au cours de son développement.

Ces progrès psychiques qui se reflètent dans la psychologie des peuples, doivent être progressivement acquis par le petit d'homme au cours de son développement. Les structures psychiques individuelles se trouveraient reflétées dans la psychologie des peuples.

Le petit d'homme n'est pas seul dans cette tâche d'internalisation des progrès psychiques réalisés et peut profiter des solutions trouvées par ses ancêtres : « Il est d'ailleurs particulièrement pertinent de dire que la culture offre à l'individu ces représentations, car il les trouve déjà là, elles lui sont présentées toutes faites, il ne serait pas en mesure de les trouver tout seul. C'est là l'héritage de nombreuses générations, auquel il accède, qu'il recueille comme la table de multiplication, la géométrie, etc. »⁸⁹⁷. En cela, la psychologie des peuples peut aider à la

⁸⁹³ *Ibid.*, p. 157.

⁸⁹⁴ *Ibid.*, p. 162.

⁸⁹⁵ *Ibid.*, p. 160.

⁸⁹⁶ *Ibid.*, p. 164.

⁸⁹⁷ *Ibid.*, p. 161.

compréhension et au repérage des phénomènes psychologiques individuelles. « Nous pouvons risquer la tentative de comparer les stades du développement de la vision du monde de l'humanité avec les stades de développement libidinal de l'individu »⁸⁹⁸. Chaque homme, du point de vue individuel, a donc vu son fonctionnement psychique dominé successivement par différentes tendances plus ou moins matures du fonctionnement psychique. De l'animisme, Freud dit bien qu'il est « vivant comme fondement de notre façon de parler, de croire et de philosopher »⁸⁹⁹.

2.4. Retour sur les procédés défensifs mobilisés face à la finitude

Nous avons relevé, dans une section précédente, la mobilisation de mesures défensives par les personnes, face à la perspective de la maladie et de la finitude, de l'ordre de la mise à l'écart de la réalité. Cette mise à l'écart était réalisée par déni, que le déni porte sur la représentation de danger, sur le lien entre soi et le danger, sur la valeur affective du danger. La réalité du danger était également parfois mise à l'écart par minimisation, par dénégation, etc. Nous allons maintenant compléter cette présentation des mesures défensives repérées chez les personnes rencontrées. Analyser ces mouvements psychiques au prisme de l'étude des différents systèmes : scientifique, religieux et animique, sera éclairant pour expliquer le fonctionnement psychique en cas d'exposition à la perspective de la détérioration du corps et de la finitude.

De nombreux participants ont recours, non pas à la mise à l'écart de la réalité face à un danger, mais à son annulation par investissement immédiat d'une représentation positive. Ce mécanisme est rendu particulièrement évident par l'étude de la catégorie « Etat d'esprit, attitude, philosophie ». Ainsi par exemple, Mr Node, à de nombreuses reprises lors de nos échanges :

« Chercheuse : Vous avez accepté aujourd'hui de rejoindre l'étude Detector de dépistage des cancers liés au tabac. Est-ce que vous pourriez me parler de votre réaction à la proposition de rejoindre cette étude ? Et depuis, comment vous vivez la possibilité qu'une maladie soit détectée par ce biais ? Mr Node : Oh, déjà c'est formidable. Bien sûr. » (Mr Node)

« ...c'est là qu'ils ont détecté ce problème [un cancer de la prostate]. Mais ça, c'était il y a 4 ans hein ? 3 ou 4 ans. [...] J'étais très confiant. Très confiant » (Mr Node)

De manière similaire, nous noterons la réaction de Mme Syet, qui, comme dans tout le reste de l'entretien, fait presque immédiatement et systématiquement suivre une référence humoristique lorsque survient une représentation inquiétante :

« Ben c'est maladie, déjà. Maladie duraille, oui. Maladie dure et puis...quoi encore ? Peut-être espérance de vie qui se limite. [...] Enfin, après il y a tellement de choses, il n'y a pas qu'un cancer, il y en a plusieurs. Donc... Non, non, et puis je ne sais pas si vous connaissez le comique, il y a Dieudonné qui a fait un super sketch sur le cancer. Je ne sais pas si vous... [...] C'est du comique en fait. C'est quelqu'un qui arrive et qui

⁸⁹⁸ S. Freud, « Totem et Tabou », art cit, p. 300.

⁸⁹⁹ *Ibid.*, p. 286.

est...vous savez ? En vert, donc en fait qui est radioactif quoi. C'est vraiment du comique, mais c'est mignon, c'est bien fait. »

Il en est de même pour Mme Ouna :

« Il y a l'âge qui fait aussi. Je ne sais pas qui disait : "Le jour où tu ne sentiras plus rien c'est que tu seras morte" alors... (*rires*) je me console comme ça. » (Mme Ouna)

Ces représentations positives pourraient s'entendre comme des dégradés de l'annulation rétroactive – de l'ordre du normal et non comme mécanisme pathologique utilisé principalement dans la névrose obsessionnelle – dans la mesure où a lieu « la succession de deux formules verbales ou de deux conduites différentes, la seconde supprimant la première dans l'esprit de la personne qui utilise ce mécanisme »⁹⁰⁰.

De nombreux participants insistent par ailleurs fortement sur l'attitude qu'ils adoptent, la nécessité de prendre les choses du bon côté, d'être optimiste face à la maladie, ou leur volonté de ramener les impressions inquiétantes à des choses positives.

« Ce que je peux vous dire c'est que si j'évoque la mort, je me dis immédiatement qu'il est temps de profiter des bons moments, et d'en profiter au maximum puisque c'est... [...] À la réalité, à aujourd'hui, à quelque chose de positif. » (Mme Heau)

« Je n'y pense pas. On a tellement d'occasions et d'opportunités de se réjouir et rigoler, donc on en profite. » « J'év... je ne vais pas dire j'évite de parler de ça, de ces problèmes-là. Parce que la vie n'est déjà pas rigolote, alors essayons de voir tous les côtés positifs de la vie et les bonifier. Ce n'est pas de la peur, je ne pense pas » (Mr Deht)

« Ah quand on pense à la mort, là ce n'est plus le cancer, là. C'est une autre façon de penser. Ben, écoutez, on fait la différence d'âge et puis on se dit, bon il nous reste tant à vivre, profitons. » (Mr Sial)

« Non mais je crois que je suis un peu dans la lune. Je n'y pense pas, j'évite. Je suis, le cas, comme on dit, un perpétuel optimiste. [...] Non, non. Non, moi je vous dis, je suis un perpétuel optimiste. » (Mr Nare)

Ces mécanismes servent parfois de support à d'autres moyens trouvés par les personnes pour écarter des représentations déplaisantes. « Contre-investir, c'est investir des représentations qui ont pour but de barrer la route à des représentations associées à un souvenir menaçant. »⁹⁰¹. Au-delà d'être optimiste, au-delà d'être positif, investir le positivisme et l'optimisme aurait une fonction défensive contre des pensées au potentiel angoissant et perturbateur. L'investissement de ces attitudes et représentations servirait de support aux activités protectrices du moi.

Notons que la grande majorité des personnes n'est pas dans un déni ou un évitement massif des représentations pénibles associées à la perspective de la mort. Lorsque la réalité du danger

⁹⁰⁰ S. Ionescu, M.-M. Jacquet et C. Lhote, *Les mécanismes de défense*, op. cit., p. 190.

⁹⁰¹ *Ibid.*, p. 213.

n'est pas mise à l'écart, les participants ont parfois recours à d'autres procédés. A l'adoption d'une attitude positive est parfois attribuée le pouvoir d'agir face à la maladie :

« Ensuite, ce que j'ai constaté c'est des réactions complètement différentes face au cancer et l'idée selon laquelle la personne, qui est donc...qui porte le cancer, met très suffisamment de force à se battre et pourrait réussir. Oui, ça j'y crois. C'est ce que j'ai en tête comme image. [...] Vous voyez on a quand même le sentiment que les personnes qui veulent...enfin, pas toujours bien sûr, mais que si vous mettez de l'énergie quand même à lutter contre la maladie, plutôt que de baisser les bras et vous dire que vous êtes foutu, vous avez quand même plus de chances de vous en sortir. » (Mme Heau)

De même, il nous semble qu'investir la possibilité d'agir assure une fonction protectrice pour Mme Daso face à la perspective de la maladie et de la mort :

« ...et puis je...je ne vais pas me mettre, comme on dit la rate en court-bouillon si un jour on a un cancer, ben on a un cancer il faut lutter, faire ce qu'il faut [...] ...je ne sais pas comment je réagirais si un jour ça m'arrivait. Mais j'y réfléchis hein ? Par rapport à la cigarette, justement et aux poumons, et je me dis, ben voilà, je réagirais en battante. S'il y a un traitement, on le fera, s'il y a... », « Il y en a qui cachent, il y en a qui ne nomment jamais le mot cancer quoi. Ils disent le truc, la maladie, enfin voilà quoi. Moi j'ai tendance à prendre le taureau par les cornes », « Je me dis "(prénom), chaque chose en son temps". Tu l'as ou tu ne l'as pas. Tu ne l'as pas, c'est génial. Tu l'as et bien on va voir, on va avancer pas à pas, en fonction de ce qu'on va me proposer. De toute façon je ne me suis jamais défilée devant...devant un aléa de la vie ou devant...devant quoi que ce soit qui m'arrive quoi. J'affronte quoi. Il n'y a pas le choix de toute façon. Jouer l'autruche ça n'a jamais mené nulle part. Donc et bien on fera comme tous les gens qui l'ont à ce moment-là, on va me proposer...je trouve que j'ai été relativement bien prise en charge dans cet hôpital donc j'ai plutôt confiance et je me dis "et bien, ce n'est pas la peine de s'angoisser qu'il n'y a rien". Donc...mais s'il y a et bien on fera ce qu'il faut et puis voilà. »

Plusieurs participants déplacent immédiatement le sujet de la mort ou de la maladie sur le thème de l'arrêt du tabac. Il nous semble que déplacer la problématique de la maladie et de la mort sur la problématique du tabagisme – au-delà des raisons rationnelles évidentes – est un moyen inconscient pour ces participants de retrouver une certaine maîtrise sur une situation fondamentalement non maîtrisable. Arrêter de fumer – nous retrouvons ces occurrences dans la catégorie « Arrêt et sevrage tabagique » est alors investi comme un moyen de stopper la mort, dans une tentative de retourner la passivité face à la précarité en potentiel d'action.

Un tel procédé de déplacement de l'investissement nous semble perceptible dans d'autres occurrences. Ainsi, de nombreuses personnes, (catégorie principale « Souhaits, désirs, jugements sur l'avenir ») plutôt que d'aborder la mort sous l'angle de la disparition de soi, parlent de la mort comme évènement, ou encore, non pas la mort pour soi, mais de sa mort pour les autres.

« ...oui bien sûr que ça m'arrive de penser à la mort. Je me dis c'est un moment à passer, voilà. C'est...on ne sait pas ce que c'est, personne n'en est revenu donc...c'est le grand

mystère quoi. Donc, pourquoi s'angoisser puisque...disons que ma pensée va vers, plus vers mes enfants en me disant "c'est ceux qui restent qui souffrent". [...]...enfin, c'est nous qui souffrons parce qu'on ne sait pas ce que c'est que la mort. C'est...je ne sais pas moi...je ne suis pas croyante en plus donc je n'ai pas beaucoup de perspective de ce côté-là, à quoi me raccrocher. Pour moi, c'est le...voilà ça fait partie de la vie, parce qu'il y a la vie et la mort c'est lié. Il y a un début et une fin comme...mais personne n'en est revenu, est-ce que c'est douloureux ou pas ? De quoi on a peur en fait ? De la douleur ? De...de...moi la seule chose qui me fasse de la peine c'est penser à mes enfants, oui vraiment. » (Mme Daso)

« Ben, quand j'y pense je me dis "Pourvu que ce soit quelque chose de rapide". Voilà, c'est tout. C'est surtout ça. », « Ça, enfin la mort ne me traumatise pas. Je ne suis pas pressée (*rires*), mais...la seule chose c'est ne pas souffrir », « Voilà que ce soit le plus rapide possible. Bon qu'elle ne soit pas trop brutale non plus » (Mme Ouna)

« Autant être en bonne santé, mourir en bonne santé qu'être malade (*rires*). Le plus tard possible, mais, je veux dire, en bonne santé. Mais pas être impotent être à la charge de, dépendant, non », « ...j'ai la trouille de devenir dépendant oui... [...] Mais...ça, j'aimerais mieux éviter ça. Partir en bonne santé et conscient. (*rires*). », « C'est plus le côté souffrance physique que...qui devient supportable, que j'aurais du mal, justement à vivre. Je trouve que souffrir... Ce n'est pas ça, c'est surtout emmerder tout le monde et en être conscient. Si c'est dans l'inconscience, ben il faut attendre que les choses se passent, c'est tout. » (Mr Deht)

Si d'un point de vue rationnel, il peut paraître justifié de craindre les événements précédents la mort que la mort en elle-même, dans la mesure où lorsque le sujet est mort, il n'y a plus de sujet pour en souffrir, il nous semble que puissent être condensés plusieurs craintes en une. Pointons ici la potentielle fonction protectrice du déplacement qui permet que « l'accent, l'intérêt, l'intensité d'une représentation [soit] susceptible de se détacher d'elle pour passer à d'autres représentations originellement peu [ou moins] intenses, reliées à la première par une chaîne associative »⁹⁰². Pointons également la potentielle valeur renarcissisante du fait d'effectuer, inconsciemment, un « choix » de la manière de mourir, en établissant des ordres de préférence.

Cette valeur défensive du choix – face aux craintes d'avenir vécues aujourd'hui – nous paraît particulièrement claire lorsque les personnes indiquent qu'elles voudraient, avant de trop souffrir, pouvoir précipiter elles-mêmes leur mort (catégorie « Idées utilisées pour apaiser les craintes ») :

« Oui, ben ça a vraiment, certainement si j'avais soit Alzheimer soit autre chose, je demanderais à mon épouse si elle veut bien s'occuper de ce problème, m'aider à partir tranquillement », « Ça, c'est...oui. Si je pense à ça, j'ai la trouille de devenir dépendant oui...c'est pour ça que je suis avec attention les études qui sont faites en ce qui concerne l'accompagnement thérapeutique à mourir dignement. Et je prendrai peut-être mon billet pour la Suisse s'ils ne veulent pas adopter ce principe en France ». (Mr Deht)

⁹⁰² *Ibid.*, p. 57.

« Ah non. Non, non. Entre nous, je me suicide. Je ne me soignerai pas, c'est ça que je voulais dire. Je ne vais pas supporter de chimio et de tous ces trafics-là. Je n'ai pas envie. Je n'ai pas envie. C'est un choix hein ? [...] Et je ne suis même pas envie de que quelqu'un rattrape l'idée quoi. Vous voyez ? Je... je ne vais pas aller en Suisse hein ? Pour me suicider en Suisse légalement et tout ça. Je choisirai autre chose, je ne sais pas quoi. Mais je ne traînerai pas. » (Mr Node)

« ...si mon avenir c'est de passer ma vie dans des hôpitaux à faire...à raboter les pieds de gauche et de droite et tout, la réponse pour moi est très claire aujourd'hui, ça sera non. Donc, voilà, j'essayerais de trouver d'autres alternatives pour...face à ça parce que c'est quelque chose que je ne veux pas et que je ne supporterais pas de vivre. [...] Les gens qui sont dans le coma, les gens qui sont...voilà. Mais...des gens qui peuvent dire ce qu'ils veulent, ils devraient pouvoir s'exprimer, ils devraient pouvoir dire : "Voilà, ça, je n'ai pas envie, ça j'ai envie, ou ça j'accepte" et il ne devrait même pas y avoir de...je ne comprends même pas qu'il y ait une discussion sur le sujet. L'euthanasie c'est tellement tabou en France que c'est, ça en devient ridicule quoi. » (Mr Leje)

Nous retrouvons dans les catégories « Comment, pourquoi chercher ? » et « Comment, pourquoi traiter ? » différentes articulations entre la fonction psychique de protection, et les stratégies de soins des participants : décident-ils de consulter ou non, décident-ils ou non de suivre les traitements ? Refuser un traitement – nous l'avons vu dans la section précédente avec Mme Glaa et Mr Node – peut avoir une fonction protectrice de fuite pour le sujet, qui dénie la perspective de maladie au point de fuir l'hôpital. Faire appel à la médecine – en demandant volontairement des bilans de santé, en faisant appel au savoir du médecin, voire en convoquant la possibilité de l'euthanasie – peut également avoir une valeur de protection pour les personnes face à la perspective approchante de la dégradation physique.

La figure du médecin, et, au-delà, l'institution de la médecine, sont bien sûr souvent investies comme source d'espoir. Nous retrouvons ces verbatims dans les catégories que nous venons de mentionner, ainsi que dans les catégories « Interactions avec les médecins », « La Santé publique » ou « La recherche médicale ». Mr Sial, qui par ailleurs offre un tableau clinique d'acceptation de sa mort à venir et qui a bien à l'esprit, qui ne met pas à l'écart la possibilité d'avoir un cancer dans un avenir proche, parle d'être « protégé », « sauvé » :

« Je ne dirais pas que j'ai assez vécu, parce qu'on ne se lasse jamais de vivre, vous comprenez, mais on dit : "ben ce n'est pas grave quoi", d'autant plus que si on s'aperçoit que j'ai un cancer ou que je suis susceptible d'attraper un cancer il y a quand même un suivi de la recherche qui pourrait éventuellement me protéger, me sauver, ou faire durer un peu plus longtemps ma vie. » (Mr Sial)

« Je pense qu'il y a maintenant suffisamment de solutions, il y a des hôpitaux, il y a tout ça, donc je pense que, bon, il y a toujours moyen. [...] De la médecine actuelle, oui. Bon, ben il y aura toujours une solution. » (Mme Mooc)

« Mais, si, il y a quand même de l'espoir vous voyez. Ça, c'est quand même une forme d'espoir si on peut détecter à temps, préventivement, ça vous laisse quand même de l'espoir pour la vie future, tout simplement. » (Mr Deht)

Cette confiance en la médecine ou en la personne du médecin peut aller, pour certains participants, jusqu'à une relative idéalisation, accompagnée d'une adhésion non discutée aux prescriptions médicales.

« Donc moi je suis un peu comme quand je monte dans un avion, je me remets un peu au pilote si vous voulez, parce que je ne peux pas beaucoup intervenir. [...] Et, il n'y a pas de rééducation particulière, enfin pour lui en plus c'est très bénin ce genre de trucs, donc il ne va pas passer deux heures à m'expliquer des choses qui pour lui sont simples, si vous voulez. », « Moi je m'en remets à lui et puis m'adapterai à son diagnostic », « j'attends le verdict du Dr (nom) » (Mr Paut)

« ...où je n'avais pas grand-chose à dire de plus que ce que je vous ai dit la première fois qui était plus un ressenti, une envie de participer, que je trouvais que l'idée était excellente, et si ça pouvait faire avancer les choses et la science, ben j'étais à votre entière disposition », « C'est le Dr (nom) qui m'en a parlé la première fois il y a un mois et demi, quand je l'ai vu. Et qui m'a posé...d'ailleurs j'étais même surpris qu'il me pose la question sous forme de volontariat, plutôt que sur forme "Tiens je préconise...il faudrait que vous fassiez ça" », « Le seul fait que le Dr (nom) m'ait proposé cette expérience... » « Le Dr (nom) me dirait d'arrêter, ben j'arrêtera », « je n'ai pas envie d'arrêter, mais si le Dr (nom) me disait, non ben maintenant là il faut arrêter. Je n'aurais pas trop trop de mal » (Mr Deht)

A l'opposé des mouvements d'idéalisation, sont également perceptibles des mouvements projectifs de la part des participants. Nous avons d'ailleurs déjà noté dans le chapitre précédent certains mouvements projectifs qui permettaient de tenir la mort à distance, et qui devenaient apparents lorsque le rapprochement du moi du sujet et de ces figures, cibles de mouvements projectifs, entraînait brutalement un retour des contenus projetés sur la personne propre. Une autre cible privilégiée des projections des participants, lors des entretiens, est apparue être les lobbies du tabac ou d'autres personnes ayant des discours sur les comportements de santé. Cela est rendu apparent par l'étude des catégories « Discours extérieurs et réactions associées » portant surtout sur le tabagisme. De même, le fait que les récriminations des personnes soient justifiées ou non n'est pas ce qui retient notre attention ici. Il s'agit plutôt de pointer en quoi la projection de contenus refusés en soi, sur les lobbies du tabac, peut parfois avoir une valeur protectrice dans la psyché du sujet. Accuser les lobbies du tabac permet ainsi à Mr Leje et à Mr Soje de se protéger de la culpabilité ou autres sentiments négatifs associés à l'impression d'engagement de leur responsabilité personnelle dans l'étiologie de leur maladie. Voici ce qu'en dit Mr Leje :

« Puis j'ai pris rendez-vous, puis bon, ça je sais bien, de toute façon, moi c'est le problème numéro 1 de mes pathologies, c'est la cigarette hein, c'est une évidence. Je ne comprends même pas que...enfin, si je sais pourquoi, mais je ne comprends même pas que ce ne soit pas déclaré ennemi public numéro 1, le tabac quoi. Moi je suis d'une

génération où fumer ce n'était pas seulement, comment dirais-je ? Ce n'était pas seulement un état d'esprit où il fallait, voilà, se donner un genre et ainsi de suite [...] Une horreur, tout ça pour engraisser quelques lobbies tabacologiques et pharmaceutiques [...] ...parce que, bon, moi je fume depuis l'âge de 15 - 16 ans, oui je crois que j'ai suffisamment donné de ma personne à ces gens-là qui de toute façon, enfin bon je ne vais pas rentrer dans le détail », « Et uniquement parce que les grandes fabriques de cigarettes savent où verser leurs récompenses [...] ...à cause de lobbyistes pourris, il n'y a pas un discours clair, net et précis sur le tabac quoi. [...] Je ne comprends même pas, je ne comprends même pas...enfin si je le comprends parce qu'encore une fois on sait comment fonctionnent les lobbyistes, mais... », « ... Et je trouve ça particulièrement...je n'ai pas vraiment de terme pour le qualifier qui soit poli, mais on va dire inadmissible, mais vous voyez ce que je veux dire » (Mr Leje)

Quant à Mr Soje, il projette la responsabilité sur la figure du médecin :

« Sauf que la dernière fois, là j'ai vraiment eu envie de fumer. Ici. Parce que, j'étais...je ne pouvais plus sortir, je marchais mal, à cause de mon pied. Si je veux être méchant, je peux dire que si j'augmente ma consommation de tabac c'est de la faute au Dr (nom). », « Je pense qu'en règle générale, culpabiliser les gens ou même mettre des interdits, parce que quand on me dit : "vous fumez"... je me suis fait vraiment jeter par le pneumologue parce que je fumais. [...] Et en plus, alors dans mon cas particulier, c'est vrai que c'était lui qui était coupable, disons par transmission. [...] Et une fois au préven. je me suis tellement ennuyé que j'ai commencé à fumer. Donc c'est pour ça que je dis, c'est les médecins qui m'ont poussé à fumer. » (Mr Soje)

Par ce biais, Mr Soje et Mr Leje peuvent soulager un déplaisir, en se déchargeant de l'impact déstabilisant d'une responsabilité personnelle vis-à-vis de leurs troubles somatiques et des perspectives de détérioration du corps, perspectives qu'ils refusent inconsciemment. « On relève une association fréquente entre la (dé)négaration et la projection. Celui qui dénie (au premier sens du terme) attribue à son interlocuteur la responsabilité de l'interprétation qu'il refuse. »⁹⁰³

Ces différents mécanismes peuvent participer d'une tentative de mise en sens globale de l'expérience douloureuse et de la perspective de la mort. Nous retrouvons ces tentatives de mise en sens dans la catégorie « Etiologie et sens donné aux symptômes ». Après avoir aperçu la mort à l'occasion d'un infarctus, Mr Chez réfléchit longuement aux liens entre les comportements de santé et l'évènement qu'il a vécu. Le troisième entretien sera quasiment en exclusivité consacré à aborder, un par un, différents perturbateurs potentiels de l'état de santé : les œufs, le fromage, la charcuterie, le tabagisme, mais aussi l'état psychique, l'hérédité, etc. En voici un extrait.

« Et puis de toute façon, avec l'âge, voilà, il y a plein de choses. Déjà, notre civilisation, notre époque permet aux gens de vivre plus longtemps, donc il y a plein de cancers. Alors, il y a des cancers provoqués par notre vie moderne et ce qui traîne, effectivement, des toxiques quand même. Mais autrefois je pense qu'il y a beaucoup de gens qui

⁹⁰³ *Ibid.*, p. 222.

auraient pu avoir des cancers, mais qui n'avaient pas le temps de les développer, c'est tout. Après, il y a quand même des phénomènes un peu flippants. Sur les cancers du sein, tout ça, c'est...ça c'est sûr que c'est des choses qui sont provoquées par...et peut-être pour la prostate, peut-être pour ceci ou pour le poumon. Ben oui, enfin les cancers du poumon...cigarettes, mais pas que. Pas que. [...] Ah ben je pense, là pour le coup, des produits toxiques qu'on a dans notre environnement, dans l'environnement domestique, dans toutes ces histoires de machins...enfin de moquettes qui...de caoutchouc, de plastique, etcetera, quoi... » (Mr Chez)

« La pulsion de savoir, nous dit Freud, ne peut être ni mise au nombre des composantes pulsionnelles élémentaires ni exclusivement subordonnée à la sexualité. Son action correspond à un mode sublimé de l'emprise »⁹⁰⁴. Dans plusieurs textes, Freud met directement en lien l'activité de théoriser et la nécessité de gérer une « énigme », une « menace », une « peur », un « problème ». Mr Chez donne sens à l'expérience insensée qu'il a vécue, en mettant en route sa capacité de penser. Attribuer un sens permet par ailleurs à Mr Chez de dénier le mortifère, en trouvant une cause externe, plutôt qu'interne, à la perspective de détérioration du corps. « Nous mettons régulièrement l'accent sur le hasard d'une circonstance occasionnant la mort, accident, maladie, infection, grand âge, et ainsi nous trahissons notre tendance à ravalier la mort du rang de nécessité au rang de hasard. Une accumulation de décès nous apparaît comme quelque chose d'effroyable par-dessus tout »⁹⁰⁵. Il s'agit en effet là d'une forme rationnelle et intellectualisée de théorisation. Mais l'intellectualisation peut également avoir une valeur protectrice. Lorsque les hommes « sentent la présence d'un danger, externe ou interne, un des refuges possibles est l'intellectualisation. Il est certain que réfléchir aux aspects uniquement théoriques et généraux d'une situation, sans la rapporter à son propre cas, atténue l'inquiétude qu'elle provoque »⁹⁰⁶

2.5. Porosité des systèmes au niveau individuel

Sont en réalité retrouvés, chez les participants de cette étude, de nombreux procédés qui existent sous différentes formes au sein des différents systèmes de pensée, mettant en évidence l'absence de perméabilité entre les différents progrès psychiques.

Les participants qui font appel à « l'optimisme », à l'« humour », à l'« espoir » dès que la représentation de la mort surgit, sont-ils bien différents des religieux pour qui la perspective du paradis a le pouvoir d'annuler les sentiments de déplaisir associés à la mort ? De même, la personne qui investit la maîtrise de soi, la possibilité de se sauver en arrêtant de fumer, en adoptant des comportements sains, n'est peut-être pas si éloignée de celle qui pense pouvoir amadouer les forces du destin ou échapper à l'enfer en adoptant un comportement moral. Peut-on dire que les patients qui 'choisissent' inconsciemment, en déterminant la manière dont ils voudraient mourir, ou en envisageant la perspective de l'euthanasie, sont bien différents de

⁹⁰⁴ S. Freud, « Trois essais sur la théorie sexuelle », art cit, p. 130.

⁹⁰⁵ S. Freud, « Actuelles sur la guerre et la mort », art cit, p. 145.

⁹⁰⁶ S. Ionescu, M.-M. Jacquet et C. Lhote, *Les mécanismes de défense, op. cit.*, p. 260.

L'homme primitif qui conjure magiquement le choix face à la fatalité de la mort ?⁹⁰⁷ Ou encore, nous semble-t-il vraiment que la personne qui projette la mort aperçue en elle sur les lobbies ou la figure du médecin, ou celle qui intellectualise et cherche quasi-compulsivement dans des revues médicales les causes probables de ses troubles, a mieux accepté sa mort à venir, que celle qui attribue l'origine de son mal à un mauvais esprit ou au diable ? Il n'est pas sûr que Mme Syet et Mme Kcoa, dont la valeur défensive de leurs croyances face au mortifère est évidente – la mort n'y est pas mort, mais continuation sous une autre forme – aient moins renoncé à l'omnipotence que Mr Deht et Mr Sial, qui, embrassant la rationalité de la médecine et, ne montrant pas de croyances superstitieuses, n'en espèrent pas moins être « sauvés » par la médecine et sa technique.

Choix, transformation de la passivité en activité, déplacement, annulation rétroactive et ses variantes, pensée magique et ses variantes, idéalisation de la figure bonne, appel à l'autre, projection sur la figure mauvaise, construction de sens, établissement de mythes et de théories, sont autant de procédés psychiques utilisés tant par l'homme primitif, que par l'homme religieux, et que par l'homme scientifique et rationnel, sous différentes variantes.

Le détour par la psychologie collective et l'étude des différents systèmes permet de rendre apparents les motifs inconscients derrière les discours même les plus rationnels. Il ne s'agit donc pas d'étudier les croyances des participants de l'étude : adhésion à la science, à la religion, à la superstition, mais plutôt d'étudier la fonction des procédés mobilisés par les personnes, grâce à cette analogie avec la psychologie collective.

Qu'ils aient recours aux superstitions, à l'intellectualisation ou à la projection et à l'idéalisation, qu'ils mobilisent différents procédés psychiques, pour certains tout personnels, pour d'autres offerts par la culture, il nous a bien semblé que les personnes dans cette étude, déployaient là des moyens psychiques participant d'un refus du mortifère et de la précarité. Si nous voyons chez les personnes se déployer des mécanismes psychiques utilisés au fil de l'histoire de l'humanité pour se défendre face à la finitude, apparaît surtout l'absence d'étanchéité entre les différents systèmes. Les diverses mesures défensives utilisées par les personnes s'insèrent ici systématiquement dans un discours conscient où domine la vision rationnelle de la mort telle qu'elle est véhiculée par les connaissances scientifiques sur le fonctionnement biologique, c'est-

⁹⁰⁷ Freud (Sigmund Freud, « Le motif du choix des coffrets » dans *OCF XII (1913-1914)*, Paris, PUF, 2006) remarque dans une scène de Shakespeare, dans un texte ancien trouvé dans une anthologie composée en 1300, ainsi que dans « d'autres scènes tirées du mythe, du conte et de la création littéraire » (p.55), un même contenu qui se répète, qui consiste en l'effectuation d'un choix entre trois objets (des coffrets) ou entre trois personnes (des sœurs). Sans pouvoir rentrer dans les détails de l'interprétation, notons que Freud suppose derrière ces différentes histoires le même motif inconscient. Le choix serait introduit dans le mythe là où l'homme rencontre en réalité la fatalité. L'homme utiliserait sa fantaisie pour se rebeller contre la soumission à sa condition de mortel, après avoir réalisé qu'il n'est qu'« un morceau de la nature et est donc soumis à l'immuable mort » (p.62). « C'est ainsi que dans notre motif le remplacement par un contraire-quant-au-souhait remonte à une très ancienne identité. Cette même considération nous apporte la réponse à la question : d'où le trait marquant qu'est le choix est-il arrivé dans le mythe des trois sœurs ? Il s'est produit ici une nouvelle fois une inversion de souhait. Choix est à la place de nécessité, de fatalité. C'est ainsi que l'homme surmonte la mort qu'il a reconnue dans sa pensée. On ne peut concevoir de triomphe plus fort de l'accomplissement de souhait. On choisit là où en réalité on obéit à la contrainte » (p.63)

à-dire prenant en compte la réalité, et les évolutions du rapport à la réalité obtenues culturellement, en fonction de l'avancée du savoir de l'homme sur sa condition de mortel.

Ainsi, peuvent tout à fait coexister apparente pleine acceptation de la mort, reconnaissance de son inéluctabilité et de son approche par l'âge et la maladie, et mobilisation de mesures défensives face à cela.

Or, le progrès psychique sous-jacent au développement du système scientifique, qui devrait dispenser le sujet de se défendre contre l'idée de la mort propre, correspondrait selon Freud à l'accès au principe de réalité. « La phase scientifique trouve son pendant parfait dans cet état de maturité de l'individu qui a renoncé au principe de plaisir et qui, en s'adaptant à la réalité, cherche son objet dans le monde extérieur »⁹⁰⁸. L'hypothèse selon laquelle la prise en compte de la réalité dispenserait le sujet de mobilisation de défenses, dans la mesure où le rapport à la mort serait dominé par l'acceptation, ne nous paraît donc pas fondée.

Reste alors l'hypothèse selon laquelle les progrès psychiques sous-jacents au passage du système religieux au système scientifique n'impliquent pas l'acceptation de la finitude, mais plutôt le développement de nouveaux moyens pour s'en défendre.

2.6. Système de pensée scientifique et omnipotence

Revisiter la perspective freudienne concernant les progrès psychiques impliqués par le passage collectif du système religieux au système scientifique, servira ici deux buts. D'une part, cela nous offrira des pistes pour avancer dans l'étude du fonctionnement psychique individuel permettant à l'homme précaire de vivre malgré son état. D'autre part, cela nous permettra d'isoler de potentiels motifs inconscients derrière les pratiques collectives de dépistage, et par-là de mieux comprendre l'investissement par les personnes de ces pratiques.

Freud dans son texte, « L'avenir d'une illusion », nous semble avoir plus à cœur de critiquer le système de pensée religieux, et notamment l'éducation religieuse qu'il considère comme un danger, que de défendre le système de pensée scientifique.

Ce questionnement et cette critique nous semblent déjà apparents dans le texte de 1915, « Actuelles sur la guerre et la mort », dans lequel Freud avoue sa déception et désillusion face à l'inefficacité des progrès de la civilisation vers une suppression des tendances meurtrières de l'homme. Il y considère alors que les sociétés civilisées de l'époque poussent les hommes à vivre au-dessus de leurs moyens psychiques, de manière « hypocrite », dans la mesure où elles exigent « l'action bonne sans se soucier du fondement pulsionnel de celle-ci », et dans la mesure où elles ont « ainsi obtenu d'un grand nombre d'hommes l'obéissance à la culture, sans qu'ils suivent en cela leur nature »⁹⁰⁹. Par nature, il entend ici les pulsions agressives et meurtrières de l'homme.

⁹⁰⁸ S. Freud, « Totem et Tabou », art cit, p. 300.

⁹⁰⁹ S. Freud, « Actuelles sur la guerre et la mort », art cit, p. 139.

Il semble que Freud fonde ses espoirs pour l'humanité dans une modification de ce rapport à la mort, grâce à la science, qu'il développe pleinement des années plus tard dans « L'avenir d'une illusion ». Il admet lui-même la fragilité de sa position, en disant que sa vision de la science pourrait consister en une nouvelle illusion. « Vous ne me trouverez pas inaccessible à votre critique. Je sais combien il est difficile d'éviter les illusions ; peut-être bien aussi que les espoirs que j'ai avoué nourrir sont de nature illusoire »⁹¹⁰. Le grand espoir fondé par Freud par l'évolution de la culture, des arts et des sciences, c'est-à-dire, son illusion, est bien perceptible en 1915 : « Mais on osait espérer quelque chose d'autre. Des grandes nations de race blanche dominant le monde, auxquelles a échoué la direction du genre humain, dont on savait qu'elles se consacraient à des intérêts d'envergure mondiale et dont les créations comprennent aussi bien les progrès techniques dans la domination de la nature que les valeurs de culture artistiques et scientifiques – de ces peuples-là, on avait attendu qu'ils fussent à même de régler par d'autres voies [que par la guerre] les dissensions et les conflits d'intérêts »⁹¹¹. Si l'espoir est, dans le texte de 1927, toujours très présent et fort, Freud semble tenter de mesurer son idéalisation : « Aucun être humain ne cède au leurre de croire que la nature est dès à présent soumise à notre contrainte, rares sont ceux qui osent espérer qu'elle sera un jour entièrement assujettie à l'homme. Il y a les éléments qui semblent se rire de toute contrainte humaine, la terre qui tremble, se déchire, ensevelit tout ce qui est humain et œuvre de l'homme, l'eau qui en se soulevant submerge et noie toutes choses, la tempête qui les balaie dans son souffle, il y a les maladies que nous reconnaissons, depuis peu seulement, comme des agressions d'autres êtres vivants, enfin l'énigme douloureuse de la mort, contre laquelle jusqu'à présent aucune panacée n'a été trouvée, ni ne le sera vraisemblablement jamais »⁹¹². Il utilise alors ces propos comme un argument en faveur de la modestie de la science face à la nature, le lien entre science, technique et domination de la nature se faisant beaucoup plus discret que dans le texte de 1915, probablement pour mieux défendre l'idée que la science ne repose pas, comme la mythologie et la religion, sur une illusion.

Or, c'est bien la science qui est aujourd'hui utilisée par l'homme, non seulement pour connaître ces différents phénomènes naturels, mais également, par le biais de la technique, pour en protéger l'homme.

Si Freud remarque une corrélation entre le développement de la science et la diminution progressive de l'adhésion à la religion, il n'aborde pas les motivations inconscientes de ce fait et considère que c'est la preuve, la prise en compte plus importante de la réalité qui justifie ce changement de paradigme. Or il dit bien par ailleurs que « c'est en effet la tâche principale de la culture, le véritable fondement de son existence, que de nous défendre contre la nature »⁹¹³. Les différentes cultures ne diffèrentaient qu'en matière de moyens utilisés pour protéger l'homme contre la nature : « le sentiment de soi de l'être humain, gravement menacé, réclame réconfort ; le monde et la vie doivent être débarrassés de leurs effrois ; en outre, le désir de savoir des

⁹¹⁰ S. Freud, « L'avenir d'une illusion », art cit, p. 193.

⁹¹¹ S. Freud, « Actuelles sur la guerre et la mort », art cit, p. 130.

⁹¹² S. Freud, « L'avenir d'une illusion », art cit, p. 156.

⁹¹³ *Ibid.*, p. 155.

hommes, qui à vrai dire est impulsé par un intérêt pratique des plus forts, veut obtenir une réponse »⁹¹⁴. Il nous semble que la prise d'ascendant d'un système de pensée sur un autre ne peut faire l'économie de fournir au sujet une réponse au souhait inconscient de protection contre les dangers de la nature. Nous nous accordons en cela avec Schwering lorsqu'il dit qu'il est possible que les deux – nous pourrions même dire, trois – types de système « puissent répondre aux mêmes impératifs structuraux. A savoir de se composer d'une motivation consciente (les pré-supposés du système déjà mentionnés), et d'une motivation inconsciente dont nous rappellerons avec Freud qu'elle serait la motivation réelle véritablement efficiente »⁹¹⁵.

Derrière l'apparente soumission à l'idée de l'inéluctabilité de la mort, se cacherait donc le même refus de la mort qui habitait les autres systèmes de pensée. Dans la mesure où elle est ancrée dans la réalité, la science permettrait même, selon Schwering, un redoublement de cette croyance. « S'il est évident que le monde scientifique, dont fait partie le système médical, n'a cessé de s'en tenir aux données objectives de la réalité, Freud semble ici enclin à méconnaître à quel point cette rigueur est susceptible de se mettre au service d'un désir de toute-puissance qui semble bien ne jamais s'être démenti chez l'homme »⁹¹⁶.

S'il ne repose pas sur l'acceptation de la mort, en quoi pourrait bien consister le progrès psychique impliquant d'autres moyens de traiter le rapport à la mort ?

Freud, nous l'avons vu, met surtout l'accent sur une meilleure prise en compte de la réalité. Selon lui, en effet, à la différence des deux précédents systèmes, la pensée scientifique ne relèverait pas d'une illusion mais se baserait plutôt sur des connaissances démontrables. « Si, après nous être ainsi orientés, nous nous tournons de nouveau vers les doctrines religieuses, nous pouvons dire en nous répétant : Elles sont toutes des illusions, indémonstrables, nul ne saurait être contraint de les tenir pour vraies, d'y croire. Quelques-unes d'entre elles sont tellement invraisemblables, tellement en contradiction avec tout ce que notre expérience nous a péniblement appris de la réalité du monde, que l'on peut – tout en tenant compte des différences psychologiques – les comparer aux idées délirantes. On ne peut pas juger de la valeur de réalité de la plupart d'entre elles »⁹¹⁷. Cependant, il nous semble que la prise en compte de la réalité ne suffit pas à justifier ce changement de paradigme. Les différents systèmes précédents reposaient bien également sur une meilleure prise en compte de la réalité, par réalité étant entendu les « savoir et savoir-faire » valables dans l'ambiance culturelle de l'époque en question. A l'origine de toute évolution de la pensée, est bien un en-plus de réalité qui met toujours davantage l'homme face à sa mortalité. Octave Mannoni explique ainsi que « tout discours sur la mort est bien un discours de croyance, nécessairement, et l'incrédulité ne nous en délivre pas ; même le principe que tous les hommes sont mortels est du type de la croyance, et que ce soit une certitude, cela n'y change rien. Ne croyons pas que nous avons fait dans ce domaine des progrès décisifs, que

⁹¹⁴ *Ibid.*, p. 156.

⁹¹⁵ K.-L. Schwering, « Techniques chirurgicales et techniques magiques », art cit, p. 98.

⁹¹⁶ *Ibid.*, p. 100.

⁹¹⁷ S. Freud, « L'avenir d'une illusion », art cit, p. 172.

nous soyons dégagés des préjugés [...]. Pour d'autres raisons plus profondes qui tiennent à nos croyances à nous qui ont besoin d'être rejetées sur un crédule, nous parvenons à nous figurer que les Anciens déliraient, et que nous sommes devenus raisonnables et objectifs. Ils étaient peut-être plus raisonnables en étant moins rationnels »⁹¹⁸.

C'est un autre point de la proposition freudienne qui a attiré notre attention ici, point qu'il développe plus longuement à la fin de son texte. « Toutefois, je maintiens qu'il y a une différence. Mes illusions – outre que le fait de ne pas les partager ne s'assortit d'aucune punition – ne sont pas, comme les illusions religieuses, impossibles à corriger, elles n'ont pas un caractère de délire »⁹¹⁹. La différence qui nous paraît en effet fondamentale, à propos des évolutions du fonctionnement psychique, n'est pas tant le caractère démontrable de la vision du monde scientifique par rapport à la vision religieuse, mais plutôt le fait que la religion fonctionne sur la transmission de dogmes, de lois, d'impératifs moraux, alors qu'est incluse dans l'idée même de la science la nécessité de faire preuve d'un esprit critique, de mise à l'épreuve.

L'important n'est donc pas tant que les propositions scientifiques soient démontrables, mais qu'elles soient au contraire par-là réfutables, à l'inverse des représentations religieuses qui, ne reposant pas sur des preuves mais sur des dogmes, ne supportent pas la remise en question. « La religion serait la névrose de contrainte universelle de l'humanité ; comme celle de l'enfant, elle serait issue du complexe d'Œdipe, de la relation au père. Selon cette conception, il serait à prévoir que se détourner de la religion doit s'effectuer avec la fatale inexorabilité d'un processus de croissance et que nous nous trouvons aujourd'hui même au beau milieu de cette phase de développement »⁹²⁰.

Précisons que nous parlons ici de l'évolution des solutions psychiques trouvées par l'homme face au désaïde, transparaissant dans la domination d'un système de pensée par rapport à un autre. Dans les utilisations individuelles, la pensée critique peut tout à fait infiltrer les pratiques religieuses. A même lieu aujourd'hui, timidement, l'infiltration de la pensée critique dans certaines institutions religieuses. Mais la possibilité même de critique des modèles aurait pour corollaire la pensée scientifique – ou plutôt à l'origine, et bien qu'elle ne soit jamais devenue dominante, la pensée philosophique – dans la mesure où elle permet la remise en question des modèles. A l'inverse, subsistent des modes de rapport à la science dominés par le dogme et en cela, s'inspirant plutôt du mode de rapport à la religion qu'à la logique au fondement de la science. Nous retrouvons ici l'absence d'étanchéité entre les différents systèmes, et surtout le fait que si l'animisme est à l'origine des deux autres systèmes de pensée, la pensée scientifique n'aurait sûrement pu voir le jour sans les progrès psychiques à la base de la vision du monde religieuse.

Nous proposerons dans la section suivante, de tirer quelques conséquences de ce développement, sur le fonctionnement psychique individuel de l'homme faisant face à un en-

⁹¹⁸ Octave Mannoni, « Préface » dans *Des psychanalystes nous parlent de la mort*, Paris, Tchou, 1979, p. 12.

⁹¹⁹ S. Freud, « L'avenir d'une illusion », art cit, p. 194.

⁹²⁰ *Ibid.*, p. 184.

plus de réalité quant à sa mort. Nous voilà en effet face à un tableau paradoxal. L'évolution du savoir de l'homme, par l'expérience, amène toujours davantage de connaissances sur la mort, le met de plus en plus face à sa finitude. Sans que cela le dispense de la nécessité de s'en protéger. Cela suppose donc que soient développés par les sujets, de nouveaux modes de défenses, permettant tout à la fois de prendre en compte la réalité, et de s'en défendre. Comment se protéger de l'impuissance face à un toujours plus de réalité ?

Point d'étape

Nous avons fait dans cette section un détour par la psychologie collective. Nous y avons établi un lien entre les systèmes de pensée – visions du monde animique, religieuse, scientifique –, les progrès psychiques et la protection face à la précarité et à la finitude.

Nos conclusions nous aideront d'une part dans la compréhension de la psychologie individuelle. Nous avons avancé dans la caractérisation du rapport à la mort : la pleine, totale acceptation consciente de la mort personnelle, inscrite dans un discours rationnel et scientifique, ne dispense pas le sujet de s'en défendre. L'accès à toujours plus de réalité implique néanmoins une évolution des moyens de protection contre l'idée de sa propre finitude. Nous exploiterons ainsi l'idée selon laquelle le progrès psychique ayant permis le passage du système religieux au système scientifique – il s'agit de la possibilité de remettre en question des modèles – participe également de la possibilité individuelle de survivre à la précarité et à la conscience de sa finitude.

Nos conclusions nous permettent d'autre part de proposer des interprétations quant aux buts inconscients sous-jacents aux procédures de dépistage des cancers. Adapter le modèle freudien permet d'extraire la fonction du système scientifique qui est bien toujours de protéger l'homme contre les forces de la nature. Derrière la rationalité scientifique – impliquant en apparence une reconnaissance de la petitesse de l'homme, la soumission à la fatalité et à la naturalité de la mort, l'exclusion de la perspective du paradis ou d'une vie après la mort –, se cachent en réalité des moyens inédits de contrer la précarité et l'impuissance de l'homme. Ces moyens inédits sont du ressort de la transformation de la passivité en activité, de l'omnipotence, etc.

Le dépistage serait, dans ce cadre, une des représentations fournies à l'homme par le milieu culturel dominant, lui permettant de vivre dans la précarité – au même titre que d'autres progrès scientifiques, tels que la transplantation, ou encore la cryogénisation, le transhumanisme, etc.

Si le but conscient du dépistage est d'éviter la mort par la pathologie visée, le but inconscient serait d'éviter le retour de l'effroi, d'assurer une protection contre le déplaisir associé à l'idée de la mort. Déplaisir et effroi, nous l'avons dit dans le chapitre 5, qui ne concernent que de manière détournée la mort – comme événement – car ils se rapportent en réalité aux expériences passées traumatiques, sources de déplaisir et d'effroi associées au mot « mort ». La participation au

dépistage pourrait donc avoir, de manière collective, une fonction calmante face à l'anticipation du retour de contenus traumatiques, et du retour de certaines forces agissant au sein de la psyché.

Nous pouvons mettre ces résultats en lien avec ceux des études relevées dans la revue de littérature, qui rapportaient une anxiété accrue chez les personnes ne pouvant pas participer au dépistage par rapport à celles éligibles au dépistage. Si la non-éligibilité au dépistage pourrait suffire à diminuer l'angoisse, dans la mesure où est dévalué par le médecin le risque de cancer, ces études notent au contraire une anxiété plus importante chez les personnes ne pouvant pas y participer. Le dépistage pourrait constituer une manière très rationnelle, très ancrée dans le système de croyance actuel, de mettre psychiquement à l'écart l'effroi et le sentiment de précarité. Se faire dépister serait ainsi une version rationnelle, scientifiquement justifiée de la prière, l'appel au médecin une version rationnelle et scientifiquement justifiée de l'appel à Dieu ou au prêtre⁹²¹. Se faire dépister serait une version moderne de l'omnipotence, permettant de maîtriser l'inquiétant en voyant tout et en sachant tout, jusqu'aux plus petits recoins du corps. Cela pourrait en outre offrir ce choix face à la fatalité, possibilité de faire quelque chose plutôt que d'être réduit à l'impuissance liée au caractère nécessaire de la mort.

La médecine préventive constituerait donc une partie de l'offre de la culture pour ce qui est des représentations permettant de conjurer l'effroi dû à notre condition de mortel, par analogie avec les situations de danger et de débordement pulsionnel antérieurement vécues.

C'est peut-être cette motivation inconsciente sous-jacente qui justifie l'intérêt et la croissance exponentielle de la prévention médicale, qu'il s'agisse de la prévention primaire ou secondaire. C'est en partie pour cela qu'il nous a paru intéressant de rappeler le contexte de développement de la prévention dans le domaine du cancer, et notamment le lien effectué par Mukherjee entre les effroyables abus ayant eu lieu lors des tentatives de développer des traitements du cancer. Solution curative qui avait, parce qu'elle causait plus d'effroi, été dévaluée au profit de la prévention qui permet non seulement un évitement de la mort, mais également un évitement des expériences traumatiques de la maladie et des traitements médicaux. Cette motivation inconsciente peut aussi être à l'origine de l'adhésion parfois sans faille à la prévention, et même lorsque ses effets réels sont controversés : de nombreux médecins proposent ainsi le dépistage du cancer de la prostate à leurs patients, qui y adhèrent, sans preuve de l'efficacité de la méthode.

Si la proposition de dépistage peut provoquer un apprêtement par l'angoisse, elle correspond donc simultanément à l'offre d'une solution. C'est peut-être pour cela que certains patients parleront d'engrenage à propos des méthodes préventives. La simple proposition, par un médecin, de dépistage, exclut pour certaines personnes la possibilité de refuser. Possibilité de refuser qui impliquerait que le sujet dispose d'autres moyens, ceux-là personnellement et non collectivement construits, pour faire face à la précarité.

⁹²¹ Le premier sens du mot « Précaire » est d'ailleurs, d'après le Robert Historique « obtenu par la prière », c'est-à-dire mal assuré car dépendant d'une intervention supérieure.

3. Les mesures de préservation, entre renoncements et compensations

Nous nous sommes dans ce chapitre intéressée au travail psychique mobilisé par les expériences d'exposition de la précarité, et notamment les expériences pouvant constituer des outrages narcissiques : pertes des parties ou fonctions du corps, désillusions diverses sur l'image de soi, exposition de la mortalité, etc. Nous nous sommes progressivement décalée de l'hypothèse d'un travail psychique ayant en son centre le renoncement. Résumons.

Nous avons établi, d'une part, à propos des parties du corps – et nous y reviendrons dans le chapitre 9 – qu'il ne pouvait s'agir d'en faire le « deuil ». Il s'agirait plutôt de pouvoir, grâce à la subversion libidinale, se réinventer un mode de rapport au corps et aux plaisirs qui prenne en compte la perte. Face aux expériences de désillusions sur les capacités réelles – fonctionnelles, de séduction, etc. – ou sur les possibilités de réaliser tous les désirs, d'autre part, il nous a semblé qu'il ne pouvait s'agir d'un « deuil du moi » ou d'un « renoncement narcissique ». Renoncer à l'investissement narcissique de manière durable et non transitoire ne peut correspondre à la continuation de la vie mais témoigne plutôt d'une impossibilité à vieillir. Nous avons parlé dans ce cadre d'acceptation inconsciente de la mort en soi, qui équivaldrait à s'abandonner aux forces de déliaison dans le psychisme, au détriment de l'élan vital. Cela ne peut être qu'antinomique à un vieillissement 'heureux' ou à la réussite du travail psychique permettant de vivre dans la précarité. Cette finalité ne peut pas non plus reposer sur un renoncement conscient à l'immortalité, autrement dit à une acceptation consciente de la mort, en opposition à des attitudes défensives. La reconnaissance de l'inéluctabilité de la mort, telle qu'elle est souvent admise en cas d'internalisation de la vision du monde scientifique et rationnelle, ne dit rien des véritables enjeux inconscients animant le sujet, et déterminant ses possibilités de vivre dans la précarité. L'adhésion au système rationnel ne dispense pas de se protéger de l'idée de la finitude ; voire même, la dominance du système scientifique s'est sûrement imposée du fait de l'efficacité de la protection qu'il apporte contre la précarité.

Nous nous décalons donc de l'idée de renoncement – à l'immortalité, à l'omnipotence, au moi – ou à l'idée d'acceptation – de la finitude, de la mort, de la fragilité, etc. Nous mettrons plutôt au centre les possibilités de continuer à vieillir, les moyens trouvés pour maintenir et se maintenir, malgré les obstacles rencontrés. Mais comment peut-il être possible de se maintenir, tout en restant ancré dans la réalité, dans un contexte d'expériences de pertes, de désillusions, de diminutions, de rapprochement de la mort ? Nous parlerons alors de mesures de préservation, terme recouvrant l'ensemble des mesures psychiques mises en place pour se maintenir, se pérenniser, malgré les épreuves de vie remettant en question les possibilités de continuer à vivre et malgré l'approche inéluctable de la mort.

Pour développer ce point, nous repartirons de l'idée de progrès psychique sur laquelle nous nous sommes arrêtée dans la section précédente. Cela nécessitera un nouveau détour, plus rapide, cette fois, par la psychologie collective. Mais avant cela, arrêtons-nous sur la présentation d'une nouvelle vignette clinique, celle de Mr Chez. L'expérience de Mr Chez illustre particulièrement

bien certaines innovations effectuées par lui pour continuer à vivre malgré avoir vécu des expériences extrêmes le fragilisant et exposant violemment sa précarité.

Mr Chez : remaniement tardif du rapport à l'omnipotence

Mr Chez a 61 ans lorsque nous le rencontrons pour la première fois, et nous nous rencontrerons à trois reprises. L'étude Detector lui a été proposée par son médecin cardiovasculaire, qui le suit après un infarctus ayant eu lieu quelques mois plus tôt. Cet infarctus, nous en avons parlé dans le premier chapitre pour rapporter le potentiel traumatique de la pathologie somatique, l'excès d'excitation psychique à laquelle peut être exposé le sujet. Mr Chez attribue à cet évènement, qu'il dit lui-même avoir été traumatique, de nombreux changements en matière de fonctionnement psychique.

Il décrit longuement la personne qu'il était avant cet évènement. Avant ses 50 ans, il se dit en surpoids, « presque obèse », il a une mauvaise alimentation. Il souffre d'hypertension depuis longtemps, pour laquelle il est sous médication. Il se décrit comme en mauvaise forme physique : sédentaire, il rechigne face à toute activité physique (balades, trajets à pied, escaliers). Il fume, depuis 40 ans environ, 15 à 20 cigarettes par jour, consommation qui augmente dans les périodes de stress qu'il juge assez fréquentes du fait de son activité professionnelle.

Quelques changements ont lieu après ses 50 ans. A cet âge, après une rupture amoureuse, son rythme de vie change. Il fait plus la fête, fume beaucoup, ce qui, associé à un effort sur l'alimentation, résulte en une perte de poids qui le satisfait. Quelques années plus tard lui est diagnostiqué un diabète. Par la suite, il connaît plusieurs épisodes de fibrillation ischémique qui nécessitent des hospitalisations, ainsi qu'un AVC qu'il décrit comme « petit ». Néanmoins, il abandonne le traitement qu'il est censé suivre. Il tente plusieurs fois d'arrêter de fumer, mais sans succès. Il dit continuer à « minimiser » les possibles conséquences sur sa santé. Les médecins qui le prennent en charge tentent de le mettre en garde sans pouvoir le convaincre.

Puis survint l'infarctus. Mr Chez est tout de suite profondément déstabilisé par cet évènement lors duquel il croit mourir, et auquel il ne survit que de justesse grâce à l'intervention des équipes de secours qui le raniment. Le père de Mr Chez décède par ailleurs le lendemain du jour de son infarctus, après avoir vécu 20 ans avec la maladie de Parkinson.

Nous en avons déjà parlé en abordant les possibilités de remobilisation libidinale : Mr Chez change radicalement ses comportements et attitudes envers lui-même et les autres. Il décide d'arrêter de travailler dès que possible, c'est-à-dire dès qu'il aura suffisamment d'annuités pour recevoir une pension de chômage qu'il juge suffisante. Il arrête par ailleurs le jour même de fumer. Il devient virulent envers le tabagisme et les fumeurs. Ses efforts sur l'alimentation deviennent faciles. Il participe à un stage de rééducation qui lui redonne goût pour l'activité sportive. Il veut mettre toutes les chances de son côté pour améliorer sa situation physique. Il respecte les traitements médicaux prescrits, et est suivi régulièrement à l'hôpital par divers spécialistes.

Nous voulons maintenant mettre l'accent sur l'évolution psychique de Mr Chez en ce qui concerne le rapport à la toute-puissance dans le cadre du travail identificatoire.

Deux attitudes opposées à l'égard de la mort

Avant l'infarctus, Mr Chez décrit être dans un état psychique où la toute-puissance est le maître mot. Il parle d'un sentiment d'« invincibilité ».

« Si, bien sûr que si, mais j'étais négligeant. Ça participait de ce truc-là, "je suis plus fort que la mort, je suis plus fort que tout et je vivrai 120 ans" ».

Il explique que le diagnostic de diabète atteint déjà son sentiment d'invincibilité. Néanmoins, sa 'négligence' en ce qui concerne l'hygiène de vie, qui perdure après ce diagnostic (automédication, tabagisme, etc.), suggère la persistance du sentiment d'être plus fort que la mort.

« Alors c'est pareil, j'ai beaucoup minimisé [...] puis tous les généralistes m'ont fait un peu la gueule. Je dis : "Mais je n'ai rien ça va, c'est bon", "ouais, mais bon", puis je continue à prendre mon hypotenseur, mais, j'enlève tous les médicaments, donc automédication un peu. », « Puisque j'avais essayé...j'ai essayé trois fois d'arrêter et à chaque fois d'ailleurs j'avais cette prise de conscience, mais elle n'était pas suffisante pour m'empêcher de reprendre, puisque j'ai repris »

Au courant des discours alarmistes sur les conséquences du tabac, d'une mauvaise alimentation, de l'hypertension, il a toujours le sentiment que le concernant, la situation est sous contrôle et qu'il ne sera pas touché personnellement.

« ...on a l'impression d'être super fortiche et que voilà, la plupart des gens ils font ça quoi. Que ce soit avec l'alcool, avec...ouais moi je tiens l'alcool, moi je tiens la cigarette, c'est un peu ça. C'est "moi je ne suis pas concerné", il y a beaucoup de gens qui...pour plein de choses. Oui d'accord c'est bien, ce n'est pas bien de fumer, mais moi à la limite, je contrôle, j'arrête quand je veux, mais j'arrête jamais, j'arrête jamais »

Cette conviction, à l'époque inconsciente, d'être à l'abri des maladies, qu'il appelle, son « déni », l'habite jusqu'au moment fatidique de l'infarctus. Malgré les symptômes importants qui annonçaient l'évènement, Mr Chez n'y croit pas jusqu'au bout.

« Parce que le coup de l'accident cardiaque moi, à la limite j'étais prêt à prendre ma voiture pour aller à l'hôpital, quand ils sont arrivés moi je marchais, voilà. Mais tout le monde m'a stoppé. Voilà, bon, mais je n'étais pas bien, je n'étais pas bien, après je n'étais vraiment pas bien du tout par contre, parce que ça a augmenté. [...] Mais jusque-là, bon, je n'y croyais pas, je croyais à quelque chose qui me gênait, or j'ai eu quand même des symptômes qui étaient...en fait j'ai complètement...j'ai complètement débloqué parce qu'il y avait des symptômes extrêmement forts »

Apparaît plus tard que, parallèlement à ce tableau d'une attitude inconsciente qui se rit de la mort et de la fragilité, Mr Chez est sujet à des peurs qu'il décrit comme « phobiques », « hypocondriaques ». Elles ont d'abord concerné les avions et les accidents en général, puis se sont portées sur diverses maladies, et notamment le cancer et le diabète.

« Des accidents, des accidents de voiture. Bon, mais par exemple j'étais assez phobique d'avion », « ...dans une humeur plus ou moins, pas dépressive, mais plus ou moins,

effectivement dans l'anxiété ou...voilà, ou avec des espèces de phobies comme on peut avoir couramment. Ah et si... enfin il y a plein de gens comme ça, qui pensent avoir toutes les maladies du monde. Voilà. [...] Les occasions, les grands moments où j'avais des angoisses du style "oh un bouton là !", "oh, une tache bizarre", "oh je me suis lavé les dents et j'ai saigné des gencives", c'est...en général c'était fin juin. Quand j'étais au bout du rouleau niveau, fatigue par rapport au travail. Et ça, j'avais remarqué que je me faisais des crises d'angoisses et d'hypocondrie totale. Mais bon, ça ne durait pas hein ? [...] Mais ça fait un moment qu'à ce moment-là, à cette époque-là je m'imaginai avoir tous les malheurs du monde quoi. [...] Ah, très souvent un cancer oui. [...] Oui, les maladies, de maladies oui. Bon, tout ce qui peut être...ouais avec une dimension mortelle oui, c'est ça. »

Il décrit donc plutôt une situation psychique où coexistent deux attitudes opposées vis-à-vis de la mort. Une partie se dit extrêmement vulnérable, craint la maladie et la mort de manière phobique. De l'autre côté, une partie se croit immortelle, intouchable. Ces deux attitudes coexistent sans se contredire et sans se rencontrer.

Déstabilisation et moteur de rebond

Puis survint le moment de l'infarctus et du décès de son père. Ces deux événements extrêmement forts, survenant à un jour d'intervalle, exposent brutalement la précarité de Mr Chez. Le moi de Mr Chez est en danger, l'urgence est narcissique.

« Après on ne réalise pas, mais quand j'ai revu, par deux fois, la cardiologue qui me suit, la deuxième fois j'ai dit : "Mais il y a truc que je n'ai toujours pas demandé : qui m'a soigné ? " Elle me dit : "C'est moi". Et je dis... "eh oui, je vous ai récupéré". Voilà. Et donc, ben voilà. (*rires*). Mais en même temps j'y crois, je trouve ça un peu...ça fait un peu, voilà, c'est un peu quelque chose...l'aventure quoi, l'aventure de ma vie. Non, je m'en serais bien passé, mais truc glorieux j'ai réchappé à... »

De « plus bas que terre », il devient le héros « glorieux » de son « aventure ». Il a un « gain extraordinaire ». Face à la menace sur la vie, est libéré un « montant gigantesque de libido narcissique »⁹²².

Son attitude envers la vie change par la suite radicalement, ce qu'il attribue entièrement à son arrêt cardiaque. Ce moment de vie s'accompagne d'une prise de conscience ; Mr Chez réfléchit beaucoup à la mort et au sens de la vie.

« Là, je sais que je ne vivrai pas 120 ans », « ...mais bon, après, on voit bien que tout est relatif quoi. Que tout est...tout peut foutre le camp d'un seul coup. [...] Donc ça, c'est aussi autre chose, un peu envie de profiter de ça. Mais, je me dis aussi, je peux très bien ne pas profiter, il peut très bien se passer n'importe quoi. », « ...si on doit analyser ça, il y a quand même la violence du...c'est-à-dire là c'est vraiment une vraie prise de conscience, ce n'est pas, oui ça abîme, oui ça durcit les artères, oui ça donne...il y a aussi

⁹²² S. Freud, « Deuil et mélancolie », art cit, p. 273.

d'autres problèmes, ça peut donner des cancers de la vessie, ça peut donner des cancers de ceci et de cela, ça peut faire, provoquer des insuffisances respiratoires et tout ça. Mais bon, bon oui bon d'accord, mais ce n'est pas... tandis que là, comme j'ai vraiment cru quand même que je passais à la casserole... »

Ce plus de réalité débouche sur des changements comportementaux. Il participe volontiers à l'étude Detector dans la mesure où il veut saisir toutes les occasions de prendre soin de sa santé. Il adhère à l'idée de la prévention en général, considère comme une chance de pouvoir détecter un cancer éventuel le plus tôt possible.

« Et là j'ai eu un gain extraordinaire. Bon, là, peut-être si on veut faire une comparaison, je fais un peu, ben oui je me récupère comme les gamins jouent aux jeux vidéo, je me récupère des vies, de la vie, ou des bouts de vie, des morceaux, un truc, voilà. Je mets les chances de mon côté. », « ...depuis et bien je trouve que c'est une chance, effectivement, ça m'a remis un peu les pendules à l'heure, remis un peu, "ouais arrête de débloquer quoi, enfin ne fais pas n'importe quoi, ou soigne-toi quoi". »

Il nous semble que ces changements concernant la dialectique toute-puissance / impuissance, sont au moins autant dus aux mouvements psychiques faisant suite à la mort du père qu'à la déstabilisation entraînée par l'infarctus. Voici ce que Mr Chez dit du décès de son père :

« Moi, mon père il est mort le lendemain de ma crise cardiaque, bon voilà. Et ben... je dis ben oui. Moi je savais qu'il allait mourir de toute façon, et puis il valait mieux, vu l'état dans lequel il était et puis de toute façon quand je l'avais vu, et ça s'est déclenché là, il était agonisant donc, bon... donc là c'était un peu hard, mais j'ai résisté à ça, parce que c'était dans l'ordre des choses, que c'était... ben voilà. Et que désolé, mais moi j'en avais réchappé quoi, voilà. (*rires*). Là, j'ai pensé à ma gueule et puis sans complexes. Toi t'as fait ton temps, mais moi je n'avais pas envie non plus, tu vois ? Je n'y vais pas moi, et je ne meurs pas avant toi non plus, mais j'aurais pu, à 24 heures près. Bon, voilà tout est dérisoire, tout est dérisoire. Mais bon, ouais ça peut... bien sûr ça peut... bien sûr que ça fout la trouille. Bien sûr. »

Au décès réel du père, la précarité de Mr Chez est exposée mais dans un même mouvement, c'est le rival inconscient historique qui disparaît dans la réalité. Le père qui, d'après Mr Chez, était « toujours dans la compot' », envers qui il montre une certaine agressivité, disparaît. Les sentiments inconscients de meurtre à l'égard du père peuvent d'abord percer après son décès, sous couvert de rationalisation : il est en effet normal, du fait de l'âge, que le père meure avant le fils. Des différentes façons dont Mr Chez aurait pu gérer la perte, il nous semble pouvoir postuler ici un travail d'introjection. Par suite du décès de son père, Mr Chez peut introjecter une partie « des pulsions et de leurs vicissitudes dont l'objet est l'à-propos et le médiateur »⁹²³. Cette introjection n'est pas le résultat d'une transformation psychique immédiate mais relève bien d'un long travail d'élaboration que nous voyons surtout se déployer lors du troisième entretien. « Le

⁹²³ Maria Torok et Nicolas Abraham, *L'écorce et le noyau*, Paris, Flammarion, 2009, p. 236.

temps est nécessaire à l'exécution en détail du commandement de l'examen de réalité, travail après lequel le moi peut libérer sa libido de l'objet perdu »⁹²⁴.

Déconstruction et mobilisation de nouvelles identifications

Un travail identificatoire important est en effet perceptible chez Mr Chez. Il apparaît que les comportements de santé qu'il décrit comme de la négligence, le fait d'avoir une philosophie « carpe diem », d'être bon vivant et de ne pas se soigner, faisaient partie d'un héritage familial surtout maternel. Sa mère venait d'une région agricole, l'alimentation y était riche et grasse.

« Ah, par rapport à l'alimentation ? Mais ça, c'est par défi et puis c'est culturel par ailleurs. Puisque moi, j'étais dans une famille, justement par rapport au (région) où on s'empiffre allègrement quoi. Et ça se calme là, mais, là je suis allé à une cousinade, j'ai des petites cousines qui sont obèses quoi. Euh, j'ai une cousine qui est obèse, ses filles sont obèses enfin c'est...et puis les autres, ils sont limites...voilà. Ils bouffent...ils bouffent sans arrêt. »,

Presque l'intégralité du troisième entretien, plus d'une heure, porte sur les raisons pouvant expliquer son infarctus. Introduite par l'aperçu du mortifère, la quête de sens s'exprime sous forme d'interrogations d'abord hésitantes : « va savoir pourquoi ? » ; « on rentre dans le truc psycho, psychosomatique, alors c'est vrai, ce n'est pas vrai ? ». Elle prend parfois la forme de croyances superstitieuses, lorsqu'il associe pensée du diabète et diagnostic de la maladie (« Alors après, j'ai imaginé diabétique et je le suis devenu ») ou lorsqu'il se demande s'il ne porte pas malheur, face à ses deux compagnes qui ont eu un cancer du sein. Mr Chez se prête à un travail de théorisation, mi-scientifique mi-profane. Il interroge longuement et un à un les différents aliments, médicaments, produits chimiques, comportements qui ont pu influencer sur sa santé : les œufs, le lait, les grillades, la charcuterie, le sucre, les produits transformés, le gras, le gluten, le vin, les toxines, les perturbateurs endocriniens, le sport, le stress, les produits chimiques dans l'environnement... Il nous semble y voir, par-delà la recherche de sens, un travail de déconstruction des identifications maternelles.

La recherche de cause de maladie s'étend au-delà de son histoire personnelle, c'est-à-dire à l'histoire des personnes qui lui sont proches : son cousin décédé d'un cancer du poumon, son oncle décédé d'un cancer de l'estomac, ses compagnes ayant eu un cancer du sein, ses grands-parents tous décédés avant 70 ans. Par une comparaison systématique entre l'histoire de ses proches et la sienne, c'est son histoire qui gagne en sens. Il a, après l'infarctus, un regard très virulent sur son comportement pré-infarctus. Il se décrit tantôt comme irresponsable, comme ayant « une mentalité des bacs à sable ». Les accusations qu'il se porte sont aussi valables pour les membres de son entourage : il critique vivement les habitudes alimentaires et la sédentarité de sa famille maternelle. Il est « horrifié » du comportement de son fils et de son beau-fils, qui fument tous les deux beaucoup. Il se met en colère contre sa compagne lorsqu'il voit la fréquence à laquelle elle fume, et appelle « au secours » face à son comportement alors qu'elle a vu sa mère

⁹²⁴ S. Freud, « Deuil et mélancolie », art cit, p. 273.

mourir des suites d'un cancer du poumon. Comportements, il l'admet volontiers, qu'il adoptait encore quelques mois auparavant.

Dans un mouvement de reconstruction, de nouvelles figures identificatoires semblent apparaître dans la vie de Mr Chez :

« ...une collègue enfin une personne qui est tout à fait étonnante et sans être totalement, comment dire ? Avec des théories folles, qui fait très attention à sa nourriture et qui mange beaucoup de produits à la vapeur, donc il n'y a pas de graisses, il n'y a pas de grillades, il n'y a pas de rajouts, etcetera, bon alors c'est peut-être insipide, d'un autre côté, moi je pense quand même que c'est un peu. [...] Mais cette amie-là qui...elle est extraordinaire, c'est-à-dire qu'elle frôle les 70 ans, mais elle en fait à peine 60, avec du sport. C'est une ancienne prof de gym agrégée (*rires*). Et qui...enfin c'est hallucinant quoi, et elle a un corps, elle a un visage aussi [...] Il faut un équilibre. Voilà, bon. Moi l'équilibre je ne l'ai pas forcément par rapport à d'autres gens hein ? »

Il se décroche de la communauté des gourmets pour se rapprocher de celle des scientifiques. S'empêchant de rentrer dans l'idéalisation extrême, les figures qui participent de la construction de son idéal se déplacent.

« Mais à un moment, ben oui on prend conscience que, ah effectivement, même si on a un esprit soi-disant scientifique comme moi », « Mais je mange moins de saloperies ça, c'est sûr. Enfin, ce que j'estime moi. Donc dans le grand bois d'Internet on voit...et puis des espèces de...comment dire ? D'intégristes de ceci, de cela...et tout ce qu'on voudra, ils disent qu'il faut manger ça et pas autre chose, non. On arrive quand même à avoir...se faire une idée de ce qui est le plus équilibré, le moins pire, enfin ce qu'on voudra quoi, voilà. Sans plus parce que bon, ce qu'on remarque c'est que même au niveau scientifique, les choses ont évolué. », « Donc après, bah la prévention, je n'ai pas une foi absolue dans la science parce qu'elle est limitée, actuellement encore. », « Il ne faut pas être pas complètement bouché et...en tous les cas on ne peut pas être totalement, avec un seul avis quoi. Ce n'est pas possible. Voilà, c'est tout. »

Un travail d'historicisation

Lorsque Mr Chez resitue son expérience à la lumière des âges de la vie, il nous montre comment facteurs réels et symboliques peuvent s'articuler dans une évolution psychique du rapport à la précarité, à la toute-puissance et à l'impuissance. Les références symboliques, inscrivant Mr Chez dans un univers culturel qui le dépasse, ont ici une grande importance.

Au-delà de nous raconter son histoire, Mr Chez se construit une histoire inscrite dans une logique des âges. Il identifie plusieurs repères : d'abord la puberté, l'année du bac, puis un pic somatique à 25 ans, moment où sa force physique était à son comble. 25 ans, âge à partir duquel il constate les premières modifications physiques.

« A 25 ans il y a un truc, à 24 ou 25 ans on voit que même son corps change, ce n'est pas pareil. Il y a quelque chose qui est fini. Voilà, on rentre vraiment dans l'âge adulte »

Il se rappelle avoir progressivement ressenti plus de fatigue, au niveau physique (il est moins musclé, moins costaud), et au niveau psychique (notamment plus de stress). L'évènement lui permet aujourd'hui de prendre de la distance et de raconter un état corporel et psychique qu'il vivait sans en avoir conscience, sans autoréflexivité sur son vécu. Vers 33 ans, et même plus précisément parce qu'il a 33 ans, d'autres changements surviennent dans le rapport à son corps. 33 ans, âge de la mort du Christ. Cette référence symbolique crée un sentiment d'inquiétante étrangeté et entraîne un changement du rapport à son corps. Chaque marque devient source d'inquiétude et déclenche des crises « hypocondriaques », « phobiques » : peur de la maladie, plus particulièrement du cancer. Il situe un autre point d'évolution à 55 ans – il précise, pas 50, bien 55 – où un phénomène « bizarre » se produit, l'entraînant dans un au-delà des années de « maturité ». C'est l'âge du diagnostic de diabète, le corps somatique prend le devant de la scène.

« L'âge du Christ, il meurt à 33 ans, voilà. Ça, c'était un truc que j'avais en tête, mais ça, c'est très culturel, même si on n'est pas du tout croyant, pratiquant, machin. Voilà, bon. Je ne sais pas, c'était aussi un âge de maturité, un âge de...voilà, on a peut-être...on change aussi. Je pense qu'on change. Il y a des phases comme ça où on change, bien sûr il y a prépuberté, puberté, il y a l'année du bac, les années qui viennent ensuite, à 25 ans il y a un truc, à 24 ou 25 ans on voit que même son corps change, ce n'est pas pareil. Il y a quelque chose qui est fini. Voilà, on rentre vraiment dans l'âge adulte. Après il y a une maturité, puis après encore. Alors ce n'était pas 50 ans, c'était plutôt 55 ans, un truc là un peu bizarre. Et puis là... [...] Ben c'est là qu'on a découvert mon diabète. »

Puis sonnent ses 63 ans, âge où se profile la retraite. Gain de maturité, ouverture sur d'autres perspectives : ce gain de maturité apparaît comme normal – il le considère même, avec ironie, comme un peu tardif – à cet âge. Mr Chez s'identifie comme vieux, et fait appel à des références culturelles pour donner sens à son expérience :

« Et pour d'autres choses aussi, donc pour faire...le sport moi je trouvais que c'était con quoi, c'était plus Winston Churchill, "no sport", le secret de votre longévité, oui. Il avait une génétique qui lui a permis de fumer des cigares, peut-être qu'il ne fumait pas tant que ça en fait et de bouffer, et de ne pas faire de sport et de vivre très longtemps, en pleine conscience, etcetera. Voilà. Mais il y a des gens...maintenant s'il l'avait fait il serait peut-être mort 20 ans plus tard encore, donc on ne sait pas. », « Donc en fait, ben ça s'appelle, ça a un nom (*rires*), ça s'appelle vieillir. Ce n'est pas à 50 ans qu'on vieillit, c'est après. Après on voit qu'il y a quelque chose. Une espèce d'accélération, enfin ce n'est pas encore le grand naufrage hein ? Mais on le sent. Et bizarrement là, depuis...depuis deux ans là, ça va. Ben...il n'y a pas de dégradation, au contraire. » »

A côté de Churchill, la référence au « naufrage », bien qu'amenée sous forme de négation, n'est pas sans rappeler la célèbre maxime de Charles De Gaulle, qui, selon Simone de Beauvoir⁹²⁵,

⁹²⁵ S. de Beauvoir, *La Vieillesse, op. cit.*

aurait plagié Chateaubriant : « La vieillesse est un naufrage ». La réinscription de l'expérience dans un univers culturel (même si Mr Chez s'en défend), permet la symbolisation du symptôme.

Intégrer son histoire personnelle dans le réseau symbolique sociétal et culturel participe du dégagement de l'emprise du réel corporel.

Evolution du rapport à l'autorité et à la morale

La disparition du père, associée à un danger imminent ressenti par le moi, entraîne donc sûrement pour Mr Chez un sursaut narcissique et une faim incorporative : « c'est bien ce mécanisme [l'incorporation] qui suppose, pour entrer en action, la perte d'un objet et cela, avant même que les désirs le concernant aient été libérés. La perte, quelle qu'en soit la forme, agissant toujours comme interdit, constituera pour l'introjection un obstacle insurmonté. En compensation du plaisir perdu et de l'introjection manquée, on réalisera l'installation de l'objet prohibé à l'intérieur de soi »⁹²⁶. S'en suit l'important travail de déconstruction, d'historicisation, de mise en sens de son histoire que nous avons rapporté, qui a lieu en dehors mais également lors de l'entretien. Des interprétations sur l'âge, le vieillissement, les symptômes somatiques, les facteurs étiologiques de maladie, les figures identificatoires de référence s'articulent jusqu'à ce que s'organise un récit qui donne sens à son expérience. Mr Chez s'éloigne de certaines figures identificatoires, projette son idéal sur de nouvelles figures.

Ce travail introjectif, « processus progressif », se reflète dans l'évolution du rapport de Mr Chez à l'autorité, et dans son rapport à la fragilité. Est perceptible chez Mr Chez, avant ce travail psychique, un rapport à l'autorité dominé par la révolte, la non-reconnaissance :

« Je pense...de toute façon ça ne marche pas, les gens vont dire : “Voilà, ça fait ceci, ça fait cela, il ne faut pas, ou ce n'est pas bien”, ça marche à un moment, mais c'est la personne qui... [...] Non, non parce qu'après il y a tout le truc de...le truc de révolté des bacs à sable, le truc de l'éternel adolescent, il me dit ça donc je vais faire le contraire, voilà. Ou il y en a marre de la prohibition, il y a en a marre des interdits, voilà, on ne peut pas faire ceci, on ne peut pas faire cela. »

Il laisse entrevoir une conscience morale qui ne prévaut pas sur les intérêts personnels, par son dénigrement et son incapacité à comprendre l'intérêt altruiste possible de l'humanitaire :

« ...j'allais dire je n'ai jamais donné à la société, enfin bon, là si, en fait...mais pas dans des cases volontariat, machin, bénévolat truc, bon voilà, si on peut le faire, ben je le fais quoi, voilà. Mais...on participe, je ne fais que ça, voilà d'une certaine façon, mais dans le cadre de mon travail et au-delà, et au-delà du travail lui-même, enfin disons que je pouvais aussi me passer de faire certaines démarches pour les gens, je suis plus négligeant pour moi, mais bon, on se dit...ce n'est pas gagner sa place au paradis, mais c'est se dire: “ah je suis une bonne personne” j'ai l'impression, je suis bien dans mes baskets, ou regardez comme je suis formidable, beaucoup de gens le font très bien ça,

⁹²⁶ M. Torok et N. Abraham, *L'écorce et le noyau*, op. cit., p. 237.

dans les médias et tout, ils expliquent qu'ils font des choses formidables. Euh, mais moi par exemple, participer à une association ou à un machin, ça m'emmerde, c'est les contraintes qui m'emmerdent. »

Corrélativement aux mouvements psychiques que nous avons décrits, un changement se fait sentir dans son rapport à l'autorité, progressivement internalisée. Plus récemment, Mr Chez a aimé se sentir « poussé aux fesses », sous la « sécurité » des autres. Il reconnaît la « bonne logique » possible du discours de l'autre.

« Ouais, ouais. Ouais, c'est bien. Pour la rééducation franchement...rééducation ce n'est pas, oui c'est quelque chose, bon on remet les gens à une activité et intelligemment, voilà. Mais franchement, je leur ai demandé : "est-ce que je peux revenir quoi, est-ce que je peux signer pour une deuxième fois ?" Bon, non ce n'est pas possible. Bon ben c'est dommage, parce que l'ambiance, parce qu'on est un peu poussé aux fesses [...] Mais aussi, le fait que ça a l'air bien foutu, et que le discours et que les effets sont vrais quoi. Que tout ça est une bonne logique, que c'est quand même là qu'une des toubibs cardiologues a passé... »

Mr Chez commence à investir positivement la performance, la compétence, le bien-faire. Il se met à ressentir un certain malaise quand il ne fait pas assez.

« Donc là j'ai un entrainement régulier, une activité sportive régulière et j'en ressens effectivement les points positifs, les bienfaits et j'en suis même à être dans un état de manque relatif quand je ne le fais pas quoi. En tout cas je sens très bien que ça ne va pas quoi, qu'il faut que je me réentraîne », « Je ne suis pas parfait, mais vous savez il faut que ça soit bien et tout, qu'il ne manque rien, il faut avoir pensé à ceci, pensé à cela, un peu cadre alors. Il faut donner l'exemple quoi. (*Rires*). Donc il faut arriver à l'heure. [...] Je suis là, en attendant, je suis là. Bon, il y en a plein qui ne sont pas là. Donc c'est bon, et puis vous pouvez compter sur moi, etcetera. », « Bien sûr, bien sûr. Ouais, bien sûr, bien sûr. Assurément. Même...ça peut même culpabiliser quand on n'en fait pas assez. C'est pour dire. Non, non. Ça, c'est, justement le passage où l'on fait un peu plus gaffe. »

Mr Chez rapporte une évolution globale de son rapport au plaisir, à l'interdit, aux figures importantes de sa vie. Sa façon de survivre à l'entrevue avec la mort passe par d'importantes modifications en matière d'identification. Le décès réel de son père a ici une place importante car il offre un élan et de nouvelles possibilités identificatoires par disparition de celui qui était resté le rival inconscient. La disparition de l'obstacle à la toute-puissance entraîne une modification de son rapport au jugement de soi, à l'autorité, et à sa manière de vivre la fragilité. Le déni ne semble plus le mécanisme prépondérant. Il développe un rapport à la fragilité plus ancré dans la réalité :

« Après on peut aussi ne pas s'intéresser à ça, ou être complètement hypocondriaque et tous les 4 matins...il y a des gens qui vont tous les 4 matins chez le médecin, en se faisant prescrire tous les examens possibles et inimaginables. On va dire que je reste modéré par rapport à ça (*rires*). Je ne cherche pas plus que ça...mais en même temps je trouve que c'est...c'est une espèce de check-up vraiment très intéressant quoi, vraiment. C'est déroulé gratuitement et c'est fait dans un mouvement, un peu avec une espèce

d'obligation puisque moi je suis relativement négligeant, ou j'ai été relativement négligeant sur ces problèmes de santé...bon là j'ai dû faire un peu plus attention à moi, maintenant, mais bon, sans plus quoi. », « Après ça c'est une affaire de prévention ou de prendre les choses suffisamment tôt, etcetera, donc moi je le prends plutôt avec l'angoisse naturelle de n'importe qui en disant : "Oh la la, et si j'avais un cancer ?" et l'angoisse de dire : "ah ben tiens là il y a ça", mais angoisse modérée par le fait que, bon 1) peut-être que ce n'est pas grand-chose. Puisqu'on sait aussi qu'il y a plein de cancers, de choses qui se déclarent et qui sont éliminées naturellement. Et puis...après ben peut-être, mais au moins j'aurais été dépisté à temps. [...] Avec la vision la plus optimiste possible ».

Cette modification du rapport à la toute-puissance reflète selon nous la mise en place ou poursuite d'un travail introjectif. Mr Chez doit faire bouger les lignes de son rapport à l'impuissance, impuissance qu'il avait jusque-là réussi à partiellement éviter par clivage, et qui faisait retour par la formation de symptômes phobiques.

* * *

Il n'est sûrement pas possible de retenir en une seule lecture tous les enjeux qui s'entremêlent pour Mr Chez. Mais son histoire nous permet d'introduire, de manière plus ancrée dans la clinique, un certain nombre de points théoriques que nous allons articuler maintenant pour rendre compte du travail psychique mis en place pour faire face aux expériences d'exposition de la précarité. Ces notions sont, parmi d'autres : le positionnement face à la dialectique toute-puissance/impuissance ; les mécanismes de défense ; l'idéal du moi et les diverses figures identificatoires ; la symbolisation et l'historicisation ; le surmoi et son internalisation.

Notons toutefois un point qui nous semble primordial dans la façon qu'a Mr Chez de vivre dans la précarité. Le décès du père, bien qu'accentuant la crise psychique, joue une place importante dans la possibilité pour Mr Chez de se récupérer, de se réinventer après l'infarctus. Le décès du père déclenche un fort mouvement introjectif qui sera salutaire pour lui, car ce sera l'occasion d'une découverte de nouvelles possibilités identificatoires, de nouvelles occasions de mise en sens de l'existence. Il peut par-là s'inventer un nouveau rapport à l'impuissance et à la toute-puissance. Le point central étant que Mr Chez ne peut renoncer, au moins partiellement, à sa toute-puissance et à son fantasme d'immortalité, que parce qu'il y trouve compensation, et parce que quelque chose vient se mettre à cette place. Il ne s'agit donc pas d'un renoncement mais d'un remplacement ; le gain nous paraît ici premier.

C'est par un nouveau détour par la psychologie collective que nous éclairerons ces notions de compensation et de gain psychique, qui seront centrales dans les possibilités, pour le sujet, de renouveler les mesures de préservation au gré des évolutions dans la réalité.

3.1. L'idéal du moi : sa fonction au sein du psychisme

A la fonction de la culture de protéger l'homme des forces de la nature, et donc de fournir à l'homme des représentations qui lui permettent de vivre malgré sa condition d'homme précaire et mortel, Freud ajoute la fonction de régler les rapports des humains entre eux. Cette seconde nécessité découle du fait que « chaque individu est virtuellement un ennemi de la culture, laquelle est pourtant censée être d'un intérêt humain universel »⁹²⁷.

Ces deux fonctions ne sont en effet pas indépendantes l'une de l'autre, dans la mesure où l'établissement de la culture, pour protéger l'homme de la nature, implique nécessairement une restriction de la satisfaction pulsionnelle individuelle. A commencer par l'interdit du meurtre et de l'inceste, dont la poussée anime chaque homme mais dont la réalisation par les uns remettrait en question la sécurité de l'ensemble. Ne pas restreindre l'assouvissement pulsionnel des hommes implique en effet nécessairement la mise en danger des hommes entre eux. Dans ce cadre, en ce qui concerne le travail culturel, « ce qui devient décisif, c'est de savoir si l'on réussit, et jusqu'à quel point, à diminuer le fardeau des sacrifices pulsionnels imposés aux hommes, à réconcilier ceux-ci avec les sacrifices qui restent nécessaires et à les en dédommager »⁹²⁸.

Nous noterons ici deux manières par lesquelles le fond culturel soulage l'homme des dommages causés par la nature et la culture. D'une part, il offre, par les représentations véhiculées par sa vision du monde, une réponse à l'énigme du désaïde : « le monde et la vie doivent être débarrassés de leurs effrois ; en outre, le désir de savoir des hommes, qui à vrai dire est impulsé par un intérêt pratique des plus forts, veut obtenir une réponse »⁹²⁹. D'autre part, il dédommage des souffrances et privations qui sont imposées à l'homme, c'est-à-dire des refusements impliqués par le vivre ensemble, en lui permettant de tirer une satisfaction narcissique de la participation à la culture, il lui permet de profiter des biens de la culture. « La satisfaction que l'idéal offre aux participants à la culture est donc de nature narcissique, elle repose sur la fierté d'une réalisation déjà réussie. Pour que la satisfaction soit complète, elle a besoin d'être comparée à d'autres cultures qui se sont lancées dans d'autres réalisations et ont développé d'autres idéaux »⁹³⁰. L'homme tire donc de la culture une protection contre la nature, mais également une compensation, un dédommagement vis-à-vis des limitations pulsionnelles qu'il endure.

Freud rapproche cela de la psychologie individuelle : « Nous le savons déjà, l'impression d'effroi liée au désaïde de l'enfant a éveillé le besoin de protection – protection par l'amour – auquel le père a répondu par son aide »⁹³¹. La perception par l'enfant de son immaturité fonctionnelle, l'impuissance primaire de l'enfant, consiste pour lui en un grand danger narcissique, qui fait qu'il s'engouffre dans le complexe paternel.

⁹²⁷ S. Freud, « L'avenir d'une illusion », art cit, p. 146.

⁹²⁸ *Ibid.*, p. 148.

⁹²⁹ *Ibid.*, p. 156.

⁹³⁰ *Ibid.*, p. 153.

⁹³¹ *Ibid.*, p. 170.

Les réponses transmises par la collectivité par le biais des parents, c'est-à-dire l'interdit de l'inceste, sont selon Chasseguet-Smirgel salvatrices dans la mesure où elles « constitue[nt] une protection pour l'enfant œdipien contre la blessure narcissique d'avoir à reconnaître sa propre impuissance »⁹³². L'instauration du surmoi a dans ce sens, comme l'internalisation du fond culturel, non seulement une valeur restrictive mais également une valeur protectrice, défensive face au désaide. L'incapacité d'atteindre la jouissance n'est par ce biais plus attribuée à l'impuissance de l'enfant, mais à l'existence d'un interdit général. « L'instauration du surmoi héritier du complexe d'Œdipe [...] peut être considéré [...] comme une instance protégeant le narcissisme de l'enfant œdipien en attribuant à un interdit ce qui est le fait de sa misère sexuelle intrinsèque, le Surmoi agissant comme un dictame sur la blessure narcissique, empêche une hémorragie libidinale du Moi »⁹³³.

Mais les privations pulsionnelles engendrées par l'internalisation de l'interdit sont vécues par l'enfant comme la restriction libidinale la plus puissante alors jamais connue. L'intégration à la culture par le partage de l'idéal aura ici, au même titre que pour l'humanité, une fonction compensatoire pour le petit d'homme. Est alors retrouvée, pour la psyché individuelle, à l'instar de l'homme de la culture, la possibilité d'une satisfaction par rapprochement avec l'Idéal. Au refus des motions libidinales se substitue une satisfaction narcissique. « Le Moi du sujet masculin dont les tendances – que nous portons tous plus ou moins en nous – à éviter d'affronter le rival, la castration, et le douloureux échec œdipien, n'ont pas été soutenues et encouragées, est amené à chercher, à découvrir, et à admirer ce qui fait du père l'objet de la mère et à reporter ainsi dans l'avenir, à « projeter en avant de lui-même », selon les termes de Freud, le désir de lui ressembler : le père deviendra l'Idéal du moi du garçon »⁹³⁴.

Est bien perceptible ici la fonction défensive de l'Idéal du moi, qui permet de compenser les privations pulsionnelles entraînées par l'interdit – et donc agissant comme contre-investissement. Si sont souvent mises en avant les souffrances issues d'un écart qui se creuse entre le moi et l'Idéal, ne doit donc pas être négligée une fonction de l'Idéal qui est de dédommager le sujet des refusements contraints par la réalité. Le sujet, contraint à la restriction face au danger pulsionnel, contraint à être limité, trouve compensation dans le maintien en soi d'un Idéal du moi.

Une idée très similaire peut être retrouvée chez Chasseguet-Smirgel, qui fait remonter l'instauration de l'Idéal du moi à la constatation par l'enfant de l'existence du non moi, et donc à la première remise en question du sentiment d'omnipotence. Le petit d'homme serait dès lors lancé dans une quête de retour à la fusion primitive. « Le temps où l'enfant était à lui-même son propre idéal ne comportait ni insatisfaction, ni désir, ni perte, et existe en nous comme l'engramme du bonheur parfait et permanent [...] l'homme court sans répit à la poursuite de sa perfection perdue »⁹³⁵. Cette perte s'accompagnerait donc de l'investissement d'un Idéal du Moi,

⁹³² J. Chasseguet-Smirgel, *La maladie d'idéalité*, *op. cit.*, p. 48.

⁹³³ *Ibid.*, p. 53.

⁹³⁴ *Ibid.*, p. 32.

⁹³⁵ *Ibid.*, p. 12.

dans un mouvement bien antérieur à l'internalisation du surmoi et à la nécessité pour le sujet de se plier aux exigences de la culture et aux règles parentales. Freud dit bien que « quiconque connaît la vie d'âme de l'être humain sait qu'il n'est guère de chose aussi difficile pour celui-ci que le renoncement à un plaisir déjà connu une fois. A vrai dire, nous ne pouvons renoncer à rien, nous ne faisons qu'échanger une chose contre l'autre ; ce qui paraît être un renoncement n'est en réalité qu'une formation substitutive ou succédanée »⁹³⁶. L'idéal du moi est ici vu comme « le substitut du narcissisme perdu de [l'] enfance »⁹³⁷. Nous pouvons donc retrouver la fonction compensatoire de l'Idéal du moi dès la prime enfance, face à la désillusion de l'enfant sur son état, donc du fait d'une exposition de la réalité de sa précarité.

Dans le mouvement qui est décrit ici, comme dans celui décrit par Freud au moment de l'Œdipe, sont donc conjuguées deux intentions : une nécessaire prise en compte de la réalité, et un concomitant refus de celle-ci. En effet, la formation de l'Idéal n'aurait pas lieu d'être en l'absence de la perception d'une limitation réelle – que cette limitation soit issue de l'impossibilité de subvenir seul à ses besoins ou des différents interdits transmis par l'éducation –, elle correspond à une défense contre ce danger narcissique qui est pris en compte. Mais la formation de l'Idéal consiste également en un refus de cette réalité, dans la mesure où l'Idéal n'aurait pas besoin d'être formé si le danger et l'impuissance de l'homme pouvaient réellement être acceptés.

L'émergence de l'instance de l'Idéal correspondrait donc à la solution trouvée par le petit d'homme pour renoncer à l'omnipotence tout en prenant en compte la réalité. Elle repose donc sur un clivage, mesure par laquelle la réalité est acceptée tout en étant, dans un mouvement simultané, refusée. « Le désir d'être, comme à l'orée de la vie, son propre idéal, ne semble jamais définitivement abandonné par la plupart des hommes, chez lesquels, à des degrés divers, il persiste inchangé, malgré les vicissitudes qu'il subit à un autre niveau, parallèlement à l'évolution du Moi, celui-ci subissant là, vraisemblablement, un processus de clivage »⁹³⁸.

L'Idéal du moi assure une fonction. Sa création est un acte de protection qui condense prise en compte de la réalité, mais également inhibition de la réalité, c'est-à-dire à la fois maintien et abandon de l'omnipotence. L'idéal du moi nous semble donc avoir un rapport plus fort qu'il n'y paraît parfois avec la réalité. Chasseguet-Smirgel dira par exemple que l'Idéal du moi tend à restaurer l'illusion, alors que le surmoi tend à promouvoir la réalité. Mais Freud rappelle bien que les satisfactions issues du rapprochement d'avec l'Idéal du moi doivent pouvoir être « confirmées par l'expérience »⁹³⁹. L'Idéal du moi, afin de pouvoir mener à bien sa fonction de représentant de l'omnipotence perdue au sein du psychisme, doit donc être à la fois atteignable tout en restant par essence inaccessible.

⁹³⁶ Sigmund Freud, « Le poète et l'activité de fantaisie » dans *OCF VIII (1906-1908)*, Paris, PUF, 2007, p. 163.

⁹³⁷ S. Freud, « Pour introduire le narcissisme », art cit, p. 237.

⁹³⁸ J. Chasseguet-Smirgel, *La maladie d'idéalité, op. cit.*, p. 72.

⁹³⁹ S. Freud, « Pour introduire le narcissisme », art cit, p. 243.

3.2. Evolutions de l'Idéal du moi au cours du développement

Chasseguet-Smirgel décrit un Idéal du moi évolutif dès la chute de l'illusion de fusion primitive, et au gré des évolutions libidinales. L'enfant est amené à projeter son Idéal sur différents moyens par lesquels il souhaite retrouver l'état de fusion primitive. Il investit d'abord l'oralité comme un moyen d'atteindre la fusion primitive, par introjection d'abord, puis par morsure. Avec l'éducation sphinctérienne, la satisfaction narcissique sera tributaire de la maîtrise, l'idéal du moi s'habille des qualités d'autonomie, de domination, par rapport à un idéal de fusion passive lors de la phase orale. « Se différencier des autres, les dominer, deviendra le but narcissique poursuivi, apparemment opposé au précédent qui était celui de la fusion passive »⁹⁴⁰. L'évolution du rapport au plaisir, et, de manière concomitante, des moyens pour y parvenir, suit le développement de la primauté des zones érogènes. L'idéal sera projeté en avant, sur différents objets, au gré des évolutions libidinales, de la maturation du moi et de l'éducation jusqu'à, dans le meilleur des cas, leur projection sur les figures œdipiennes. Ce sont selon nous les différentes déceptions, disqualifiant les uns après les autres les moyens élus par le sujet pour rendre l'omnipotence atteignable, couplée à la pression de l'éducation, qui expliqueraient le passage de l'investissement d'un Idéal à un autre. Ainsi, l'Idéal du moi évoluerait vers la maîtrise dans la mesure où le mode de satisfaction précédent se serait montré, du fait de la prise en compte de la réalité, indigne pour ramener à l'état de fusion primitive.

Une différence importante, selon Schwering, qui justifierait l'utilisation de deux notions – Moi-Idéal et Idéal du moi – plutôt qu'une, comme le fait Chasseguet-Smirgel, réside dans l'évolution de l'intrication entre l'Idéal de l'enfant et celui des parents. En effet selon lui, « les idéaux de l'enfant et des parents sont au départ hautement enchevêtrés du fait d'un circuit idéalisant s'établissant entre eux »⁹⁴¹. La projection du Moi-Idéal des parents sur l'enfant, idéal de toute puissance narcissique, devient contraignante pour l'enfant sitôt passée la nécessaire adaptabilité des parents aux premiers moments de la vie. Le délire des grandeurs doit progressivement être abandonné, du côté des parents comme du côté de l'enfant. Une tension s'instaure entre le Moi-Idéal des parents et celui de l'enfant, qui s'exprimera d'abord, selon Laplanche et Pontalis, par des critiques des parents à l'égard de l'enfant⁹⁴². Les idéaux des parents et ceux de l'enfant se révèlent alors inconciliables.

D'après Schwering, sous la pression du remaniement physiologique de la puberté, la différenciation avec les parents prend de l'importance, se creuse, et l'illusion d'un idéal commun devient obsolète : l'écart entre le Moi-Idéal des parents et celui de l'enfant, introduit lors de la crise œdipienne, gagne en importance et éclate. Cette désidéalisation des parents est nécessaire à l'instauration d'un projet personnel, toujours alimenté mais non soumis aux idéaux parentaux. Nous voyons d'ailleurs bien que la possibilité de déplacer l'idéal sur des figures extérieures au

⁹⁴⁰ J. Chasseguet-Smirgel, *La maladie d'idéalité, op. cit.*, p. 40.

⁹⁴¹ K.-L. Schwering, « L'idéal en quête d'identité », art cit, p. 41.

⁹⁴² J. Laplanche et J.-B. Pontalis, *Vocabulaire de la psychanalyse, op. cit.*, p. 184.

cercle parental, en passe par la remise en question des modèles parentaux⁹⁴³. Ce sont les déceptions qui poussent l'adolescent à diversifier les supports de son idéal. L'adolescence, nous rappelle Danon-Boileau, s'accompagne d'une désidéalisiation des parents : l'enfant pensait que l'accès à l'âge adulte lui permettrait d'atteindre la toute-puissance parentale, de devenir comme les « parents admirés et enviés à la mesure des désirs œdipiens infantiles »⁹⁴⁴. L'adolescent faisant face aux limites de la toute-puissance parentale, ce sont ses propres chances d'atteinte de l'idéal qui sont menacées. Nombres récriminations à l'égard des parents peuvent être attribuées à la découverte de l'impossibilité de réaliser toutes les choses promises par les parents au nom du « quand tu seras grand ». Mais dans le groupe de pairs adolescents, ou d'autres groupes d'adultes, l'adolescent trouve de quoi alimenter son Idéal du moi. L'adolescent qui réussit ce mouvement de critique, prend son indépendance par rapport aux identifications parentales. Il renforce sa personnalité et la définit grâce à de nouveaux modèles qui infiltrent l'Idéal du moi, basé avant majoritairement sur les idéaux et interdits transmis par les parents.

Nous retrouvons ici le progrès psychique que nous avons supposé sous-jacent à l'évolution du système de pensée religieux au système de pensée scientifique, à savoir, la capacité d'esprit critique, de remise en question, à l'inverse d'une vision figée et dogmatique à l'idéal parental.

3.3. Evolution de l'idéal du moi : les jeunes et les vieux

De telles marques d'adaptation de l'Idéal du moi sont apparues de manière transversale dans la cohorte. Ce ne sont pas avec ces termes que nous avons tout d'abord étudié cette question. Une corrélation – non systématique mais néanmoins identifiable – est d'abord apparue entre le sentiment de soi et l'âge de la personne. C'est-à-dire que certaines personnes parmi les plus jeunes de notre cohorte, pour des affections somatiques parfois moindres, souffraient plus quant à leur sentiment de soi que certaines des personnes les plus âgées.

Si ce fait relève de la pensée commune – il est jugé plus délétère de tomber malade ou de mourir jeune que vieux – l'étude des enjeux intrapsychiques d'une telle évolution du jugement de soi méritait d'être menée et nous a entraînée sur la piste des évolutions de l'Idéal du moi. Notons que l'étude de ces mouvements psychiques nous invite à avoir recours à des auteurs sociologues, car cela concerne le rapport des hommes entre eux et l'inscription sociale et culturelle. Au niveau des catégories d'analyse, nous nous rapportons ici aux catégories « Se situer par rapport aux autres ou à la norme », ou encore « Etiologie ou sens donné aux symptômes ». Après avoir étudié dans le chapitre 4 comment la référence à l'âge ou au « devenir vieux » pouvait être perturbatrice, nous éclairerons ici comment elle peut être saisie par le sujet pour l'aider à vivre dans la précarité.

⁹⁴³ Les conflits familiaux qui peuvent exister entre parents et adolescents, puis adultes, à propos des choix de partenaires amoureux, de projets d'étude, témoignent entre autres, de la tension entre projections persistantes du Moi-Idéal des parents sur leur enfant, et les projets personnels de ces enfants devenant adultes.

⁹⁴⁴ H. Danon-Boileau, « Du narcissisme de l'adolescent au narcissisme du sujet âgé : un éventail de trajectoires », art cit, p. 38.

Les études philosophiques et sociologiques de Philippe Barrier, devenu diabétique à 16 ans, et d'Anne Aubert-Godard, devenue handicapée lorsqu'elle était adulte, au cours de sa carrière professionnelle, nous offrent quelques indications sur les difficultés propres aux personnes dont les affections somatiques surviennent quand elles sont jeunes. Barrier écrit, à propos de son expérience du devenir malade : « En fait, il [le malade chronique] ne retrouvera jamais le milieu social, familial, professionnel et amical qu'il avait quitté avant la déclaration de sa maladie et son hospitalisation consécutive. Le patient ne pourra plus en avoir la même image désormais, son entourage présente pour lui des difficultés, des risques jusqu'alors inédits, des exigences aussi qui semblent incompatibles avec celles de son nouveau statut. Réciproquement, les membres de son entourage ne peuvent plus le voir de la même manière, il a acquis une certaine fragilité, une étrangeté aussi, face à laquelle il semble d'abord difficile de réagir de manière adéquate. Il peut surprendre dans ses réactions, son comportement. La naturalité des échanges semble compromise, mise en question »⁹⁴⁵. Quant à Aubert-Godard, elle raconte : « Ma relation à mes étudiants ainsi que celle à mes patients n'a guère changé. La relation verticale, organisatrice de ma position et de ma fonction, m'a semblé apporter la stabilité nécessaire à la relation, bien que les apparences que je donnais par mon corps changeassent [...] Par contre, ma relation horizontale aux autres a changé [...]. C'est particulièrement dans l'aire sociale où tous sont censés être égaux et avoir les mêmes droits et les mêmes devoirs que les changements ont été les plus radicaux. [...] les rencontres avec les autres, mes collègues, mes pairs, mes frères professionnels [...] sont devenues franchement bizarres et inquiétantes pour moi [...], ils passaient à côté de moi sans me voir, comme si je n'étais pas là, sans me regarder, sans me renvoyer quelque signe de reconnaissance ou d'existence que ce soit. »⁹⁴⁶.

Freud lie l'émergence de l'exigence de justice, de traitement égalitaire entre les membres, au développement d'une « âme de masse », dans laquelle les membres sont liés entre eux par des liens libidinaux. Il note en exemple de telles masses celles de la race, de la classe, de la communauté de croyance, de l'appartenance à l'Etat. Il illustre par quelques exemples de tels liens se créant entre les personnes. Celui qui nous intéresse particulièrement ici est celui de l'enfant rejoignant la communauté des autres enfants. « L'enfant aîné, voudrait, à coup sûr, refouler jalousement celui qui vient après lui, le tenir à distance des parents et le dépouiller de tous ses droits, mais en présence du fait que cet enfant aussi – comme tous les enfants ultérieurs – est aimé par les parents d'une égale façon, et par suite de l'impossibilité de maintenir sa position hostile sans dommage propre, il est contraint à l'identification avec les autres enfants et il se forme dans la troupe d'enfants un sentiment de masse ou de communauté qui ensuite connaît à l'école son sentiment ultérieur »⁹⁴⁷. A partir des sentiments communautaires, de la liaison de personnes entre elles par identification, émergent des revendications égalitaires. Selon Freud, « la

⁹⁴⁵ Philippe Barrier, *La blessure et la force : La maladie et la relation de soin à l'épreuve de l'auto-normativité*. Préface de Bernard Stiegler, Paris, PUF, 2010, p. 32.

⁹⁴⁶ Anne Aubert Godard, « Quand la reconnaissance réciproque est rompue, que se passe-t-il ? » dans *Ethique et handicap*, Bordeaux, LEH Edition, 2011, p. 202.

⁹⁴⁷ S. Freud, « Psychologie des masses et analyse du moi », art cit, p. 58.

première exigence de cette formation réactionnelle [l'émergence du sentiment de masse] est celle de justice, de traitement égal pour tous. On sait à quel point cette revendication s'exprime à l'école à voix haute et sans concession. Si tant est qu'on ne puisse soi-même être le privilégié, qu'au moins ne soit privilégié aucun de tous les autres »⁹⁴⁸.

Pour Mme Glaa, Mr Paut, Mr Leje, Mme Mooc – les plus jeunes de la cohorte, la souffrance la plus intense est bien la rupture d'égalité dans les rapports avec leurs pairs.

Cette rupture, et ce besoin de rétablir la réciprocité avec les pairs, est perceptible dans la forte quête de reconnaissance de Mme Glaa, après le développement de ses affections somatiques. A la survenue des symptômes somatiques, les seules représentations dont dispose Mme Glaa, en elle, pour donner sens à son expérience, sont celles du « vieux », du « handicapé », du « malade ». L'écart entre ces représentations, horribles pour elle, et son vécu personnel est irréductible, nous en avons parlé dans le chapitre 4. Elle se sent assignée par les autres à cette position d'impotente, de simulatrice, de charge pour les autres. Plutôt que de recevoir cela, elle préfère parfois éviter l'hôpital, ne pas se présenter à des examens, ne pas rendre visite à des amis. Un changement a lieu lorsqu'elle obtient la reconnaissance de son statut de personne handicapée au tribunal :

« Mais j'ai quand même eu, effectivement, j'ai reçu le truc comme quoi j'étais prise en charge, bon. Je me suis dit que c'est déjà énorme d'être reconnue, quand même. Moi, c'est d'être reconnue qui m'intéressait, ce n'est pas d'avoir leur 800€. ... non, à l'époque c'était 700 et quelques, je m'en fichais. Bon, ce n'est pas que je m'en fichais, ce n'est pas vrai, il ne faut pas dire ça. C'est énorme, c'est... Mais c'était d'être reconnue. Je voulais qu'on dise "ah oui, elle ne simule pas", justement. » (Mme Glaa)

La reconnaissance par l'autre semble pour elle salvatrice. C'est selon nous pour cette raison que Mme Glaa, à l'inverse des termes de « vieux » ou de « malade », peut utiliser plus facilement, pour se qualifier, le terme de « handicapé ». C'est d'ailleurs, comme le rappelle Henri-Jacques Stiker⁹⁴⁹, sur l'idée sous-jacente d'égalisation que se base le terme même de « handicap ».

Il désigne avant tout une conséquence sur le rapport d'égalité entre les hommes. Selon le *Dictionnaire de l'Académie Française*⁹⁵⁰, un handicap, dans une compétition sportive, désigne un « désavantage imposé aux concurrents qui sont considérés comme les meilleurs », tel un désavantage de temps, de poids ou de distance. Importé dans le champ social, il désigne une « infirmité, déficience accidentelle ou naturelle, passagère ou permanente, qui entrave l'activité physique ou mentale ». Il s'agit donc « de ce qui met quelqu'un en état d'infériorité » par rapport à d'autres, qui place une personne en situation d'écart par rapport à une norme. Dans la politique d'intégration des personnes handicapées, il s'agit donc de réduire autant que possible l'écart avec la norme dominante, à savoir celle des individus valides.

⁹⁴⁸ *Ibid.*, p. 59.

⁹⁴⁹ Henri-Jacques Stiker, « Âges et handicaps », *Gérontologie et société*, 2004, vol. 27, n° 110, p. 13-27.

⁹⁵⁰ *Dictionnaire de l'Académie Française* (en ligne). Entrée « Handicap » (consulté le 25/03/2022).

Il nous semble que la requête de compensation de Mme Glaa s'inscrit parfaitement dans sa quête de « normalité ». A défaut de pouvoir redevenir « valide », elle cherche sur la scène sociale la reconnaissance qu'elle fait toujours partie de la communauté des « normaux », malgré la présence du handicap. D'où l'utilisation plus facile du terme de « handicapé », qui, d'une manière paradoxale, permet sa réintégration. Paradoxale, car comme le mentionne Stiker, par l'obtention de la compensation est réaffirmée la définition de la normalité, à laquelle la personne handicapée ne peut prétendre qu'artificiellement, par une compensation. Mais c'est bien lorsque Mme Glaa se sent reconnue, c'est-à-dire lorsqu'elle est réintégrée dans la communauté des humains, que la force du déni se relâche et qu'elle se montre prête à accepter les soins.

Mr Leje, temporairement, profite d'une situation où il retrouve une communauté identificatoire. En stage de réadaptation, il se retrouve avec trois compagnons, avec lesquels il forme un « groupe de quatre avec à peu près les mêmes pathologies, à peu près au même moment » (Mr Leje). Au sein de ce groupe, ils s'encouragent, se motivent. Ancet remarque bien le pouvoir subjectivant de la reconnaissance par les pairs dans une population de patients accidentés. Il la nomme la « pairémulation »⁹⁵¹ : les patients handicapés forment dans son étude une communauté. Dans cette collectivité de personnes atteintes d'un handicap similaire, la réciprocité et la reconnaissance sont rétablies, les possibilités d'identification, restaurées. A l'inverse, ils regardent et se différencient par rapport à ceux qui constituent alors les autres, par exemple, ceux ayant été amputés d'un membre. Si nous y retrouvons l'idée de pairémulation, dans laquelle la référence, le lien, devient le handicap, il reste qu'ils avaient « des âges un peu différents, ce qui faisait la différence » (Mr Leje). La référence à l'âge reste une boussole importante de la définition de la normalité et de l'évaluation de son état :

« Et j'ai vu les uns et les autres partir au fur et à mesure, plus ou moins tranquillement. Et, ouais ce n'est pas tellement agréable, mais bon, c'est l'ordre des choses. Mais partir dans la dignité, c'est la moindre des choses, là on ne parle même plus de...de...naturel quoi. [...] Quelqu'un qu'on vient chercher en fauteuil pour aller faire voter, quelqu'un qu'on sort à Pacques pour aller déjeuner enfin...non, ça, c'est...non, non, ça, non merci. Ben peut-être pour une personne de 90 ans, 95 ans bon ok, mais à 60 ans, même pas 60 ans ce n'est pas vivab...enfin, ce n'est pas envisageable. » (Mr Leje)

A l'inverse, nous l'avons vu dans le premier chapitre, Mr Deht, Mme Ouna et Mr Sial, les doyens de notre cohorte, mettent en avant leur âge plus avancé, ce qui leur permet d'évaluer positivement leur état somatique.

« À partir du moment où je n'ai pas eu de problèmes graves entre guillemets, que j'en vois autour de moi, je me dis, ben j'ai quand même un certain pot de passer au travers, tout en ayant de temps en temps, franchi un peu la ligne jaune sur le plan excès, entre guillemets. Même si on les réduit au fur et à mesure, mais parce qu'on a un appétit qui diminue, mais on peut quand même avoir éprouvé une certaine satisfaction de voir que dans le fond ça ne se porte pas trop mal, que les copains nous trouvent en forme,

⁹⁵¹ Pierre Ancet, « Après l'accident : renaître à un autre corps » dans *Corps abîmés*, Paris, Hermann, 2014, p. 116.

que...[...] À l'aube de mon 79^{ème} anniversaire, ben je suis ravi de savoir que ça ne marche pas trop mal [...] ...on en voit certains qui déclinent quand même plus que d'autres, pour lesquels les années comptent double à un certain moment. Et on a l'impression de passer au travers. Donc c'est rassurant » (Mr Deht)

Une évolution du modèle à la comparaison duquel ils soumettent leur moi apparaît chez les personnes les plus âgées. Jean Delabbé le remarque comme si cela relevait de l'évidence : « Pour le professeur d'éducation physique et sportive que j'ai été, il serait certainement malvenu de comparer mes capacités motrices présentes à l'aube de mes 85 ans avec celles que je déployais entre 20 et 30 ans, lors de compétitions. Il serait encore plus déplacé et prétentieux, pour les gens de ma génération, d'imiter l'activité des athlètes de haut niveau d'aujourd'hui, sans sombrer dans le ridicule ou se trouver cloué sur un terrain de sport par un arrêt cardiaque »⁹⁵².

Du point de vue théorique où le sujet âgé souffrirait d'un écart qui se creuse entre le moi et l'idéal du moi, se développe le point de vue inverse, c'est-à-dire celui d'une créativité propre aux âgés permettant de se libérer des exigences de l'adultité. En assignant les vieillards à une position hors rivalité par rapport aux plus jeunes, la permutation des places dans l'ordre générationnel éloignerait les vieux des jeux d'emprise sociétaux, participant donc de leur libération. « J'ai moins de pouvoir, je subis moins de pouvoir [...] Vieillir ne débarrasserait pas à proprement parler des pouvoirs institués mais de leurs exigences compétitives et imitatives en excès »⁹⁵³. Le vieillissement participerait d'une baisse de l'aliénation du sujet à un Idéal du moi ayant trait à la production, la performance, la réussite. Avec un tel mouvement, il ne s'agirait pas d'une perte subie, mais bien plutôt d'un travail actif du moi. Selon François Jullien, la « sagesse » attribuée à la personne âgée ne témoignerait pas de l'acceptation d'une dévalorisation narcissique sur la base d'un « désengagement, du laisser-faire, du renoncement, de l'effacement »⁹⁵⁴, mais plutôt d'un grandissement par reconnaissance de l'activité comme superflue, au profit d'une sérénité dégagée des contraintes de l'adultité. « Je ne dirais pas que « l'âge » n'est plus un adulte, mais qu'il se trouverait potentiellement plus libre d'engager une vie assouplie en laquelle les jeux d'emprise sociétale, jusqu'alors vécus comme quotidiennement nécessaires (disons faussement essentiels) et qui caractérisent l'adultité, ne sont plus aussi méconnaissants, étouffants, envahissants, violents et dispersés »⁹⁵⁵. De même, Edgar Morin voit dans le génie créatif développé par certaines personnes âgées lors du grand-âge, une possibilité libératoire par rapport aux normes, normes qui seraient nécessaires à l'âge adulte pour s'inscrire et participer à la vie de la société. « Il semble que le fait de vieillir autorise une sorte de mépris de plus en plus grand pour des contraintes ou des règles qui semblaient des absolus culturels à respecter impérativement, et que cette sorte de

⁹⁵² Jean Delabbé, « A chacun son vieillissement » dans *Le corps vécu chez la personne âgée et la personne handicapée*, Paris, Dunod, 2010, p. 35.

⁹⁵³ P. Gutton, « Travail d'adolescence, travail du vieillir », art cit, p. 31.

⁹⁵⁴ F. Jullien, « Ce qui résiste à la pensée dans le phénomène du vieillissement », art cit, p. 56.

⁹⁵⁵ P. Gutton, « Travail d'adolescence, travail du vieillir », art cit, p. 31.

hauteur par rapport aux normes, aux contraintes et aux règles permette au créateur de s'élancer avec une audace folle dans quelque chose de jusque-là interdit »⁹⁵⁶.

Mais nous devons tout de suite noter que de tels mouvements psychiques, s'ils sont plus visibles chez les personnes âgées, y compris dans notre étude, ne leur sont pas exclusifs. La capacité de se dégager, de disqualifier l'emprise des valeurs et idéaux du groupe culturel dominant, de développer une capacité de jeux par rapport aux contraintes normatives, n'est pas l'apanage des vieux. Barrier, devenu malade à 16 ans, consacre son ouvrage à la description d'un tel travail psychique personnel de réévaluation des idéaux, de « dénormalisation »⁹⁵⁷, qu'il nomme, en référence à la thèse de Canguilhem, « autonormativité »⁹⁵⁸. En prolongeant ce concept, initialement développé à propos de la normativité biologique, au domaine psychique, il raconte son propre processus de dégagement par rapport aux normes imposées de l'extérieur. « Georges Canguilhem [...] a fait de la pathologie la vérité de la santé, et de la santé la capacité à « tomber » malade, à affronter la maladie, et à faire de sa maladie un nouvel art de vivre pour un vivant que caractérise sa normativité dans la pathologie »⁹⁵⁹. Il ne s'agit donc pas pour le malade d'apprendre à s'adapter à son milieu, de continuer à se soumettre à une norme figée, mais plutôt d'instaurer naturellement d'autres valeurs, celles qui lui conviennent. Selon Barrier, cette dynamique consiste en ce que la maladie ne soit pas uniquement vécue comme une épreuve à combattre mais plutôt une nouvelle forme de vie à laquelle répondre par l'ingéniosité et la créativité. Cette créativité concerne la remise en question des « valeurs habituelles de vie », permettant une appréhension de la maladie comme « enrichissante et valorisante »⁹⁶⁰, une force secrète : notamment et justement parce qu'elle implique une souplesse du rapport à la normativité, une plus grande connaissance de soi-même et de ses limites, une ouverture plus importante aux expériences de vulnérabilité. Il s'agirait donc de perdre une forme de « naïveté »⁹⁶¹ dans le rapport au corps et à la santé, qui s'exprime chez la personne exempte de symptôme somatique par une « insouciance », une « inconscience »⁹⁶² du corps biologique.

Nous avons longtemps décrit un tel travail psychique chez Mr Chez, et nous en retrouvons également un chez Mme Syet. Elle nous raconte un tel processus de réévaluation des normes, de réévaluation de ce qui constitue son idéal, à l'œuvre chez elle à l'occasion de son cancer du col de l'utérus, diagnostiqué et traité 11 ans avant l'entretien :

« Mais pendant ce temps-là [l'attente des résultats de contrôle de rémission], c'est bien, on refait un petit peu toute... on met à plat tout ce qu'on a dans sa vie. Donc finalement c'est une bonne thérapie, moi je trouve. Et puis après, on sait ce qu'on veut et on sait

⁹⁵⁶ Edgar Morin, « Vieillesse des théories et théories du vieillissement », *Communications*, 1983, n° 37, p. 210.

⁹⁵⁷ P. Ancet, « Après l'accident : renaître à un autre corps », art cit, p. 116.

⁹⁵⁸ Philippe Barrier, « L'autonormativité du patient chronique : un concept novateur pour la relation de soin et l'éducation thérapeutique », *Alter*, 2008, vol. 2, n° 4, p. 271-291.

⁹⁵⁹ Bernard Stiegler, « Préface » dans *La blessure et la force : La maladie et la relation de soin à l'épreuve de l'autonormativité*, Paris, PUF, 2010, p. XI.

⁹⁶⁰ P. Barrier, *La blessure et la force*, op. cit., p. 67.

⁹⁶¹ *Ibid.*, p. 19.

⁹⁶² *Ibid.*, p. 80.

ce qu'on ne veut plus. Donc c'est bien. Et on regarde les gens... enfin, je dirais différemment, on ne s'embête pas avec les petites conneries de tous les jours etcetera. Oui, ça donne un regard, je trouve, plus sain. On ne s'enquiquine pas avec, vous savez ? Les petits...quand il y a des bruits de couloir, des choses comme ça, des...la méchanceté...les choses comme ça on s'en fout en fait, après. [...] Après, je n'hésite plus, non plus, à être franche. Voilà c'est...je n'ai plus peur de dire...enfin si quelqu'un est con, si je l'estime con je vais lui dire franchement. Ça ne m'empêche pas de bien l'aimer, mais il est con quoi. [...] Parce qu'on n'a pas besoin de s'enquiquiner avec les fioritures à droite à gauche, il y a d'autres choses à... » (Mme Syet)

Ces mouvements psychiques, décrits par Barrier et identifiés chez Mme Syet, sont bien selon nous équivalents à ceux qui sont identifiés plus fréquemment chez les âgés.

S'ils semblent plus fréquents ou plus visibles chez les personnes âgées, nous supposons que c'est du fait de la valeur collective du changement. Les processus psychiques que nous avons constatés chez certains des participants de notre étude mettent en évidence l'existence d'une « âme de masse »⁹⁶³, une liaison des individus se définissant par l'âge ou la génération d'appartenance. Nous l'avions vu, le vieux devient vieux, qu'il le veuille ou non, qu'il ait des symptômes somatiques ou non, dans la mesure où d'autres du même âge, avec qui il est lié par identification, évoluent. Il devient vieux en référence aux autres générations, mais au même titre que ses pairs. Cette évolution collective a un impact sur l'interprétation du vécu personnel. Notons par exemple que le terme de « handicap », du point de vue de la reconnaissance sociale qu'il offre, ne s'applique pas aux personnes âgées, dans la mesure où l'infirmité physique de l'âge n'implique pas, d'un point de vue socio-politique, d'écart par rapport aux pairs qui devrait être comblé. « Du point de vue institutionnel, il n'existe pas de reconnaissance des difficultés rencontrées par les personnes âgées qui soit posée en terme de handicap »⁹⁶⁴. « L'altération des compétences qui apparaît avec l'avancée en âge est conforme aux représentations sociales internalisées [...]. Cette altération des compétences étant normale, elle ne saurait constituer un handicap, ni être revendiquée comme telle »⁹⁶⁵.

Mais cette absence de reconnaissance sociale peut ici témoigner d'une réalité de différences entre les jeunes et les vieux en matière de potentialités de travail psychique face à la pathologie somatique. Caradec note l'exemple de la retraite : si l'expérience de la retraite se fait dans la grande majorité des cas sans trop de heurt, c'est selon lui au bénéfice d'une transition qui implique une préparation à la retraite par les autres. La retraite est un événement qui a été vécu ou qui sera vécu – outre phénomène exceptionnel – par tous les travailleurs. Les anecdotes racontées par les autres sur la retraite, les questions anticipatrices, le passage à la retraite d'autres pairs, préparent le sujet et l'accompagnent au long de ce changement de statut. « Quelqu'un lui [prête] main forte dans son entreprise de redéfinition de soi. Cette aide peut être le fait d'amis ou des enfants, mais

⁹⁶³ S. Freud, « Psychologie des masses et analyse du moi », art cit, p. 56.

⁹⁶⁴ Jean-Marc Talpin et Odile Talpin-Jarrige, « Vieillesse et handicap », *Le Divan familial*, 2002, vol. 1, n° 8, p. 128.

⁹⁶⁵ *Ibid.*, p. 129.

le retraité la trouve surtout auprès de son conjoint : il ne faut pas oublier, en effet, que la grande majorité des retraités vivent en couple et que le passage à la retraite est, le plus souvent, une transition qui se négocie à deux »⁹⁶⁶. Selon Danon-Boileau, un point commun aux adolescents et aux vieux est leur position d'exclusion par rapport au groupe dominant de la population, et face à cela, la stratégie similaire de recherche de refuge auprès des pairs.

« Le senior trouvera une compréhension immédiate et un refuge naturel auprès de ceux avec lesquels il partage à la fois des expériences communes de pertes et de blessures, mais aussi sans avoir besoin d'en expliciter les tenants et les aboutissants, une complicité concernant l'air du temps et du passé [...] Auprès de ses homologues, le senior bénéficie d'une réassurance narcissique et renforce le sentiment de son identité »⁹⁶⁷.

Il ne s'agit donc pas de dire que seules les personnes âgées peuvent ou doivent adapter leur idéal face aux perturbations somatiques, mais plutôt que le vieux est en cela aidé par les liens libidinaux qui le lient à d'autres personnes partageant la même expérience, au contraire du jeune qui se trouve plus seul dans sa quête. L'existence d'un lien libidinal liant entre elles les personnes avant qu'elles vivent l'expérience, s'avère importante en ce qui concerne les possibilités de reprise identitaire face aux événements déstabilisants. Tomber malade vieux n'implique pas la même rupture d'égalité que tomber malade jeune, dans la mesure où au niveau de la population, plus nombreuses sont les personnes malades chez les vieux que chez les jeunes. Barrier l'indique bien, il vit une expérience « qu'il ne peut réellement partager qu'avec ceux qui vivent une situation identique ; or il ne vit pas au sein de ce groupe « spécialisé », qui est dissous dans la société [...] Il devient une figure obligée de l'altérité »⁹⁶⁸.

Dans notre cohorte, la corrélation entre le sentiment de soi et l'âge semble pouvoir être expliquée en termes de potentialités identificatoires. Les devenir vieux, infirme, malade, peuvent tous autant impliquer une déstabilisation narcissique. L'identification entre les membres d'une génération peut introduire le sujet à la question de la vieillesse, ce qui peut le déstabiliser narcissiquement. Mais il peut également y trouver soutien, possibilités d'identifications, et une facilité de réciprocité et de reconnaissance. Nous avons distingué les fragilisations provenant du réel du corps, et l'exposition de la précarité provenant des mouvements dans l'ordre symbolique. Si le sujet peut être déstabilisé par cet accès à un nouveau statut, celui-ci peut également véhiculer un sens, de nouvelles références quant aux possibilités d'identifications symboliques et d'inscription dans l'ordre générationnel. Ainsi par exemple, plusieurs patients, dans le cadre de cette étude, font référence à des figures importantes chez les âgés, telles que De Gaulle ou Churchill. Pour Mr Sial, la pathologie somatique n'est pas l'occasion d'un outrage narcissique, mais bien plutôt inscrit d'office comme une nouvelle normalité de l'évolution du corps, le moi n'étant pas alors jugé au prisme du même idéal.

⁹⁶⁶ V. Caradec, « Les transitions biographiques, étapes du vieillissement », art cit.

⁹⁶⁷ H. Danon-Boileau, « Du narcissisme de l'adolescent au narcissisme du sujet âgé : un éventail de trajectoires », art cit, p. 34.

⁹⁶⁸ P. Barrier, *La blessure et la force*, op. cit., p. 32.

« Ben, à cet âge-là, comme je vous disais, notre ami Général de Gaulle disait “la vieillesse est un naufrage”. Bon, évidemment c’est comme un moteur qui vieillit. Il a des pièces à changer, il a des choses à soigner, vous voyez ? Mais ce n’est plus du neuf quoi, il va... ça va s’éteindre un jour [...] Ah, que je suis parmi les chanceux qui ont pu arriver à cet âge-là sans aucun problème, sans maladies, sans rien du tout, qui ont travaillé, qui ont eu une retraite, qui ont eu des enfants, des petits enfants. Et qui tiennent encore debout. Ben, c’est une chance celle-là. Il y a en a d’autres qui n’ont pas eu la moitié de ça. C’est important » (Mr Sial)

Ses perspectives sur la vie ont radicalement changé lors de son passage à la retraite. Une identification aux vieux rendue plus aisée pour Mr Sial du fait de l’existence d’une référence positive à la vieillesse déjà internalisée – son oncle –, les possibilités de traitement psychique de la pathologie somatique s’en voient modifiées. Son diabète, ses artérites et une insuffisance rénale qui nécessitent pourtant qu’il se rende à l’hôpital souvent, et qui sont source de souffrance physique, n’entraînent aucune dévalorisation narcissique. Au contraire, la comparaison à ses pairs entraînerait plus une revalorisation de soi.

Si les personnes les plus âgées, dans la redéfinition de leur idéal, peuvent compter sur le support du groupe, il nous semble que chez tous, l’évolution du jugement de soi relève d’un même processus psychique de modification de l’Idéal du moi. Cette redéfinition du modèle à la comparaison duquel sera évalué le moi semble être au cœur des possibilités de vivre lors de la pathologie et du vieillissement.

3.4. Qualité de l’internalisation du Surmoi et évolutivité de l’Idéal

Sera déterminante ici, la qualité de l’internalisation du Surmoi.

Introduire cette nuance est nécessaire pour faire tenir en une représentations la diversité des mouvements psychiques repérés chez les participants de l’étude. La plupart des personnes semble réadapter efficacement la distance entre leur moi et leur idéal, grâce à des adaptations de l’Idéal du moi. Mais chez un certain nombre de personnes, une souffrance narcissique due à l’accroissement de la distance entre le moi et l’idéal semble se cristalliser. Ce qui pourrait apparaître comme une digression, dans une tentative d’inclure dans ce schéma théorique les personnes n’y rentrant pas parfaitement car ne parvenant pas à suffisamment adapter leur idéal pour minimiser leur souffrance, nous paraît en fait central. Central, car cela nous semble révéler des fixations à certains schémas de sens qui pourraient exister au niveau populationnel et pourraient peut-être expliquer l’existence de certaines représentations sur les personnes âgées.

Avant de nous expliquer, revenons d’abord au Surmoi. Comme nous l’avons vu dans la partie II, les critiques, et la force des désillusions quant aux possibilités de réalisation du désir œdipien, mènent à la formation du Surmoi. La transmission des interdits, l’émergence du Surmoi, et surtout, la qualité de son internalisation, auront un important effet organisateur sur le rapport à l’Idéal du moi.

Une bonne internalisation du Surmoi suppose que l'incorporation de l'objet laisse place à un mouvement introjectif où le sujet s'approprie l'objet, le modifie plutôt que d'être modifié par lui. « Il est indispensable et impératif de distinguer dans les processus identificatoires [...] si l'introjection l'emporte sur la projection, c'est-à-dire si le moi élargit son expérience identificatoire sans se transformer profondément, ou bien si la projection l'emporte sur l'introjection, c'est-à-dire si le moi se perd et s'aliène en empruntant l'identité de l'objet – incorporé – pénétré »⁹⁶⁹. Lorsque le travail de subjectivation est réussi, le moi transforme l'objet interne plutôt que d'être transformé par lui. L'objet devient alors constitutif du sujet, de son sentiment moïque, de manière non aliénante.

Les exemples paradigmatiques en sont celui du deuil et de la mélancolie : dans la mélancolie, l'identification relève d'une incorporation de l'objet « qui aboutit à une lutte entre l'idéal du moi et la partie du moi qui contient l'objet perdu », le moi s'identifie à l'objet abandonné. L'incorporation a pour but de nier l'altérité pour lutter contre la blessure narcissique entraînée par la perte, il s'agit d'une tentative d'annulation de la séparation.

A l'inverse, lorsque le moi est suffisamment fortifié, l'objet peut être intégré au moi. Les processus introjectifs contiennent, selon Ciccone, toujours un moment premier d'incorporation qui permet au sujet de survivre à la perte. « Dans tous les cas, l'identification à l'objet incorporé fait partie de tout travail de deuil et est préalable à toute introjection identificatoire »⁹⁷⁰. Le sujet peut alors pénétrer l'objet incorporé, se l'approprier, l'inclure dans son espace. Un « ajustement » s'effectue entre l'objet réel perdu et l'objet interne en construction. L'objet introjecté conserve la perception de l'altérité, il est le résultat d'un travail de deuil de l'objet réel, et permet un enrichissement du moi. L'avènement du surmoi suppose donc que le sujet ait pu s'affronter à l'objet et le perdre, qu'une ligne différenciatrice ait été tirée entre lui et l'objet. « Ce faisant, l'Idéal du Moi peut devenir plus personnel, car il se voit enrichi par de nouveaux objets qui ne sont pas les simples copies des objets idéalisés par les parents. C'est uniquement à cette condition, c'est-à-dire un remaniement de l'Idéal du Moi grâce aux effets structurants du Surmoi, que peut advenir l'identité propre du sujet. »⁹⁷¹.

Or, la qualité de l'opération psychique effectuée par l'enfant, et la qualité de l'instance en découlant, Surmoi incorporé ou introjecté, ne dépend pas uniquement des capacités de traitement psychique du sujet mais également de la qualité des objets projetés par les parents. Ciccone nous rappelle que selon Freud, le surmoi ne se forme pas à l'image des parents, mais à l'image de leur propre Surmoi. Dans la transmission, est indiquée à l'enfant « la place qu'il occupe dans le scénario fantasmatique qui organise les modalités de son investissement et de son lien à l'enfant, et [également] la façon dont le parent permet ou ne permet pas l'appropriation subjectivante par l'enfant de l'expérience dans laquelle se joue le lien au parent et le fantasme qu'il organise »⁹⁷². Le

⁹⁶⁹ A. Ciccone, *La transmission psychique inconsciente*, op. cit., p. 48.

⁹⁷⁰ *Ibid.*, p. 49.

⁹⁷¹ K.-L. Schwering, « L'idéal en quête d'identité », art cit, p. 43.

⁹⁷² A. Ciccone, *La transmission psychique inconsciente*, op. cit., p. 63.

sens d'une situation peut également être transmis en négatif, « la situation pouvant se présenter comme en manque de sens, et la transmission concerner ce qui reste énigmatique, dénié, refoulé, projeté, non intégré »⁹⁷³. L'internalisation de la conscience morale et de la fonction d'auto-observation suppose que le surmoi que transmet le parent ait une qualité d'objet introjecté, qu'il soit lui-même différencié, et qu'il puisse se transmettre sous la forme d'une verbalisation des interdits. « Ce renoncement, il faut le préciser, n'est rendu possible que parce qu'il est activement véhiculé par l'autre. Autrement dit, les opérations psychiques exposées ci-dessus ne se conçoivent qu'à la condition d'une énonciation, par l'autre, des interdits fondamentaux »⁹⁷⁴.

Le moment œdipien est central dans la mesure où, au-delà des modèles, est dans le meilleur des cas internalisée une fonction. Par identification aux objets idéalisés, et plus précisément dans la mesure où ils peuvent être introjectés plutôt qu'incorporés, le moi pourra s'enrichir de son rapport à l'idéal plutôt que d'y être aliéné. « L'introjection concerne le contact à la fois avec la réalité interne et avec la réalité externe » ; l'identification projective normale a une fonction de communication. Elle permet au départ à l'enfant immature de penser avec l'appareil à penser d'un autre. Puis, par internalisation de processus psychiques, il développe sa propre activité d'interprétation des perceptions, éprouvés subjectifs, ainsi que des objets transmis et fantasmes indiqués par l'autre. « C'est lorsque le moi sera suffisamment fortifié qu'il pourra renoncer à devenir l'objet et pourra alors profiter de ses qualités, plutôt que de se les approprier. C'est bien ce que dit Freud d'ailleurs, lorsqu'il précise que lorsque le moi est renforcé il peut opposer une résistance à l'influence des objets d'identification »⁹⁷⁵. D'une fonction normale et nécessaire de communication, les processus d'identification deviennent dans le meilleur des cas moins importants du fait du développement de la psyché et du décollement du sujet par rapport à l'autre.

Mais ils doivent pouvoir continuer toute la vie, pour que l'Idéal du moi puisse maintenir sa fonction. Pour rester « confirmable par l'expérience », l'Idéal du moi doit rester modifiable, sujet à la critique. De l'apprentissage de l'esprit critique, correspondant à une bonne internalisation du surmoi, dépend la possibilité de conserver la souplesse des modèles de l'idéal.

3.5. Défaut d'internalisation et troubles de l'adaptabilité

La possibilité de projeter son Idéal vers des modèles, et par-là, de conserver un représentant de la toute-puissance dans la psyché, sera souvent compliquée par la qualité du surmoi du sujet et les fixations s'étant établies au cours du développement.

Nous avons déjà repéré de tels troubles, en l'occurrence, mélancoliforme, chez Mr Paut. Freud dit qu'il est « tout à fait vraisemblable que la misère du mélancolique est l'expression d'une scission tranchée entre les deux instances du moi, dans laquelle l'idéal excessivement susceptible met au jour sans ménagement, dans le délire de petitesse et dans l'autorabaïssement, sa

⁹⁷³ *Ibid.*, p. 62.

⁹⁷⁴ K.-L. Schwering, « L'idéal en quête d'identité », art cit, p. 55.

⁹⁷⁵ A. Ciccone, *La transmission psychique inconsciente*, op. cit., p. 21.

condamnation du moi »⁹⁷⁶. La qualité de l'évaluation de soi n'a chez Mr Paut, aucune prise dans la réalité. « Il n'existe, selon notre jugement, aucune correspondance entre l'ampleur de l'auto-rabaïssement et sa justification réelle »⁹⁷⁷. Le mélancolique décrit sa situation psychologique, et si la réalité en vient à entrer en conformation avec les auto-reproches de la personne, c'est en conséquence du travail intérieur qui consume son moi plutôt que l'inverse. Mr Paut devient procrastinateur, rapporte une atteinte à l'action, des troubles de la mémoire, etc., ce qui semble bien être plutôt la conséquence de son état psychique que la source des auto-reproches. Chez Mr Paut, l'Idéal semble perdre le contact salutaire avec la réalité, permettant son adaptation au gré des évolutions physiques et des nécessités de la vie, à l'aide de figures identificatoires.

Est bien perceptible, malgré tout, une telle quête identificatoire.

« [Un de ses amis] Qui a eu, qui a des problèmes depuis...qui a déjà eu une grosse intervention déjà il y a 10 ans, avec un éclatement de l'aorte et bon ça s'est dégradé, il a fallu réintervenir et à la suite de l'intervention, il a fait un AVC... enfin bon. [...] Il est aussi lui, dans une réflexion personnelle sur le sens des choses, etcetera, etcetera [...] Donc...mais enfin ça fait réfléchir quand même. », « Vous savez j'ai vu l'ami dont je vous parlais tout à l'heure. Je l'ai vu hier soir... euh...je lui disais, mais...parce qu'il a beaucoup souffert, je lui disais : "ce qui est terrible c'est qu'on ne peut pas se mettre à ta place, parce que...comment est-ce que je peux oser me permettre de ressentir ce que tu...tes souffrances alors que je ne suis pas dedans ? " Mais je sais que c'est...elles sont extrêmement lourdes. Voilà, enfin, je veux dire, difficile de se mettre à la place des autres » », « Non, il y a une grande solidarité, mais...si vous voulez, c'est toujours la même chose, on se rend compte que...moi j'ai une belle-mère qui a 92 ans, bientôt, qui...qui ne peut pratiquement plus marcher, qui a assistance tous les jours, c'est la même chose, je ne peux pas...en plus ces gens-là ne se livrent pas beaucoup. Parce que c'est trop personnel, trop intérieur, trop...difficile aussi d'exprimer tout ça hein. Donc c'est encore plus difficile pour l'interlocuteur d'essayer d'interpréter, de se mettre à la place, ou...mais...on est devant la maladie quoi. Effectivement ça interpelle » (Mr Paut)

De manière structurelle, et en l'absence de remaniements psychiques profonds, il est probable que cette quête identificatoire reste vaine pour Mr Paut.

Il semble donc que le rapport du moi à l'idéal soit plus complexe qu'une simple corrélation entre aptitudes réelles du moi et sentiment de soi, au contraire de ce que semblent penser certains théoriciens du vieillissement qui supposent une systématique diminution du sentiment de soi chez les personnes atteintes d'affections somatiques ou vieillissantes. « L'infériorité d'organe et les atrophies jouent dans l'étiologie de la névrose un rôle minime [...] Au moment où l'on vient d'accorder crédit à une patiente névrosée affirmant qu'elle devait inévitablement tomber malade parce qu'elle est laide, mal faite et sans charme si bien que personne ne peut l'aimer, la névrosée suivante nous détrompe, elle qui persévère dans la névrose et le refus du sexuel, bien qu'elle

⁹⁷⁶ S. Freud, « Psychologie des masses et analyse du moi », art cit, p. 71.

⁹⁷⁷ S. Freud, « Deuil et mélancolie », art cit, p. 267.

paraisse désirable et soit en fait désirée plus que la moyenne des femmes [...] les laideurs, atrophies d'organe, infirmités qui s'accumulent dans les classes inférieures de notre société n'agissent en rien sur la fréquence des affections névrotiques parmi elles »⁹⁷⁸.

Dans la plupart des cas, chez nos participants, n'existe pas de rupture si tranchée entre objectivité des troubles somatiques et sentiment de soi, telle que nous l'avons repérée chez Mr Paut. Nous pensons néanmoins que le rapport du sujet à l'idéal, au jugement du moi, relève toujours, et même pour les cas sains, d'une construction psychique, et ce, même dans le cas d'un bon maintien du rapport à la réalité. Sont ainsi également repérés dans les entretiens avec les participants, des moments de fixation rendant plus complexes voire impossibles les mutations de l'Idéal du moi.

Mme Glaa et Mr Leje ne peuvent supporter d'être vus dans leur fragilité. Comme le précise Villa, « dès lors que le moi devient un objet et le lieu d'une activité érotique, il faut envisager qu'il est, en grande partie, dans l'impossibilité d'être juge et partie »⁹⁷⁹. Mais dans une certaine mesure, par intériorisation de la faculté de jugement des parents – grâce à l'expression précoce de leur contentement, de leur validation, ou de leur désapprobation – l'enfant se rendra moins dépendant de l'opinion de son entourage dans l'établissement de son estime personnelle. « Le désir de recevoir une confirmation narcissique de ses semblables (de diminuer la marge entre le Moi et l'Idéal) amène le sujet à s'exhiber devant eux. Si cette exhibition échoue à assurer la satisfaction »⁹⁸⁰ se produit alors une blessure narcissique équivalente à une castration. Si Mme Glaa et Mr Leje répugnent tant à se montrer dans leur fragilité, c'est peut-être justement que leur relation à leur semblable joue un rôle déterminant dans leur estime d'eux-mêmes, du fait des aléas de leur développement.

Au cours du développement, « plus profonde sera la blessure résultant de l'inadéquation entre les aspirations narcissiques et la représentation du moi réel, plus impérieuse sera la nécessité d'une mise en œuvre de moyens pour combler le fatal écart »⁹⁸¹. Face aux lacunes identitaires, des moyens sont mis en œuvre par le sujet pour combler l'écart entre le Moi et l'Idéal. Chasseguet Smirgel distingue les sujets qui ont pu projeter leur Idéal du Moi sur les figures œdipiennes de ceux ayant accompli des identifications défectueuses et devant, dans une tentative de retrouver la complétude perdue, avoir recours à une illusion, à des subterfuges pour combler les lacunes. Par l'idéalisation, le sujet peut faire l'économie des conflits d'introjection et contourne l'obstacle, plutôt que de parvenir, par introjection des qualités parentales, à une modification de la qualité des pulsions : « ...l'imitation (ou identification magique) est celle de l'enfant qui tient le journal comme son père. L'identification survient quand l'enfant apprend à lire. Dans l'imitation il s'agit d'être le parent envié et pas forcément de le devenir. Nous sommes dans le domaine de

⁹⁷⁸ S. Freud, « Pour introduire le narcissisme », art cit, p. 242.

⁹⁷⁹ F. Villa, *La notion de caractère chez Freud*, op. cit. Empl. 1157.

⁹⁸⁰ J. Chasseguet-Smirgel, *La maladie d'idéalité*, op. cit., p. 135.

⁹⁸¹ *Ibid.*, p. 88.

l'accomplissement magique. »⁹⁸². Relisons ce verbatim de Mme Kcoa, que nous avons d'abord présenté pour illustrer le danger sur sa féminité :

« Donc, vous avez des bottines, vous êtes en jupe. Moi je fais comment pour me mettre en jupe [...] Mettre des collants, avec des chaussures orthopédiques, vous imaginez ? Imaginez-vous. D'accord ? En tant que femme... je pense que les hommes, ils doivent peut-être plus l'accepter. Je ne sais pas », « Bon, il va falloir peut-être que j'aie des chaussures orthopédiques, mais là... c'est vrai que j'ai sorti mes bottes, mes bottes parce que je suis une femme de botte hein ? Si on peut dire. Et, ben j'ai toutes sorti mes bottes, mes bottines... passons à autre chose » (Mme Kcoa)

Bottines, jupes et collants sont idéalisés par Mme Kcoa, ils sont l'objet de la projection de son idéal. « Le voilement du corps, qui progresse avec la culture, tient éveillée la curiosité sexuelle qui aspire, elle, à compléter l'objet sexuel par le dévoilement des parties cachées »⁹⁸³. L'hypothèse d'une régression défensive face à la perte des orteils n'étant pas à exclure, il reste que Mme Kcoa collectionnait déjà, avant sa maladie, les accessoires de mode comme support de sa féminité. Sa féminité et sa capacité à porter le vêtement s'imposent ici comme une « mascarade »⁹⁸⁴ où le corps propre est pris comme équivalent phallique. La pathologie somatique met à l'épreuve Mme Kcoa en rendant difficile l'expression de sa féminité. Mais sûrement plus profondément, elle laisse entrevoir une faille narcissique déjà présente chez Mme Kcoa, que la capacité à porter le vêtement idéalisé permettait de colmater. Nous pouvons supposer qu'il fonctionnait ici comme un fétiche, et avait été soumis à un processus d'idéalisation, visant par-là à obtenir la complétude narcissique par établissement d'un « faux » phallus. La pathologie somatique s'engouffre alors dans la faille narcissique présente chez Mme Kcoa – existant, dans des degrés divers, chez tout sujet –, là où la défense était la plus fragile. Certains traits peuvent être idéalisés, ils sont alors « le monument commémoratif d'un choix d'objet auquel il a dû être renoncé ou d'un mode d'organisation de la libido qu'il a fallu abandonner »⁹⁸⁵ ; ils doivent alors être absolument incarnés au risque d'exposer le sujet à un vacillement identitaire.

L'impossibilité pour Mme Glaa de se détacher de la pulsion d'emprise pourrait être interprétée d'une manière similaire. Mme Glaa parviendra malgré tout, face à la perte partielle de l'usage de ses jambes, à un certain réaménagement pulsionnel : la pulsion d'emprise ne sera plus éconduite par le mouvement, mais par la maîtrise de sa femme de ménage. Mais reste que l'emprise, l'activité, sont pour Mme Glaa des impératifs narcissiques. Ce sont ces fixations qui détermineront l'impact désorganisateur des pathologies somatiques.

Dans ce cadre, une nuance par rapport à certaines théories du vieillissement peut être apportée. La perte des repères d'activité et de sexualité ne constituerait un moment désorganisant

⁹⁸² *Ibid.*, p. 98.

⁹⁸³ S. Freud, « Trois essais sur la théorie sexuelle », art cit, p. 90.

⁹⁸⁴ Jacques André, « Prolongements et critiques de la théorie freudienne » dans *La Sexualité féminine*, 3e édition., Paris, PUF, 2004, p. 41-57.

⁹⁸⁵ F. Villa, *La notion de caractère chez Freud*, op. cit. Empl. 156.

pour les personnes, que dans la mesure où auraient été évités des conflits d'introjection permettant le détachement des figures parentales. La mascarade de pouvoir être vraiment le père ou la mère en étant actif et en ayant du pouvoir, en étant masculin ou féminin, peut perdurer lors de la vie du sujet, mais éclater du fait d'affections somatiques. La perte des repères d'activité et de sexualité ne serait donc pas nécessairement à l'origine d'une crise psychique à laquelle serait exposé tout sujet lors du vieillissement, mais pourrait plutôt révéler une fixation – qui peut être partagée collectivement – et l'impossibilité de se détacher des modèles parentaux. Envisager l'activité, le pouvoir, la masculinité et la féminité comme moyens d'atteindre la fusion primitive, cet état où la frustration n'existait pas, relève bien d'une solution œdipienne. Penser qu'elle est la seule, et que l'investissement, par exemple, de la tendresse, de la générosité, de la tolérance, etc. constitue une régression plutôt qu'une nouvelle élaboration, nous paraît plutôt relever d'une impossibilité de décollement du complexe paternel. La puissance n'est-elle pas qu'un leurre de plus ? Leurre bien dur à dépasser, il est vrai. Mais il semble l'avoir été chez des nombreux participants face à la maladie, non seulement chez les vieux, mais aussi chez les jeunes.

Ainsi par exemple chez Mr Leje qui, après sa rencontre amoureuse, découvre différemment sa valeur personnelle, qui ne passe plus par le fait de « mettre les petits plats dans les grands », en étant directif, moteur de ses relations sociales, etc. mais plutôt par l'accompagnement et la relation de soutien avec sa compagne.

L'intérêt étant, pour un vieillissement sain, et quelle que soit la figure sur laquelle est projetée l'idéal, qu'il s'agisse des repères œdipiens ou d'autres, que soit conservé tout à la fois le contact avec la réalité et le contact avec le fantasme d'immortalité.

Les potentialités identificatoires ne sont par ailleurs pas sans lien à l'évolution du rapport spécifique à la finitude et à la valeur attribuée à la mort.

3.6. De l'immortalité à la bonne mort

Ces réflexions sur l'Idéal du moi et sa fonction nous permettent de revenir au rapport à la mort des participants, et surtout, à ses possibilités d'évolution avec l'avancée en âge.

La catégorie « Souhaites, désirs et jugements sur l'avenir » réunit les verbatims contenant des informations sur ce que les personnes voudraient ou ne voudraient pas, ou encore préféreraient ou ne préféreraient pas, pour leur avenir. Les réponses sont plus subtiles et nuancées qu'une opposition tranchée entre un côté négatif (« ne pas être malade et ne pas mourir ») et un côté positif : « être malade et mourir ».

Dans les facteurs négatifs identifiés par les participants de l'étude, nous retrouvons : le fait de souffrir, de devenir « dépendant », « impotent », « infirme », « une plante verte », « un légume » ; de mourir brutalement, jeune ou « tôt », mais également centenaire ou « trop tard » ; d'être sujet à l'acharnement thérapeutique, de faire souffrir ses proches, de voir ses relations avec les autres changer du fait de la maladie, de mourir avant d'avoir connu ou vu grandir ses petits-enfants, d'être oublié par ses descendants après sa mort. Mais une vision de la « bonne mort »

émerge également : mourir vieux ou tard ; mourir rapidement, par exemple d'un arrêt cardiaque ou dans son sommeil ; mourir en même temps que son conjoint ; être conscient au moment de mourir ; pouvoir choisir le moment de sa mort (assistance à mourir dignement, sédation profonde) ; avoir réalisé ses désirs avant de mourir ; mourir lorsque ses enfants et petits-enfants sont déjà établis ; avoir pu transmettre quelque chose qui ne sera pas oublié. Certaines propositions sont partagées par de nombreux patients, mais elles se colorent toujours de préférences personnelles. Des personnes mettent plutôt l'accent sur la souffrance physique, d'autres sur la dépendance, d'autres sur l'impact qu'aurait leur décès sur leurs proches, d'autres encore sur l'image d'eux qui perdurera après leur mort.

Nous ne repérons donc pas une appréhension exclusivement négative du vieillissement et du mourir, mais plutôt une séparation des représentations sur la « bonne » ou « mauvaise » mort.

Plusieurs auteurs pointent une double valence, positive et négative, des représentations de la vieillesse. Balbo la résume ainsi : « La vieillesse est d'abord représentée de manière négative comme : une dernière saison, un couchant, un hiver, un soir de la vie où le sujet s'affaiblit, déchoit, décline, devient gâteux, radote, tombe en enfance [...] Le corps devient alors : impotent, invalide, tremblotant, sec, osseux, cassé, croulant, édenté, ridé, flétri, oublieux des convenances [...] ...le vieillesse oblige, selon cette conception, à vivre à l'économie : c'est la retraite ; en d'autres termes : le retrait ; retrait des investissements et des intérêts, portés par retournement du monde extérieur sur un corps, devenu un fardeau préoccupant, un poids, un tyran, voire une injure. Mais la vieillesse désigne également, de manière positive, tout le contraire. Elle devient ainsi synonyme de mûrissement, d'expérience. [...] Le grand âge évoque alors la noblesse, la sagesse, la dignité. Il n'est plus une injure, mais un titre. »⁹⁸⁶.

Selon Talpin⁹⁸⁷ qui se base sur les travaux de la sociologue Cornelia Hummel⁹⁸⁸, qui étudie les représentations de la vieillesse chez des jeunes adultes, ces deux représentations souvent opposées relèveraient en fait d'une seule, une seule représentation dont les éléments sont opposés les uns par rapport aux autres, c'est-à-dire, selon lui, clivés en une représentation « bonne » et une représentation « mauvaise ». Messy⁹⁸⁹, parle quant à lui, d'ambivalence – la distinction entre clivage ou ambivalence sera d'importance.

Pierre Dessuant⁹⁹⁰, dans les traces de Chasseguet-Smirgel, s'intéresse à l'évolution du rapport du sujet à l'idéal lors du passage de la position schizo-paranoïde à la position dépressive. Chez Klein, nous l'avons vu, la position schizo-paranoïde correspond à un fonctionnement psychique où l'objet, appréhendé partiellement plutôt que comme objet total, est clivé en un objet « bon » et un objet « mauvais ». Le bon objet, capable de gratification immédiate et illimitée, protégeant

⁹⁸⁶ G. Balbo, « D'un vieillissement outre âge », art cit, p. 83.

⁹⁸⁷ J.-M. Talpin, *Psychologie du vieillissement normal et pathologique*, op. cit., p. 21.

⁹⁸⁸ Cornelia Hummel, « Représentations de la vieillesse chez des jeunes adultes et des octogénaires », *Gérontologie et société*, 2001, vol. 24, n° 98, p. 239-252.

⁹⁸⁹ J. Messy, *La personne âgée n'existe pas*, op. cit.

⁹⁹⁰ Pierre Dessuant, « L'idéal du moi » dans *Le narcissisme*, Paris, PUF, 2007, p. 89-108.

des angoisses persécutantes, est idéalisé. Puis, avec l'intégration de la position dépressive, les aspects « bon » et « mauvais » de l'objet ne sont plus séparés par un clivage mais se réunissent sous la forme de l'ambivalence dans le rapport à l'objet total. Lors du passage de la position schizo-paranoïde à la position dépressive, l'idéalisation est affectée par ce « processus d'une importance capitale [...], la synthèse des divers aspects des objets (externe, interne, « bon » et « mauvais », aimé et haï), qui permet à la haine d'être effectivement mitigée par l'amour et qui entraîne ainsi la décrue de l'ambivalence »⁹⁹¹.

Or, les représentations de la « bonne » ou « mauvaise » mort sont notamment alimentées par l'expérience subjective de la maladie et la mort chez les proches des patients, et les mouvements identificatoires concomitants.

Mr Deht se réfère ainsi à l'expérience de deux de ses amis pour définir ce qui constitue pour lui la bonne, ou la mauvaise mort.

« ...il y a 8 jours, on était ensemble, on s'est vus vendredi, on a décidé qu'on se ferait un bon petit golf le lundi et le week-end, il s'est assis, il s'est endormi, il ne s'est pas réveillé. Alors c'est...alors qu'il était, mais vraiment, en pleine forme, toubib. Je pense à un copain en particulier. [...]...il fait sa sieste, sa femme va faire une course et une heure après... [...] Quelle belle mort. Celle-là je l'aimerais. [...] Alors là c'est mort sans douleur et quand sa femme est rentrée, elle ne savait pas s'il était mort deux minutes avant, ou un quart d'heure avant. [...] ...effectivement ça peut arriver, la preuve, lui il connaissait tous les symptômes éventuels possibles, et il n'en a eu aucun. Bloup, la bougie s'est éteinte. » (Mr Deht)

Malgré la souffrance qu'il ressent face à la mort de son ami, le choc qu'il ressent à se dire que cela peut arriver dans n'importe quelle circonstance, sans signe annonciateur, il considère cette mort comme ce qu'il voudrait, nous pouvons dire qu'elle constitue sa mort idéale. Il se réfère également à l'expérience d'une amie pour définir, au contraire, ce qu'il ne voudrait pas :

« Non, je pense que la vie mérite d'être vécue à partir du moment où vous pouvez la vivre. À partir du moment où vous devenez un légume, je ne voudrais surtout pas devenir un légume, je voudrais que...parce que si vous êtes un légume, vous n'êtes plus à même de pouvoir réfléchir, de pouvoir prendre des décisions, même sur le plan personnel et définitif. Là, être à la charge de quelqu'un, voilà c'est...je joue avec un très très bon camarade qui a une femme exceptionnelle, brillantissime, et qui a fait une succession pendant 4 ans, de petits AVC qui n'ont pas été détectés et qui ont généré une maladie du cerveau. Elle a une partie du cerveau qui est touchée, ce n'est pas Alzheimer, mais elle perd la mémoire du passé, elle perd même la mémoire du présent, ça devient...maintenant elle ne me reconnaît plus, alors qu'elle me reconnaissait il y a un an. Et on voit que ça baisse, ça baisse, ça baisse. Donc, devenir comme ça, et elle ne peut plus, elle ne peut plus faire ce qu'elle a envie de faire...ou tout du moins elle n'a

⁹⁹¹ Melanie Klein, « Le deuil et ses rapports avec les états maniaco-dépressifs » dans *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot & Rivages, 2005, vol. 341-369/ p.

pas conscience de son état aujourd'hui. Elle reste à la maison, elle ne fait rien. [...] Alors, devenir ça, je ne le souhaite à personne. Même si elle n'en est pas consciente, c'est pour mon environnement que je ne voudrais pas devenir ça » (Mr Deht)

Si des liaisons libidinales préexistantes entre les différents membres d'une génération peuvent faciliter cette mobilité identificatoire pour les âgés, la plupart des personnes de notre étude ont connu la détérioration physique et le décès de leurs parents, et se réfèrent à leur expérience de la maladie et de la mort pour déterminer ce qui constitue la bonne ou mauvaise mort.

Vieillir peut être l'occasion de remobiliser autrement l'identification parentale. Mr Leje se réfère à l'expérience de chacun de ses deux parents, qui lui servent de référence pour déterminer ce qu'il aimerait, souhaiterait pour l'avenir, et, à l'inverse, ce qu'il craint. Il met l'accent sur l'image que ses enfants garderont de lui après sa mort. S'il souffre d'avoir perdu son père trop tôt, lorsqu'il avait 22 ans et son père 64, il se réjouit néanmoins d'avoir gardé une image de lui intacte, dans la mesure où il est mort brutalement, sans avoir été auparavant longuement malade. Sa mère, à l'inverse, bien qu'elle ait vécu jusqu'à plus de 90 ans, qu'il ait pu profiter de sa présence dans une belle forme pendant longtemps, ne garde selon lui pas une image aussi intacte que celle de son père. Lorsqu'il pense à sa mère, il s'en rappelle lors des années difficiles, quand le cancer entraînait sa perte d'autonomie progressive. Les parents de Mr Leje lui servent de référence dans la manière d'aborder sa pathologie somatique et l'éventualité de sa mort :

« Moi je suis pour le fait de me dire que, quand vous partez, ben bien sûr les gens qui vous aiment sont tristes, mais d'un autre côté au moins ils gardent une image de vous, sinon dans la plénitude de vos moyens, en tout cas une belle image de vous. Mais quand ça se passe très très mal, ben plus vous passez de temps et plus les gens se rappellent du mauvais temps quoi. Les belles images ou les bonnes images s'estompent pour faire ressurgir tous les moments plus compliqués, difficiles. Ça, ce n'est pas bien. Ce n'est pas bien. [...] ...ce n'est jamais facile de perdre un proche, donc je ne veux pas non plus...surtout volontairement, je ne veux pas imposer ça à mes enfants et puis, ben ils ont encore besoin de moi sous une forme ou sous une autre, ce qui est difficile c'est de leur donner une image de..du père diminué et qui se diminue de plus en plus » (Mr Leje)

S'il souffre beaucoup de sa diminution physique, il réussit néanmoins à investir une image de lui pour le futur. Cette image, il ne sera plus là pour voir, mais elle correspond néanmoins à un futur vers lequel se projeter. « Il *aura* gardé un belle image ». Cette projection sur l'image, qui pourrait paraître dérisoire, peut permettre le maintien de l'investissement de soi par-delà la diminution des possibilités, et en cela, être au cœur des possibilités de vivre malgré l'approche de la mort et l'éventuelle fragilité actuelle. Cela peut également, paradoxalement, passer par l'investissement du soi passé, par le biais d'un bilan de vie. Si le bilan de vie est parfois rapporté à un mouvement régressif, il nous semble qu'il puisse participer d'une projection vers l'avant, vers un accomplissement à venir : « *j'aurai* bien fait ».

« On estime qu'on a gagné ! C'est tout. Il y a un cancer ? Bon ben écoutez, je vais avoir...j'ai 78 ans. Si j'ai un cancer, ça va m'amener à quoi ? 85 ans ? À 85 qu'est-ce que vous espérez de plus ? [...] Ben bien sûr. Bien sûr, à l'âge d'or vous avez l'impression,

si vous voulez, que lorsque vous faites faire à vos enfants leurs études et qu'ils sont placés et qu'ils gagnent leur vie, bon. » (Mr Sial)

Contrairement à ce que suggèrent certains auteurs, il nous semble qu'il soit bien possible pour les personnes de trouver des modèles identificatoires chez les « vieux », y compris dans leur manière de mourir, comme nous avons pu le constater dans les entretiens.

A côté du phénomène sur lequel est souvent mis l'accent dans les études sur le vieillissement – c'est-à-dire une rencontre « forcée », comme à rebours, à la base des sentiments d'inquiétante étrangeté ou de refus –, existeraient des possibilités identificatoires selon l'acceptation classique de la notion d'identification, à savoir, « un processus psychologique par lequel un sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement, sur le modèle de celui-ci »⁹⁹², permettant d'intégrer la mort, pour une partie au moins du psychisme, comme un possible. Villa rappelle que la visée même de l'identification est de s'approprier ce qu'on n'a pas pour apprendre à le devenir, c'est-à-dire d'avoir une fonction anticipatrice sur le développement, et pouvant relever, non pas d'une volonté de devenir comme, mais d'une nécessité d'apprendre à devenir comme, à partir d'un rapprochement sur des caractéristiques du moi. « Un des modes d'identification, qui nous semble pouvoir être activé dans la rencontre avec une personne dite âgée, est celui rendu possible par « un pouvoir se mettre à la place de l'autre » [...] Ce « pouvoir » n'est pas sur le modèle d'un « je peux me mettre à la place de l'autre » (mouvement actif et délibéré), mais plutôt sur le modèle d'un « je me retrouve mis à la place de l'autre de par l'analogie significative que je perçois, souvent à mon corps défendant, entre le conflit qui est cause de sa souffrance et celui qui est présent en moi ». L'identification, loin d'être impossible, nous paraît plutôt être quasi inévitable »⁹⁹³.

Le décentrement de l'idéal, de soi vers l'autre, participerait de la diminution d'importance du Moi-Idéal et rendrait possible l'élection de modèles auxquels aspirer, y compris dans le cas du vieillissement et de la mort. L'autre n'est pas seulement le dépositaire de ce que le sujet ne veut pas garder ou admettre en lui, il est également le lieu où le sujet trouve son modèle, y compris son modèle pour la mort. A l'instar de la modification du rapport à l'idéal, permise par le passage d'une domination du clivage bon/mauvais à l'instauration de l'ambivalence sur un mode unifié, à l'instar du développement du rapport à la réalité et du développement de la capacité de jugement, le rapport du sujet à la mort subit des modifications.

Nous pouvons par ailleurs penser que ce n'est qu'à l'adolescence que l'Idéal se pare des attributs d'immortalité. Avant que le mortifère ne soit rencontré, que la mort ne soit associée à l'effroi, pourquoi l'espoir de retour vers la fusion primitive reposerait sur l'immortalité ? Selon Triandafillidis, devenir adulte impliquerait le renoncement progressif au fantasme d'immortalité vers une conviction (relative) d'immortalité. Chez l'adulte vieux et malade, la toute-puissance confirmable par l'expérience semble être plutôt la bonne mort (« Autant être en bonne santé,

⁹⁹² J. Laplanche et J.-B. Pontalis, *Vocabulaire de la psychanalyse*, op. cit., p. 187.

⁹⁹³ F. Villa, *La puissance du vieillir*, op. cit., p. 48.

mourir en bonne santé [...] partir en bonne santé et conscient » ; « j'aimerais bien mourir en bonne santé et rapidement » (Mr Deht). Autrement dit, le passage d'une dialectique mortalité / immortalité, à une dialectique bonne mort / mauvaise mort, permettrait au sujet de continuer à se défendre contre l'idée de la mort tout en prenant en compte son inéluctabilité. C'est plutôt comme cela que nous interprétons l'importance de l'élaboration de la position dépressive, relevée par Jaques, dans l'évolution du rapport à la mort.

Seront retrouvées chez les différents participants des défenses plus ou moins matures, prenant plus ou moins compte de la réalité. L'évolutivité des défenses convoquées pour se protéger de la mort sont donc également tributaires des possibilités identificatoires des sujets.

4. Bilan sur les mesures de préservation : l'évitement du déplaisir

Avant de conclure notre développement sur les mesures de préservation, nous ferons un rapide bilan afin d'en synthétiser les principales caractéristiques, en les mettant en lien avec d'autres concepts qui leur sont proches.

Freud s'intéresse dans « Le malaise dans la culture »⁹⁹⁴ à ces mesures de préservation qui ont pour but de survivre à une souffrance qui peut provenir de trois sources : de notre corps destiné « à la déchéance et à la dissolution » du fait de sa « caducité » ; des forces de la nature ; des rapports des humains entre eux. Les hommes « aspirent au bonheur, ils veulent devenir heureux et le rester. Cette aspiration a deux faces, un but positif et un but négatif, elle veut d'une part que soient absents la douleur et le déplaisir, d'autre part que soient vécus de forts sentiments de plaisir »⁹⁹⁵. Nous nous intéressons ici surtout ici aux mesures permettant l'évitement du déplaisir.

Notre conception des mesures de préservation suppose, comme celle des stratégies d'immortalité de Triandafillidis, l'existence de deux pôles : l'inhibition et la compensation. L'aperçu du mortifère et l'exposition de la précarité mettent en route un double mouvement simultané. D'une part, le sujet se voit contraint, pour continuer à vivre malgré la perspective de la mort, d'inhiber les « représentations de contraste pénibles »⁹⁹⁶ s'opposant à la continuation de la vie, à savoir les représentations relatives à l'approche de la finitude. C'est-à-dire ces représentations éloignant la perspective de retour à la fusion primitive, et révélant l'impuissance du sujet. D'autre part, le sujet met en place des stratégies compensatoires ayant valeur de contre-investissement. Dans cette perspective, l'exposition de la précarité et la fragilisation n'entraînent pas un abandon du narcissisme ou un abandon de la toute-puissance.

⁹⁹⁴ S. Freud, « Le malaise dans la culture », art cit.

⁹⁹⁵ *Ibid.*, p. 262.

⁹⁹⁶ A. Triandafillidis, « Stratégies d'immortalité », art cit, p. 446.

L'activation du principe de plaisir face aux expériences provoquant ou exposant au plus vif déplaisir déboucherait donc sur les mesures d'évitement du déplaisir par inhibition des représentations dérangeantes d'une part, et par compensation pour la peine d'autre part.

4.1. Le pôle inhibition des représentations dérangeantes

Commençons par rappeler les réactions de certains participants faisant face à la perspective de la maladie.

Mr Liam ne parvient pas à inhiber efficacement le mortifère, très présent du fait des diverses expériences traumatiques dont il a fait l'expérience étant enfant et adolescent. La mort est pour lui omniprésente, elle est partout, tout le temps, en lui et dans le monde. Sa réaction défensive ne peut être dès lors que massive, elle s'exprime par une constante mise à l'épreuve de la mort par des conduites ordaliques, et par une projection également massive des contenus indésirables en lui sur la société et les hommes détruisant la planète. Mr Liam ne parvient pas à rendre effectif le déni qui, selon Triandafillidis⁹⁹⁷, est essentiel à l'établissement d'un projet adulte.

Mr Chez (avant son infarctus) et Mme Glaa, quant à eux, dénie efficacement le mortifère de la mort. Mais tous deux – Mr Chez juste avant son infarctus, ou Mme Glaa lorsqu'elle quitte l'hôpital alors qu'elle court un danger vital – dénie si efficacement la réalité du danger – formulée par les médecins ou constatée en soi par de violents symptômes somatiques – qu'ils se mettent d'autant plus en danger. La massivité de ce déni n'équivaut pas à une transformation réussie du « fantasme d'immortalité » en « conviction (relative) d'immortalité », mais assure plutôt le maintien coûte que coûte du fantasme, après avoir aperçu le mortifère de la mort. Mr Liam, Mme Glaa et Mr Chez avant son infarctus ont un tel besoin de se protéger du danger, un tel besoin de couper avec la réalité de la précarité, qu'ils en viennent à accroître réellement le danger.

La présentation de ces manifestations défensives vis-à-vis de la mort permet l'introduction d'une notion développée par René Roussillon : les « stratégies de survie »⁹⁹⁸. Les stratégies de survie psychique sont les réactions observées chez des sujets vivant des situations extrêmes et durables de remise en question de la possibilité de continuer à vivre en tant qu'humain. Roussillon donne comme exemple l'expérience des camps de concentration, l'engagement dans les guérillas ou dans des combats, ou encore l'épreuve de l'incarcération pénitentiaire. Ces situations « confrontent à des affects qui vont bien au-delà de l'impuissance et de la détresse, qui présentent des formes « dégénérées », de celles-ci, voire « déshumanisées » »⁹⁹⁹. Parmi ces situations qui ont en commun de provoquer des affects de l'ordre de l'effroi, il mentionne également les personnes âgées ou les personnes atteintes de pathologies somatiques graves.

⁹⁹⁷ A. Triandafillidis, « Stratégies d'immortalité », art cit.

⁹⁹⁸ René Roussillon, « Les situations extrêmes et la clinique de la survivance psychique » dans *La santé mentale en actes*, Ramonville Saint-Agne, Érès, 2005, p. 221-238.

⁹⁹⁹ *Ibid.*

Ces personnes seraient donc amenées à développer des stratégies de survie « pour tenter de faire face à la menace d'annihilation psychique qu'elles comportent ». La première réaction possible serait « la fuite motrice, la fuite effective, l'évacuation hors du champ perceptif »¹⁰⁰⁰. En cas d'impossibilité de fuite réelle, « le sujet se retire de lui-même, il se retire de son expérience subjective, il se quitte, se coupe de lui-même ». Il s'agit donc de « se couper d'une partie de soi pour sauver le tout, détruire une partie de soi, renoncer à soi pour sauver soi »¹⁰⁰¹.

Roussillon s'intéresse notamment à deux sortes de réaction : d'une part une pétrification du monde interne, avec désengagement de la vie affective et relationnelle, « sacrifice de la vie affective » dans l'optique de pouvoir survivre, dans une tentative de « neutraliser en soi tout ce qui se connecte avec la zone de douleur ou de terreur insupportable »¹⁰⁰² ; et d'autre part, la traumatophilie, c'est-à-dire la tendance à se remettre dans des situations traumatiques extrêmes, dans une tentative de « se tuer » pour pouvoir survivre. Ce dernier point nous rappelle les conduites ordaliques que nous avons repérées chez Mr Liam. Si les réactions que nous observons chez la plupart des personnes ne sont pas aussi extrêmes – sûrement dans la mesure où les événements vécus, bien que souvent traumatiques, ne le sont sûrement pas autant que ceux mentionnés par Roussillon, soit en intensité, soit en durée –, des liens sont néanmoins possibles avec les réactions psychiques des personnes de cette étude.

Les personnes dont nous parlons sont celles qui rencontrent ce qu'il peut y avoir d'extrême dans la vie quotidienne la plus banale, c'est-à-dire a minima le savoir sur la mort. Il nous semble que dans ce cas également, les stratégies de survie que nous nommons dans ce cas les mesures de préservation reposent sur ce que Ferenczi a nommé « autotomie » dans le cadre des logiques post-traumatiques. L'auto-clivage narcissique consiste dans ce cadre à scinder une partie de la psyché pour y fuir à défaut de pouvoir fuir dans la réalité. Il nous semble que la possibilité de vivre avec l'idée de la mort repose bien sur le maintien d'un clivage au sein de la psyché. Les stratégies d'immortalité et les stratégies de survie feraient en ce sens partie d'une 'famille' plus large, les mesures de préservation, mesures de travail psychique permettant de vivre malgré les expériences qui font courir le risque de l'effroi, allant de l'idée ou du savoir sur la mort propre aux expériences traumatiques les plus déshumanisantes.

Bien que ne s'y réduisant pas, les mesures de préservation semblent reposer sur l'utilisation de mécanismes de défense étant plus fréquemment caractéristiques des fonctionnements limites, selon la terminologie de Chabert et des auteurs sur lesquels elle s'appuie lorsqu'elle étudie le lien entre la psychopathologie et les méthodes projectives. Sont alors mentionnés parmi d'autres : le clivage, la dépréciation, l'idéalisation, le déni. Ces procédés de type « limite » sont donc les mécanismes de défenses privilégiés lorsqu'est imposée la tâche au sujet de se protéger face aux expériences exposant sa mortalité. Ces mécanismes nous semblent pouvoir être utilisés quelle que soit la structure de la personnalité de base. Par ailleurs, ils ne se réduisent pas à leur forme

¹⁰⁰⁰ *Ibid.*

¹⁰⁰¹ *Ibid.*

¹⁰⁰² *Ibid.*

archaïque et peuvent se retrouver sous différentes formes, certaines étant plus élaborées que d'autres. Des procédés tels que la dénégation, l'intellectualisation, la minimisation sont ainsi considérés dans l'ouvrage de Chabert comme des formes de niveau plus « élevé » ou plus « élaboré » du déni. Serban Ionescu, Marie-Madeline Jacquet et Claude Lhote, parmi d'autres, parlent par ailleurs de « séquence développementale du déni »¹⁰⁰³, allant des simples retrait d'attention et satisfaction hallucinatoire de désir, à la négation et à l'idéalisation.

Ainsi, l'évolution somme toute assez radicale de positionnement par rapport à la dialectique toute-puissance / impuissance relevée chez Mr Chez, allant d'un déni maqué de la réalité à une meilleure intégration de sa fragilité, n'implique pas pour autant une disparition des mesures défensives. C'est peut-être grâce à l'utilisation de mécanismes de défense plus élaborés mais non moins relevant du déni de la réalité qu'évoluent les mesures de préservation de Mr Chez. Notons par exemple une certaine idéalisation de la médecine et de ses méthodes, l'adhésion à l'omnipotence incluse dans l'idée de tout voir et tout savoir, le rejet virulent de la faute sur les autres irresponsables de sa famille qui ne suivent pas les conseils sanitaires, etc. Ainsi Mr Chez, après l'infarctus, trouve une compensation face à la reconnaissance du danger dans l'internalisation de l'*homo medicus*. Il devient le patient modèle : il perd du poids en adaptant son alimentation, il arrête les toxiques – tabac, alcool –, il respecte toutes les prescriptions médicales, il est volontaire pour participer à des essais cliniques. Ces solutions sont une autre manière, sûrement plus élaborée et prenant mieux en compte la réalité, de se protéger de la précarité.

Les défenses mobilisées par la plupart des autres personnes sont probablement plus élaborées que les conduites ordaliques présentées par Mr Liam ou que le déni et la fuite réelle de Mme Glaa, mais elles relèvent également d'une nécessité d'inhiber les représentations de danger. « Si le passage de la rêverie diurne au projet implique une entrevue, puis un « arrangement » avec le mortifère de la mort, la multiplicité des destins de l'incertitude dans la vie psychique « adulte » reflète la diversité des issues de cette rencontre : incertitude écartée, compensée, surmontée, déniée, partiellement apprivoisée ou compulsivement convoquée... les « réponses » apportées ne sont-elles pas toutes, par essence, défensives ? »¹⁰⁰⁴. Les mesures défensives s'habillent parfois de la plus grande rationalité. Nous retrouverons alors ici particulièrement des défenses propres au système scientifique. Il s'agit par exemple du retournement de la passivité en activité : si mourir est inévitable, le sujet peut tout de même dénier son impuissance face à elle en contrôlant les modalités de sa survenue. Soit de manière psychique, par l'élaboration d'un choix, par la recherche intensive des causes, soit en surinvestissant l'activité, en allant consulter des médecins, en participant à des dépistages de cancer, en essayant d'arrêter de fumer, en faisant des recherches sur l'euthanasie, etc. Cette toute-puissance de l'agir est bien favorisée par les représentations véhiculées par le système scientifique dominant.

¹⁰⁰³ S. Ionescu, M.-M. Jacquet et C. Lhote, *Les mécanismes de défense*, op. cit., p. 82.

¹⁰⁰⁴ A. Triandafillidis, « Stratégies d'immortalité », art cit, p. 459.

4.2. Narcissisme et pôle compensatoire

En contrepoint de la fuite psychique qui permet l'évitement du déplaisir par inhibition des représentations dérangeantes, les mesures de préservation assurent au sujet le maintien de son narcissisme malgré les différents outrages vécus par lui. Ces mesures correspondent au moyen trouvé par le sujet pour conserver son narcissisme, pour garder atteignable la toute-puissance et ce, tout en prenant en compte les désillusions et les privations auxquelles le soumet la réalité.

Or, l'âge et le malade sont loin d'être exposés pour la première fois à leur précarité. C'est dès la naissance que l'homme fait l'expérience de sa précarité. L'enfant vient au monde dans un état de précarité extrême, incapable de survivre et incapable de calmer seul et sans l'adulte les différentes sensations et excitations qui ont le potentiel de devenir traumatiques.

L'attitude des parents envers l'enfant offre la solution, transmet à l'enfant la solution qui lui permettra de gérer le rapport à l'impuissance. « C'est à partir de la toute-puissance parentale vécue comme telle par l'enfant, et de son introjection, que les états narcissiques mégalomaniaques de l'enfant peuvent se comprendre »¹⁰⁰⁵. Laplanche rajoute par ailleurs à cet endroit en note de bas de page : « C'est comme un mécanisme de défense apparaissant à certains moments, et non comme le stade de départ du développement psychique, que Melanie Klein décrit la mégalomanie infantile »¹⁰⁰⁶. L'enfant fait alors l'expérience paradoxale d'une omnipotence, toute puissance subjectivement vécue dans un contexte d'impuissance et de fragilité réelle fondamentale. Il existe donc, dès les premiers instants d'existence, un écart profond entre la précarité réelle et la façon de vivre et de faire l'expérience de cette même précarité. Si la précarité, l'impuissance et la limite ont toujours été présentes, sous une forme ou une autre, le sentiment de cette précarité relève toujours d'une construction psychique, à partir d'un état premier paradoxal de contradiction entre la réalité matérielle et la réalité psychique rendu possible par le contact avec l'autre. La signification apportée à la dialectique impuissance/toute-puissance, à l'existence de limites au pouvoir de soi, en est une qui se pose tout au long de l'existence.

Villa indique que s'il l'avait pu, l'être vivant serait toujours resté le même, évitant tout changement. « Toute augmentation de tension due à l'émergence de besoin impose un certain travail à l'organisme pour y répondre. [...] Chaque fois qu'un organisme est confronté à une trop grande inadéquation entre lui et son [...] bouillon de culture, sa survie ne tient qu'en deux possibilités : ou il parvient à modifier le monde pour obtenir de celui-ci satisfaction (modification alloplastique), ou il parvient à se modifier pour parvenir à tirer, de ce que le monde offre, ce dont il a besoin (modification autoplastique) »¹⁰⁰⁷. Le destin de la pulsionnalité, des identifications, l'appropriation du corps, le développement du rapport à la réalité, l'accès à la symbolisation, sont autant de progrès psychiques rendus nécessaires par l'expérience du désaide, de l'impuissance, de l'immaturité, de la frustration et de la dérélition. « De cette rencontre avec le monde, si

¹⁰⁰⁵ Jean Laplanche, *Vie et mort en psychanalyse*, Manchecourt, Flammarion, 1970, p. 122.

¹⁰⁰⁶ *Ibid.*

¹⁰⁰⁷ F. Villa, *La puissance du vieillir, op. cit.*, p. 103.

l'organisme ne parvient pas à la pleine satisfaction, il se trouve, grâce à l'action de l'autre (qui est découvert de par son intervention), en mesure alors de procéder de lui-même, à l'intérieur de lui, peut-être pas à la suppression totale de l'excitation mais tout du moins à sa réduction en dessous du seuil qui la rend supportable pour lui. »¹⁰⁰⁸ En cela constitue la formation de l'appareil psychique, potentialité inscrite en chaque humain lui permettant de compenser le manque originaire de fonctions et d'appareil permettant la survie. Le but de l'appareil psychique est donc bien de combler l'écart entre l'immaturation initiale de l'enfant et les exigences internes et externes auquel il est soumis et qu'il doit bien apprendre à traiter pour pouvoir survivre.

Les différents moments de la vie, l'adolescence, la crise du milieu de la vie, le vieillissement, la maladie somatique, seraient autant d'occasions où l'homme, aux prises avec une réalité changeante, devrait développer de nouvelles mesures de préservation. C'est sous la pression de la réalité que le petit d'homme comme le plus vieux sont amenés à des rectifications des mesures de préservation, imposées par l'expérience. En l'absence de fixations trop importantes, la fragilisation de la personne ou l'exposition de sa précarité par des expériences qui la mettent en situation d'impuissance ou face à cette impuissance, entraînent donc une évolution des mesures de préservation. Il nous semble que c'est une telle évolution qui a été repérée par Jaques. Cette évolution qui pourrait être fréquente, impliquerait la mobilisation des progrès psychiques acquis lors de l'élaboration de la position dépressive, à la problématique de la mort et de la précarité. Sans que cela n'implique de disparition de la nécessité de se défendre, d'une autre manière, du mortifère. Les moyens d'inhiber les représentations d'incertitude évoluent, ainsi que les figures sur lesquelles seront projetées l'idéal, dans un report vers l'avenir qui permet le maintien au sein de la psyché d'un espoir de retrouver la fusion primitive.

Loin de renoncer au narcissisme, par abandon du moi ou de l'idéal, il s'agit bien plutôt de toujours trouver les moyens de le retrouver, par-delà, et en prenant en compte, les épreuves et déceptions de la réalité. Sans que ne soit jamais complètement abandonné l'espoir de retour à la fusion primitive. Au risque que, comme pour Mme Taac, cela se traduise par un renoncement total au narcissisme, rien n'empêchant alors le sujet de s'orienter vers la mort.

Depuis l'illusion première d'omnipotence, l'écart entre l'Idéal du Moi et la fusion primitive ne fait en effet que se creuser. Mais dans tous les cas, « la projection de [l'] idéal sur un support est [...] toujours quelque peu dérisoire et l'atteinte du but (la ressemblance avec le modèle admiré et donc sa suppression) jamais réellement et définitivement satisfaisante (et ce peut être là un facteur de progrès), car en fait, il ne s'agit que de représentations éphémères, partielles et substitutives d'un projet bien plus grandiose et inatteignable autrement peut-être que dans l'orgasme, la régression la plus profonde (la psychose) et la mort »¹⁰⁰⁹.

¹⁰⁰⁸ François Villa, « Entre fidélité et mobilité. Effets du temps sur les processus psychiques » dans *12ème journée de l'ARAGP : Les effets du temps*, Lyon, ARAGP, 1996, p. 17.

¹⁰⁰⁹ J. Chasseguet-Smirgel, *La maladie d'idéalité, op. cit.*, p. 14.

Ce travail d'adaptation ne se fait jamais volontiers, il n'est jamais un « sacrifice choisi » mais toujours un sacrifice contraint. Le fantasme d'immortalité appliquant son attraction, le sujet est toujours tenté de revenir à des positions psychiques qui l'éloignaient moins du fantasme de retour à la fusion primitive, si durement abandonné.

« Mme Syet : Ben oui, en fait quand...on va dire entre guillemets, on se tracasse la vie des fois pour pas grand-chose, tout ça c'est remis à plat parce que vous vous dites "ça n'a pas d'importance", enfin on redonne une importance aux vraies choses, après le reste, tout ce qui est peccadilles, petits...on se dit ce n'est pas grave, c'est comme ça quoi. *Chercheuse : Vous avez gardé ce même état d'esprit qui a changé au moment de votre cancer ?* Mme Syet : Oui, sauf que...oui, un petit peu. Mais il a diminué, parce que...enfin je dirais que grosso modo le cerveau il a une faculté d'oubli quelque part. Finalement c'est très bien, je dirais, mais il a une faculté d'oubli...si on remet les choses, après tu te dis "mais (prénom), ça aurait été il y a quelques années, tu n'aurais pas dit ça comme ça. Juste après le cancer tu aurais réagi différemment". Oui, on revient, on redevient en fait, entre guillemets, oui à se pinailler pour pas grand-chose. Se retracasser la vie pour des petits trucs, mais beaucoup moins qu'en temps normal. Ah oui, beaucoup moins qu'avant, ou parce qu'il faisait mauvais...enfin je vous donne un exemple, mais, il fait mauvais et on râle, etcetera. Non, non. Il faut faire avec. » (Mme Syet)

Ces peccadilles qui ennuient Mme Syet, sont bien ce qui la dérange dans son illusion d'omnipotence. Si tout de suite après le cancer, elles ne la dérangeaient plus, c'était bien dans la mesure où l'Idéal avait dû prendre en compte la réalité des privations et limitations du moi. La diminution de la pression de la réalité permet un retour à un idéal moins éloigné du fantasme d'immortalité. « Renoncer à vivre, renoncer au plaisir se révèle aporétique, jamais complètement accompli, toujours relatif donc, mais la potentialité du renoncement peut cependant contribuer de façon précieuse à l'adaptation, mieux, à l'aménagement vis-à-vis de la réalité, à l'ouverture au rêve, à l'établissement d'une certaine sécurité interne. Si le renoncement pulsionnel est parfois prôné tel un idéal, avec son cortège de sagesse, de sublimation, de don de soi et de contemplation, Narcisse et Œdipe peinent à se déprendre de leurs revendications de puissance et de jouissance. »¹⁰¹⁰ Les adaptations de l'Idéal participent de la constante négociation de l'homme quant à la dialectique toute-puissance et impuissance.

¹⁰¹⁰ B. Verdon, *Le vieillissement psychique, op. cit.*, p. 6.

5. Conclusion intermédiaire

Ces réflexions théoriques et cliniques nous permettent de mieux comprendre l'investissement de l'expérience du dépistage, par les personnes que nous avons rencontrées. Quelles sont les attentes qu'entretiennent les personnes envers le dépistage ? Cette question est tout simplement formulée par Mr Leje :

« Est-ce que ça vaut le coup. Parce que la question de toute façon *in fine*... La question *in fine* est toujours la même : “est-ce que ça vaut le coup ?” » (Mr Leje)

Les réponses apportées par les personnes à cette question vont du fait d'aller volontairement solliciter le médecin pour un dépistage des maladies (pour Mr Emal et Mr Chez), au désengagement volontaire des procédures de dépistage (par exemple, pour Mme Taac et Mr Clux dont nous avons moins eu l'occasion de parler), en passant par diverses variations d'investissement entre ces deux extrêmes. Les réponses sont largement ancrées dans la façon qu'ont eu les personnes d'élaborer psychiquement les précédentes expériences de la précarité.

Pour identifier les éléments impliqués dans les différents niveaux d'investissement des procédures de dépistage, nous avons étudié les évolutions des personnes au gré des diverses expériences vécues par elles, en matière de fonctionnement psychique permettant de vivre malgré la précarité. Les propositions théoriques des auteurs qui ont étudié le vieillissement nous ont en ce sens servi de boussole. Cela nous a permis d'envisager le matériel clinique au prisme de différentes hypothèses. Nous avons dû en revanche nous inscrire à contrecourant des théories suggérant que la solution à la fermeture de l'avenir pour les âgés, face aux pertes et déconvenues réelles, pourrait reposer sur une acceptation de la diminution de son importance personnelle par le sujet, ou encore par l'acceptation de sa finitude. L'explication que nous proposons nécessite un retour au lien étroit qu'entretient l'appareil psychique avec l'expérience de la précarité.

La personne âgée est loin de rencontrer la précarité pour la première fois dans le grand-âge. Pour vivre, l'homme doit toute sa vie s'arranger avec la précarité qui lui est intrinsèque et dont il fait une première expérience dès la naissance. L'homme peut survivre à la précarité grâce à l'appel à l'autre et à la constitution de son appareil psychique. Cet appareil psychique dont le fonctionnement est guidé par le principe de plaisir permet que se développent des mesures de préservation lorsque surviennent des expériences qui exposent le moi au danger de la souffrance et de l'effroi. Ces mesures de préservation permettent de diminuer le déplaisir par évitement ou inhibition et grâce à l'instauration de mesures compensatoires. Nous avons, dans ce chapitre, caractérisé les mesures de préservations mobilisées par les personnes que nous avons rencontrées dans l'étude Detector, pour faire face à la maladie somatique et au vieillissement.

Les liens entre les notions développées et les catégories sont résumés dans le tableau 13.

Tableau 13 Les mesures de préservation : liens entre les notions et les catégories

<p align="center">Participer à un essai clinique</p>	<p align="center">Etats du corps et maladie</p>
<p>"Santé Publique", "Recherche scientifique" Internalisation de la culture civilisée actuelle. Mesures de préservation pour ou contre</p>	<p>"Changements identitaires induits" Destin des identifications. Evolutions figures sur lesquelles est projeté l'Idéal du moi "Se situer par rapport à d'autres ou norme" Identifications générationnelles. Gain en sens sur l'expérience. Inscription univers culturel "Etiologie et sens donné aux symptômes" Quête de sens. Mises en place de théories. Faire sens de l'expérience</p>
<p align="center">Prise en charge médicale</p>	<p align="center">Gérer sa santé</p>
<p>"Comment, pourquoi chercher ?" Inscrit dans les mesures de préservation. Vouloir faire sens (diagnostic). Vers transformation de la passivité en activité. Appel à l'autre sachant et aidant, volonté de s'appuyer sur "Comment, pourquoi traiter ?" Inscrit dans les mesures de préservation. Du refus de soin (acceptation totale ou déni total de la précarité, ou abandon de soi) à l'acharnement thérapeutique (investissement activité jusqu'à perte de contact avec la réalité) "Interactions avec les médecins" Appel à l'autre sachant, besoin de prise en charge, d'étayage</p>	<p>"Discours" et "Arrêt et sevrage" Internalisation du discours scientifique et des savoirs. Agir contre la précarité. "Etat d'esprit, attitude, philosophie" Contre-investissement, maintien de l'évitement par investissement optimisme, humour, etc. "Parcours de vie, finances et santé" Dans lien à l'autre : reconnaissance, pairémulation, subjectivation, égalisation</p>
<p align="center">L'avenir et la mort</p>	<p align="center">La vie hors maladie</p>
<p>"Être en relation dans la maladie" Permet la réappropriation subjective. "La maladie et la mort de l'autre" Faim identificatoire. Apprendre de l'expérience de l'autre par identification. Adaptations des figures de projection de l'Idéal du Moi "Ressenti actuel en pensant à l'avenir" Attitude vis-à-vis de la mort. Acceptation consciente. Mesures défensives : conduites ordaliques, déni, évitement "Souhaits, désirs, jugements sur l'avenir" Adaptation Idéal et mesures de préservation selon l'expérience et la réalité. Passage de dialectique mort/immortalité à bonne mort/mauvaise mort</p>	<p>"Culture, religion, politique" Offre de représentations par la culture. Inscription dans l'ordre culturel (symbolisation) et offre de compensations aux souffrances</p>
	<p>"Après la mort" Gain en sens sur l'existence et sur la mort (superstition, religion). Déni de la disparition de soi (superstition, religion mais aussi héritage, image de soi après mort) "Idées utilisées pour apaiser les craintes" Mesures de préservation de type "choix" (exemple : euthanasie). Maintien omnipotence, refus de l'impuissance)</p>

Le lien entre le fonctionnement de l'appareil psychique et la fonction de préservation contre la précarité, intrinsèque à la condition humaine, nous semble d'importance pour comprendre le possible investissement des personnes de la proposition, par le médecin, de dépistage.

Une des fonctions de l'appareil psychique est d'inhiber les représentations dérangeantes, qui remettent en question la possibilité de vivre du sujet. Or nous l'avons vu, il est bien possible que le dépistage constitue une telle représentation dérangeante, exposant l'état précaire du sujet. Une part de l'appareil psychique travaille activement à l'évitement, quelle que soit la forme que prend cet évitement, des messages rappelant au sujet sa fragilité et par-là faisant courir le risque d'une répétition de l'effroi déjà vécu. L'inhibition de ces représentations de fragilité, de finitude, de mort, est une nécessité pour pouvoir continuer à s'engager dans la vie et à mobiliser l'élan vital. Elan vital qui ne peut être mobilisé que si « ça vaut le coup ». Il nous semble que cette force au sein de la psyché qui éloigne, évite, inhibe le sentiment de fragilité, de mortalité, ne peut qu'activement travailler contre l'adhésion au dépistage. Ce déni de la fragilité peut prendre bien des formes et être agissant même en cas d'acceptation consciente de la finitude. Il est ainsi possible de se savoir à risque, tout en se coupant de l'engagement affectif d'un tel risque. Peut-être pouvons-nous ici faire un lien avec certains résultats d'études portant sur l'impact psychologique du dépistage, et notant des « distorsions cognitives » chez les personnes qui se font dépister : certaines personnes continuent ainsi à fumer alors même qu'elles se savent très à risque de développer un cancer. Ces observations sont compatibles avec l'hypothèse d'un clivage, une coupure au sein de la psyché qui permet au sujet tout à la fois d'accepter et de nier sa finitude.

Une autre fonction de l'appareil psychique, active dès les confins de l'existence individuelle, est d'assurer une compensation à l'homme face à l'impuissance et aux expériences traumatiques. L'homme peut ainsi tout à la fois conserver l'expérience béatique de fusion primitive, tout en se pliant aux exigences de la réalité qui lui prouvent qu'elle est inatteignable. Les moyens par lesquels l'homme conservera l'illusion de pouvoir atteindre cette fusion primitive, illusion poussant l'homme vers l'avant, évoluent donc au gré de l'existence. Les déconvenues entraînent des mouvements identificatoires qui permettront, par compensation, d'alimenter l'Idéal du moi grâce à sa projection sur différentes figures. L'Idéal peut ainsi rester confirmable par l'expérience tout en étant inatteignable. Dans un contexte de rapprochement inévitable de la mort et dans un contexte d'affections somatiques réelles, le désinvestissement de la longévité et de la bonne santé comme moyen de retour à la fusion primitive pourrait être une conséquence possible de l'adaptation de l'instance de l'Idéal. Pour certaines personnes, malades et âgées, le but poursuivi peut se décaler de l'idée de prolongement de la vie, pour se déplacer sur des contenus différents : à chacun de trouver, selon ses possibilités, ce qui pourra le maintenir en vie. Nous avons résumé certains de ces buts en étudiant le passage collectivement observé de l'immortalité à la « bonne mort ». Les changements de figures à la comparaison desquelles sera comparé le moi peuvent aboutir, comme l'inhibition des représentations de danger, à disqualifier l'utilité du dépistage aux yeux du sujet. « A quoi bon ? » se faire dépister, si le dépistage n'apporte pas ce que le sujet investit comme moyen de compenser sa fragilité et sa précarité ? A quoi bon se faire dépister, pour une personne pour qui la satisfaction de la vie ne passe plus par sa prolongation ?

Les mesures de préservation travaillant au sein de la psyché à la minimisation du déplaisir, risquent bien de diminuer l'importance que la personne peut accorder à un programme de dépistage. L'homme a dû toute sa vie s'arranger avec sa précarité : il dispose d'un psychisme structuré et de moyens psychiques qui lui permettent d'y faire face une fois encore. C'est peut-être d'ailleurs à cause de ces forces psychiques s'opposant à la perception d'une utilité du dépistage que les taux de participation au dépistage sont parfois si faibles.

Mais les forces au sein de la psyché ne travaillent pas systématiquement et uniquement à une disqualification du dépistage et à la diminution de son importance aux yeux du sujet.

Le dépistage, s'il expose la précarité, a également le potentiel de participer des mesures de préservation. Il apporte au sujet le bénéfice omnipotent de « tout voir, tout savoir » ; il permet de transformer l'activité en passivité, d'agir face à l'effroi ; il permet de soulager l'angoisse-signal – se faire dépister équivaut pour certains patients à ne pas être malade, même avant que les résultats ne soient connus ; il est l'occasion d'un appel et d'un appui sur l'autre, représentant de la science, de l'espoir ; il permet de 'bien faire' en cas d'internalisation effective de l'*homo medicus*, se faire dépister apportant la satisfaction narcissique du rapprochement avec l'idéal. Le dépistage constitue en cela une représentation, véhiculée par la culture dominante actuelle, qui permet de se protéger contre la précarité et la mortalité.

Nous avons vu dans la partie précédente que la perspective d'être malade et de mourir à l'avenir peut provoquer, par analogie avec des situations antérieurement vécues d'effroi, une angoisse-signal anticipatrice. Cette angoisse-signal agit comme appel à la mobilisation des moyens psychiques qui permettent d'éviter la répétition de l'effroi traumatique. Elle permet l'activation du principe de plaisir et déclenche en cela les mesures de préservation qui permettent au sujet de vivre malgré ces nouvelles sollicitations le confrontant à sa mortalité et au risque de résurgence d'excitations traumatiques. Le dépistage fait partie des représentations fournies par la culture à l'individu pour le protéger des forces de la nature et de la caducité de son corps. Les mesures de préservation inconsciemment choisies par certaines personnes peuvent tout à fait correspondre et profiter du dépistage, favorisant leur adhésion à la procédure proposée par le médecin. Mais certaines personnes disposent également de leurs propres mesures de préservation, leur permettant de tenir l'effroi à distance sans le recours à la science et à la médecine. Ces moyens personnels ne sont parfois pas inscrits dans le système rationnel scientifique actuel, ne sont même parfois pas inscrits dans la réalité : s'ils ne peuvent protéger les personnes de la mort réelle, ils peuvent néanmoins efficacement les protéger de l'effroi et du déplaisir causés par la perspective de la mort. Ces personnes auront une tendance accrue à ne pas participer, à se désister du dépistage. Ils pourront également y participer en y adhérant intellectuellement mais sans en tirer aucun bénéfice, au niveau de l'économie psychique et des possibilités de vivre avec la précarité.

Chapitre 9.

Dépistage et travail psychique

1. Introduction – Mr Soje

Nous avons déjà indiqué dans partie II que la proposition de dépistage par le médecin avait le potentiel d'être perturbateur, dans le sens où cela pouvait être vécu par le moi, par analogie à des situations traumatiques déjà vécues, comme annonciateur de danger.

Nous avons également vu que le rapport au danger et à la précarité existait dès le début de l'existence et relevait d'une construction psychique, qui était amenée à évoluer, à être rectifiée en fonction des nouveaux apports en provenance de la réalité.

Comprendre le traitement psychique de l'évènement réel du dépistage ne peut se faire qu'en abordant cette question sous l'angle d'une rencontre entre un évènement perturbant le sujet selon certaines coordonnées, et l'organisation psychique singulière réceptrice de l'évènement.

Mr Soje : le dépistage saisi par la conflictualité psychique

Mr Soje, né en 1937, est le doyen de notre cohorte. Nous le rencontrons à deux reprises et nous apprenons son décès alors que nous tentions d'organiser une troisième rencontre. Particulièrement enjoué lors des deux entretiens, il participe avec un plaisir évident à l'étude psychologique. Voici la réaction de Mr Soje à la question d'amorce :

« Chercheuse : Est-ce que vous pourriez me raconter comment vous avez vécu la proposition de rejoindre cette étude de dépistage des cancers liés au tabac et donc depuis, la perspective que soit détectée une maladie ? Mr Soje : (silence) Ben, si ça peut aider, tant mieux. C'est tout. S'il y a une maladie qui est détectée, c'est comme pour un tas de choses, il y a des choses j'aurais préféré que ce soit détecté avant. Plutôt que d'attendre. Chercheuse : Vous avez déjà eu des occasions où vous avez détecté quelque chose tard, où il y aurait eu la possibilité de détecter avant...? [...] La possibilité je ne sais pas, je ne peux pas jeter la pierre à des médecins, mais par exemple, pendant très longtemps, très très longtemps d'ailleurs, je travaillais...jusqu'à ce que j'aie... oh même 25 - 30, ben j'ai eu deux choses oui. J'avais une douleur...sur le côté-là (montre le bas de son dos à droite). J'étais systématiquement obligé de m'asseoir ou de m'appuyer sur quelque chose. Et donc, d'ailleurs on a fini par diagnostiquer un rétrécissement de l'uretère droit et j'ai été opéré ici, d'ailleurs. » (Mr Soje)

Quand Mr Soje explique les raisons de sa participation, il mentionne l'intérêt de la prévention tel qu'il est présenté par les équipes médicales, à savoir la possibilité de détecter une affection

somatique le plus tôt possible. Il met par ailleurs en avant, non pas tant l'intérêt personnel, que celui pour les autres. D'autres éléments apparaîtront au cours de l'entretien.

Mais remarquons avant tout que Mr Soje, dès sa réponse, nous entraîne sur deux autres terrains qui se révéleront significatifs pour comprendre son adhésion aux procédures de dépistage : d'une part, ses affections somatiques passées – « il y a des tas de choses j'aurais préféré que ce soit détecté avant » ; « J'avais une douleur... » – d'autre part, ses relations avec les médecins – « je ne peux pas jeter la pierre au médecin ». Une part importante des entretiens sera en effet occupée par le récit de ses affections somatiques, ainsi que par le récit de ses interactions avec les équipes soignantes, et surtout les médecins, dans ce cadre.

Récit des troubles somatiques

Mr Soje a fait l'expérience de nombreux troubles somatiques, qu'il relate en entretien, sans s'attacher à l'ordre chronologique de leur survenue. L'obstruction d'une carotide et d'une veine à la jambe droite ont nécessité des pontages. Mr Soje a subi une ablation de la vésicule biliaire et une opération de la vessie du fait de calculs, de polypes, et d'une sténose urétrale entraînant des rétentions urinaires. Il a été atteint d'une affection oculaire s'approchant d'un syndrome du Morbihan, s'exprimant par un gonflement des paupières et d'écoulements oculaires. Une arthrose importante de la hanche a nécessité son remplacement par une prothèse.

Quatre ans avant l'entretien, Mr Soje a fait une chute dans les rochers lors de laquelle une plaie s'est ouverte au niveau de son pied. L'impossible cicatrisation de cette plaie, malgré de nombreux soins dermatologiques et infirmiers (pansements, grattages) et la tentative de porter des chaussures orthopédiques, a mené à la formation d'un abcès. L'atteinte persistante de l'orteil au niveau tant de la peau que de l'os a rendu nécessaires de multiples greffes de peau, et a finalement mené à son amputation entre le 1^{er} et le 2nd entretien.

Les affections somatiques et leurs traitements ont été sources pour Mr Soje de douleurs très importantes, au niveau des pieds, des chevilles, des genoux, des fesses, du dos. Il parle de « souffrances » parfois « épouvantables » et ayant duré des années. Il a fait l'expérience de sensations étranges, de brûlures, d'écoulements corporels (de sa plaie et de ses yeux), de sensations de torsions de ses membres, d'évanouissements.

« Quand je marchais, je marchais les chevilles tordues, les genoux tordus, c'est devenu quelque chose d'épouvantable, je ne pouvais plus rien faire, j'avais mal »

Cela a entraîné pour Mr Soje une incapacité transitoire à marcher, à sortir de chez lui. Si depuis déjà longtemps il ne pouvait plus faire de randonnées, récemment ses limitations se sont étendues à l'impossibilité d'assurer l'activité de soutien scolaire fort importante à ses yeux, et à l'impossibilité de rendre visite à ses amis et à sa famille. Il doit aujourd'hui faire de nombreuses pauses lorsqu'il se déplace, se reposer sur un appui en balade. Il doit par ailleurs soulager ses yeux en les fermant plusieurs heures par jour. Ses préoccupations principales sont de ne pas être un poids pour sa femme, et ses difficultés à se projeter dans l'avenir du fait des incertitudes quant à

la guérison de son orteil. Il exprime également de multiples inadéquations entre la gravité de certaines affections somatiques et la nature des sensations corporelles :

« Un truc comme ça, ça m'énerve dans la mesure où justement, contrairement aux autres...choses, je me sens bien. Je n'ai jamais eu mal à cet orteil. Quand j'avais des douleurs, c'était ailleurs et pour une autre raison. Et je suis très bien, mais je ne peux rien faire » ; « J'avais des douleurs un peu partout, sauf à la hanche » ; « Ben je peux difficilement vous répondre parce que je n'ai jamais rien vu, enfin effectivement [...] ...moi je ressentais l'inquiétude des autres, parce que comme je ne voyais rien et puis je ne sentais rien ».

Ces expériences, sûrement à l'origine du développement d'inquiétante étrangeté – le regard de l'autre remplissant la fonction du miroir – sont suivies par un vacillement identitaire perceptible dans les propos de Mr Soje lorsqu'il relate l'amputation de son orteil. A la violence du terme utilisé : « elle a pris la décision de le trancher » pour décrire son amputation, s'ajoutent une certaine confusion des pronoms utilisés pour indiquer les positionnements de chacun – deux des médecins et lui-même – dans l'évènement, ainsi que de nombreuses hésitations et périphrases, l'oubli d'un nom, des marmonnements. Procédés langagiers par ailleurs tout à fait absents du reste des entretiens.

« On était assez bousculés avec mon histoire d'orteil. En plus, on ne sait toujours pas ce qui lui est arrivé, il a fallu prendre...elle a pris la décision de le trancher [...] Bon ben...bon, moi, moi je supportais, mais elle, elle nageait un peu en se demandant vraiment quoi faire pour résoudre le problème. On a fini, de commun accord, on peut le dire...elle s'est dit dans le fond puisqu'on ne trouve pas de cause probante, c'est un...ça vient de je ne sais quoi... et on va continuer indéfiniment parce que ça remonte quand même à pas mal d'années, à faire des essais de ceci ou cela, donc en prenant conseil avec le docteur...je ne me souviens plus de son nom là, mais qui est chirurgienne ortho...chirurgienne vasculaire. Alors on a décidé à tous les trois ben, que le mieux c'était de faire disparaître le problème, en espérant que... »

Plusieurs mentions sont par ailleurs faites en entretien par Mr Soje à son âge et à la perspective d'une mort prochaine :

« Donc c'était surtout sous cet aspect-là qui...et il commençait à...vu notre âge il commence à être temps de faire le tour quoi. [...] Ben aller voir les uns les autres. Qu'on n'a pas vu depuis quelques années. [...] Je vais avoir 80 ans, ma femme en a environ 83, on est encore alertes, mais pas...évident que ça va durer encore...un tas d'années... »

Récit des interactions déstabilisantes avec les soignants

Au-delà des affections somatiques, avec lesquelles nous retrouvons le potentiel de déstabilisation somato-psychique de la pathologie somatique, Mr Soje relate les expériences avec les soignants, dont certaines en ont redoublé la valence traumatique.

Cela nous renvoie à la dimension potentiellement traumatique de la prise en charge hospitalière, creusant le hiatus entre corps somatique et corps pulsionnel. Mr Soje a été

hospitalisé dans de multiples services de multiples hôpitaux et a rencontré de nombreux médecins et professionnels de santé appartenant à de nombreuses spécialités : gastro-entérologues, médecins et chirurgiens vasculaires, ophtalmologues, chirurgiens orthopédiques, infirmiers, pédicures, etc. Il raconte l'impact identitaire de la dimension impersonnelle des soins, au point que soit remise en question son sentiment « d'être quelqu'un » :

« ... dans un grand hôpital comme ça, vous voyez défiler des tas de gens, des fois vous ne savez même pas quel est le médecin qui s'occupe de vous. Des fois vous ne le voyez pas...des gens qui prennent des décisions, vous ne savez pas trop pourquoi. [...] ...on a l'impression d'être un numéro qu'on se refile. [...] Euh ben on n'est pas un numéro. On aime bien quand même être quelqu'un. Pas qu'on repasse de l'un à l'autre. Et par exemple il m'est arrivé des choses...enfin ce n'est pas grave. Des ordonnances, pour faire faire des analyses ou des radios, etcetera, signées par quelqu'un que je ne connaissais pas. Si bien qu'en fait je ne savais pas à qui donner les résultats. Moi j'ai pour interlocuteur le Dr (nom) après le Dr (nom), ensuite le Dr (nom), c'étaient les trois seules personnes que je connaissais. Moi j'avais des ordonnances signées par n'importe qui. Et dès que je faisais mon analyse de sang, je ne savais pas à qui donner les résultats ».

Au-delà de l'organisation hospitalière, c'est l'utilisation du langage médical qui déstabilise Mr Soje. L'incompréhension des termes le perturbe, non seulement car cela crée un doute sur son état de santé, mais surtout parce que cela vient instaurer une asymétrie entre lui et le médecin, asymétrie par laquelle Mr Soje se sent dépossédé d'un savoir qui le concerne en premier :

« Je comprends que les médecins précisent très exactement la chose pour leurs collègues éventuellement. Mais pour le...quelqu'un comme moi on n'y comprend rien, et je ne sais pas ce que j'ai. J'ai quelque chose, qui concerne les nerfs, puisque le Dr (nom) m'a fait aller voir le Dr (nom), ça s'arrête là, je n'en sais pas plus, je ne sais pas ce que j'ai. [...] Je dois la voir, je sais que probablement mes nerfs sont dans le coup, mais ça s'arrête là. Est-ce que ça peut s'aggraver, est-ce que ça peut...je ne sais pas. », « Ben oui, ne pas comprendre ce qui en moi était en cause c'était...Ben c'était dérangeant. [...] Chaque métier grosso modo a son vocabulaire. Et ben, les individus ne peuvent pas connaître tous les vocabulaires de tous les métiers. Donc il faut quand même dans la mesure...et la médecine c'est quand même quelque chose d'important pour la personne. Ça serait logique qu'on ne comprend pas ce que raconte un garagiste, ce n'est pas très grave, qu'on ne comprenne pas ce qu'on raconte à votre propos un médecin c'est plus ennuyeux. On peut se monter la tête pour rien ou au contraire ne pas faire attention à quelque chose de sérieux. »

Ce verbatim, qui montre l'emprise possible sur le patient des soignants qui utilisent un vocabulaire médical inconnu de lui, nous rappelle celui que nous avons déjà cité en première partie, pour illustrer le sentiment d'impuissance, l'impression de passivation et le risque de désubjectivation entraînés par certaines pratiques hospitalières :

« C'est arrivé, les médecins qui passent on ne sait pas trop si c'est celui qui nous soigne ou pas. Et ce qui est particulièrement désagréable. C'est nécessaire, mais c'est très

désagréable quand même. Enfin vous avez le médecin, le professeur, etcetera, qui arrive avec toute une troupe, qui fait son cours et puis vous vous passez comme si vous étiez une bête qu'on épluche. Bon, je comprends qu'il faille le faire, mais on se sent vraiment pas grand-chose, on se demande si vraiment on se préoccupe de nous ou seulement si c'est...je ne sais pas moi, pour s'amuser, qu'on passe comme ça. Est-ce que vraiment il se rend compte de débiter son discours, est-ce qu'il se préoccupe de nous et pas seulement de faire son cours ? C'est très désagréable. [...] Ah oui, et dans ce cas-là, ils parlent de vous comme d'un sujet d'étude. Je ne suis pas moi, je suis la grenouille que moi je découpais quand j'étais au Lycée. [...] ...moi je ne comptais pas, mais, c'était le...mon problème qui comptait à ce moment. »

Si Mr Soje reconnaît par ailleurs l'humanité des médecins et les bons rapports qu'il entretient avec eux, certaines pratiques hospitalières, la logique des spécialités médicales, du partage des tâches à l'hôpital, l'utilisation du vocabulaire médical, la visite médicale, etc. sont autant d'occasions pour lui de faire face à des non-sens, à des sentiments de passivation, de dépossession et d'incompréhension. Nous avons développé ces points dans la partie II.

L'expérience adolescente du préventorium

En remontant la chaîne associative, Mr Soje en vint à nous raconter des événements ayant eu lieu beaucoup plus précocement, lorsqu'il était adolescent. Les médecins soupçonnent alors une infection par la tuberculose, le jeune Mr Soje doit rester un temps important en observation dans un préventorium. Or, il nous a semblé que le traitement psychique de cette expérience lors de l'adolescence, était lourde de conséquence quant à sa manière de vivre aujourd'hui les soins médicaux, dont les procédures de dépistage. Les propos de Mr Soje – ceux concernant son hospitalisation à l'adolescence, et d'autres concernant sa vie après cela – nous permettent de formuler des hypothèses quant aux mouvements psychiques l'ayant alors habité.

Adolescent, Mr Soje est sujet à de forts mouvements pulsionnels dus à la traversée de la puberté, qui ne peuvent trouver aucune voie de décharge du fait de l'enfermement. Il trouve une occasion d'éconduite pulsionnelle lorsqu'il commence à fumer. Si selon lui, de manière consciente, l'enjeu était uniquement de vaincre l'ennui, nous pouvons également y déceler des enjeux de décharge de l'agressivité et des enjeux narcissiques :

« ...parce que moi je ne crois pas qu'on se mette à fumer par plaisir. Bon, on essaye parce que son copain le fait, donc on fait on continue ou on ne continue pas, mais pourquoi le copain l'a fait ? Souvent parce qu'il s'ennuyait, souvent parce qu'il voulait montrer qu'il était quelqu'un. Dans mon cas, je vous l'ai dit, c'est parce que je m'ennuyais au sana ce qui est absurde. Ce qui est absurde en soit. »

L'enjeu de la cigarette pour Mr Soje, à l'époque, était bien narcissique (« montrer qu'il était quelqu'un ») et pulsionnel dans la mesure où il a dû faire face à l'impossibilité d'écouler l'excitation du fait de l'enfermement, à un âge de remobilisation des pulsions par l'émergence de la puberté. Aujourd'hui encore, il associe le tabagisme au fait de canaliser l'agressivité (« Donc

plutôt que de cogner ma femme, je préférais fumer. »), de gérer l'enfermement et l'immobilité lorsqu'il travaille longuement ou lorsqu'il ne peut plus être actif du fait des symptômes corporels.

« Chez moi, il m'arrivait, alors selon mon état de tranquillité ou d'énervement, non pas de fumer un cigarillo, mais d'en tirer une bouffée et puis de l'écraser. C'est-à-dire qu'aussi comme ça, quand je travaillais, quand on passait des nuits à regarder marcher les ordinateurs, on ne pouvait pas toujours aller prendre un café... quand on a fait le tour du cadran, il faut s'occuper quand même. »

Or Mr Soje s'était déjà à l'époque, positionné à l'encontre de la cigarette :

« Et je n'étais pas du tout prédisposé, et là même si on m'avait étudié, disons deux ans avant, je n'aurais pas laissé de traces de possibilité de devenir fumeur. Par contre au niveau, maintenant dans les cas-là, mon cas, il peut y avoir un risque qui s'est concrétisé... », « Bon, toute ma famille fumait, mes parents, mes grands-parents, moi j'avais décidé de ne pas fumer. J'avais des camarades dans la classe qui commençaient à fumer, je restais sûr que je ne voulais pas fumer. »

Pour gérer le conflit, le jeune Mr Soje externalise la responsabilité, procédé couteux qui ne le soulage qu'à moitié. Il accuse les médecins d'avoir créé les circonstances l'ayant amené à fumer.

« Ben c'est-à-dire que quand j'étais, je ne sais plus, j'étais en 3^{ème} ou je ne sais plus, 13-14 ans quelque chose comme ça, j'ai fait un début de tuberculose, une pré-infection, donc pour ça, dans un premier temps on m'a envoyé dans un préventorium. [...] Et une fois au préven' je me suis tellement ennuyé que j'ai commencé à fumer. Donc c'est pour ça que je dis, c'est les médecins qui m'ont poussé à fumer. Bon, ils ne sont pas en cause, ils ont fait ce qu'ils pouvaient les pauvres, ceux qui étaient là-bas. »

Même s'il reconnaît consciemment que cette justification n'est qu'à moitié valable, il a aujourd'hui toujours recours à ce procédé psychique, nous le verrons. Mr Soje ne se reconnaît pas comme à la source de la pulsionnalité et de l'agressivité devant être canalisées par l'acte de fumer. Il projette sur le médecin cette force qu'il ne reconnaît pas comme sienne, ce qui lui permet par ailleurs de se dégager – mais uniquement partiellement – de la punition du Surmoi, qui condamne également la pulsionnalité que la solution trouvée par Mr Soje pour la canaliser.

Organisation psychique dominée par un conflit moi/surmoi

Mr Soje reste depuis lors – et potentiellement depuis plus longtemps encore – travaillé par ce conflit topique et la menace d'écrasement par le détenteur de l'autorité. Le rapport à la culpabilité, à la responsabilité et à la faute, semblent avoir été omniprésents dans la vie psychique de Mr Soje – cela ressort de manière évidente de l'analyse des entretiens. Voici ce qu'il en dit :

« Je pense qu'en règle générale, culpabiliser les gens ou même mettre des interdits... », « De culpabiliser les gens, ça c'est mon dada aussi. Ou alors ils ne vont pas venir consulter... ou on prend les gens un peu pour des minus, je ne sais pas. Là j'exagère peut-être mes termes, parce que je suis un peu remonté. », « C'est le ton. Le professeur qui donnait des coups de règle sur les doigts du gamin. [...] ou alors, déjà le fait d'avoir

une interdiction, ça pousse les gens à faire. [...] Par exemple, personne n'a retenu la leçon de la prohibition aux États Unis, ça a créé le grand banditisme, mais bon on n'en tient pas compte de ça. Et j'ai connu des gens qui travaillaient avec moi, qui étaient très doués et il y avait une interdiction qui venait, alors là ils n'y avaient jamais pensé à faire quelque chose et ils l'ont fait, pour piéger le piégeur. [...] Et de se dire : "on ne va pas me prendre de haut" et en plus pour s'amuser : "ah il se prend malin, moi je vais être plus malin qu'eux", alors simplement on n'aime pas, personne n'aime recevoir des ordres sans comprendre pourquoi et marche ou crève. C'est pour ça qu'il y a des tas de gens, au Télécom, enfin à Orange qui se sont balancés par la fenêtre »

Mr Soje est profondément marqué par le climat de prohibition qu'il ressent et sa vie psychique semble dominée par l'existence d'une sévère instance surmoïque. Son attitude fortement empathique à l'égard des autres, sa volonté de ne pas les mettre brutalement face à leur faute, met à jour l'existence de formations réactionnelles face à des pulsions agressives qui l'exposeraient aux remontrances d'un Surmoi sévère.

« Donc je vous disais que je m'occupais de l'équipe de handball féminine, par exemple, en particulier. Bon, s'il y avait, s'il y en avait une par exemple, qui faisait une erreur grossière sur le terrain, je ne faisais rien. Et plusieurs minutes après, je lui demandais de sortir, je lui dis : "tu te rappelles là tu as fait ça à ce moment-là ? Ben, ça aurait été mieux si t'avais fait autrement" et elle ne se sentait pas culpabilisée, elle faisait bien après [...] Que si je l'avais sortie tout de suite, elle aurait piqué une crise, elle m'aurait détesté quand même. "T'as fait une ânerie, sors". Si on vous faisait ça, si on vous faisait ça, qu'est-ce que vous feriez ? Dans ces moments-là, c'est important. »

Il relate un souvenir datant de l'époque où il travaillait encore. Un désaccord avec la hiérarchie et l'implication d'une collègue dans ce désaccord a mené au licenciement de cette collègue. Bien qu'il ait été, dans le conflit, du côté de cette collègue, il a su pour sa part se protéger et n'a pas été licencié. Aujourd'hui encore, il souffre et est engagé dans des négociations quant à l'attribution de la faute et de la culpabilité :

« Ouais. Non je serais plutôt porté à être touché par le...par ce qui s'est passé, par ce qui s'est passé. C'est plutôt les choses du passé qui me...qui me font mal. [...] Ma vie...il y a des choses dont... je peux vous en raconter une. C'est un problème dont je souffre alors que c'est...je ne suis absolument pas coupable. [...] Et là, j'ai toujours ça comme...comme une certaine culpabilité. Je n'y étais pour rien. [...] Ben, puisque m'ayant donné raison...et si elle avait attendu 3 mois elle aurait été...ils ne pouvaient plus...la virer, mais du fait que ce soit pour m'avoir donné raison qu'elle a été renvoyée, ben je ressens une certaine culpabilité. C'est ce genre de choses. [...] Un sentiment de culpabilité, pour des choses dans lesquelles en fait je ne suis pour rien. (*silence*) »

Aujourd'hui encore, ses souffrances et son travail psychique se cristallisent autour du conflit moi/surmoi. Certains mécanismes utilisés lors de l'hospitalisation de son adolescence, et lors de sa vie professionnelle, sont remobilisés par Mr Soje pour faire face aux épreuves qu'il vit aujourd'hui, dans le cadre de ses pathologies somatiques et de l'arrêt du tabagisme.

Réactions défensives et récupération narcissique

Mr Soje mobilise, tout au long des entretiens, plusieurs procédés défensifs qui permettent une reprise identitaire face à la valence traumatique des affections somatiques et des interactions avec les équipes soignantes. Tout d'abord, Mr Soje utilise de nombreuses négations vis-à-vis des inquiétudes ou autres sentiments négatifs : « ça m'était complètement égal » ; « je n'ai pas l'habitude de m'affoler sur mes petites blessures », « pas du tout inquieté », « ça ne me préoccupait pas ». Mais il parle aussi d'un trop-plein (« ça commence à faire beaucoup »), de frustration, d'énervement, d'incompréhension, surtout en ce qui concerne l'incapacité à se déplacer et la nécessité d'abandonner certaines activités.

Il accorde par ailleurs plus d'importance aux caractéristiques personnelles ne changeant pas, qu'aux nombreuses limitations auxquelles il est sujet :

« Chercheuse : Est-ce que l'avenir, avoir éventuellement une maladie dans le futur ce sont des choses auxquelles vous pensez ? Mr Soje : Non. Non. Ben, c'est-à-dire que personnellement j'ai l'impression de n'avoir jamais changé [...] ...je me conduis maintenant vis-à-vis des autres comme quand j'avais 20 ans ou 30 ans, que j'ai les mêmes relations d'amitié avec les enfants, les jeunes, etcetera, que j'avais. Et d'ailleurs, parce que j'étais...j'ai fait longtemps l'entraînement d'équipes féminines de handball, moi je continue à avoir pour amies, les filles que j'entraînais qui viennent me voir de temps en temps, on vieillit côte à côté. Moi je me sens toujours le même, à tout point de vue. [...] Évidemment et puis là, je ne peux pas dire, même je sais que je ne pourrais pas recommencer les randonnées que je faisais il y a très longtemps. »

Plusieurs fois, Mr Soje convoque par ailleurs l'humour dans sa dimension défensive pour dédramatiser un événement en réalité des plus inquiétants :

« Par exemple, ah oui, un truc qui était assez rigolo, il y en avait un autre, je ne sais pas, ma femme a passé voir un gynécologue, bon d'une manière banale, qui lui a fait un frottis, etcetera, donc compte-rendu, il a fait un paragraphe. Et alors il y avait un type de paragraphe, alors là je ne sais pas si c'est...je ne citerai certainement pas exactement, c'était frottis du cerveau. On s'est demandé ce que venait faire un cerveau dans l'affaire. On a téléphoné à la secrétaire du médecin "bon ben, ça c'est un langage médical, c'est tout." On n'en sait pas plus. »

Mr Soje se dégage par ailleurs de l'emprise médicale en mobilisant différents procédés de retournement au sein de la relation médecin / patient. Lorsqu'il relate la visite médicale, il finit par décrire les internes, qu'il trouve « à plat ventre moralement », devenant alors celui qui observe, plutôt que celui étant observé. Procédé que nous retrouvons dans ce verbatim, lors duquel « tout le monde » passe des patients aux médecins, qui sont à leur tour diagnostiqués :

« Le compte-rendu de, bon d'accord donc c'est moi. On essaye de comprendre, mais on n'y comprend rien. Bien sûr. Et c'est pour tout le monde pareil, enfin pour tous les médecins, pareil. [...] Alors il serait bon qu'entre les médecins, ils se donnent des termes

précis, les uns pour les autres, mais pour les clients qu'ils utilisent un langage compréhensible »

Le problème ne se situe plus du côté du patient qui ne possède pas le savoir médical, mais bien du médecin qui ne fait pas l'effort de le transmettre. Mr Soje en vint à donner sa propre prescription, en vue de l'amélioration du fonctionnement hospitalier :

« D'une manière beaucoup plus générale, ce qui serait bien c'est que les hôpitaux ou même les médecins d'ailleurs, embauchent des traducteurs. Parce que quand le médecin vous donne le compte-rendu de la visite pour vous dire ce que vous avez, ben on ne comprend strictement rien. »

L'asymétrie est entièrement inversée lorsque Mr Soje qualifie la relation médecin – patient de relation médecin – client (« ...la relation, disons hôpital-client » ; « Mais employer des termes comme ça, pour renseigner le client, qui n'y comprend rien. »). Cette perception de la relation rétablit l'égalité dans les rapports, le soignant n'étant plus celui dont l'action a un impact vital sur le patient, mais plutôt celui qui s'acquitte d'un service pour son client. L'asymétrie est même retournée selon certaines maximes : « le client est roi », « le client a toujours raison ».

Plusieurs procédés défensifs sont également mobilisés par Mr Soje en ce qui concerne son rapport au tabagisme. Lorsque le chercheur l'interroge sur les raisons l'ayant poussé à arrêter de fumer, Mr Soje n'est pas vraiment capable de répondre, et cherche plutôt à rationaliser son arrêt, rationalisation qui ne le convint lui-même qu'à moitié :

« C'est un choix personnel, mais je ne pourrais pas vous dire pourquoi, parce que je ne le sais pas. Enfin, ou en tout cas je ne m'en souviens plus. [...] Peut-être parce que je me suis rendu compte que...bon je n'ai aucun problème avec l'argent, on peut dépenser ce qu'on veut, ça m'est égal, mais enfin de ce côté-là... Mais enfin peut-être – peut-être parce que je n'en suis pas sûr du tout – que je me suis dit : “peut-être que je dépense un peu trop d'argent là-dedans, voilà”, mais je ne suis pas sûr que ce soit la raison. C'est une possibilité parmi d'autres. Je ne sais pas pourquoi. Ni pourquoi ni comment. »

Apparaît une demi-heure plus tard dans l'entretien, que Mr Soje a arrêté de fumer à l'occasion de l'obstruction de son artère carotidienne, obstruction ayant mené à une opération.

« Bon et puis maintenant donc, qu'est-ce qui m'est arrivé, qu'est-ce qui m'est arrivé ? Bon maintenant que j'ai eu... Ah c'est peut-être pour ça que j'ai essayé d'arrêter d'abord, maintenant je me souviens. Suite au tabac j'ai eu une carotide bouchée donc j'ai été opéré à (ville), bon ça va très bien, après, je suppose... »

Il nous est possible de suggérer, après avoir abordé la question des enjeux pulsionnels du tabagisme, que l'atteinte carotidienne a été l'occasion d'un remaniement pulsionnel ayant permis à Mr Soje d'arrêter de fumer, ce qu'il n'avait auparavant pas réussi à faire. La survenue du danger entraîne la mobilisation de l'appareil psychique qui s'arrange avec la réalité pour inhiber les représentations dérangeantes, expliquant l'oubli par Mr Soje des raisons l'ayant poussé à arrêter de fumer. La difficulté à arrêter rencontrait avant une résistance dans la mesure où cela aurait équivalu à réaliser une action prescrite par un autre, donc « juste » par soumission à une autorité.

« Ah pour moi, oui. Mais c'est parce que je l'ai décidé, ou peut-être que j'ai connu des gens qui m'ont aidé, c'est tout sans me faire de la coercition. »

Nous retrouvons par ailleurs en de nombreuses occurrences le même procédé de projection de la faute sur la personne du médecin. Se sentant attaqué et accusé par un pneumologue sur sa consommation tabagique, il pointe en retour la responsabilité du médecin :

« ... je me suis fait vraiment jeter par le pneumologue parce que je fumais. [...] Oui il était quasiment grossier avec moi. Comme si j'étais un gamin de CP, avec un mauvais professeur. Il me prenait de haut. Je pense que je ne suis peut-être pas un génie, mais je ne suis pas tellement plus bête que les autres. Et en plus, alors dans mon cas particulier, c'est vrai que c'était lui qui était coupable, disons par transmission. », « Sauf que la dernière fois, là j'ai vraiment eu envie de fumer. Ici. Parce que, j'étais...je ne pouvais plus sortir, je marchais mal, à cause de mon pied. Si je veux être méchant, je peux dire que si j'augmente ma consommation de tabac c'est de la faute au Dr (nom). Bon la pauvre elle n'y est pour rien mais voilà. [...] Enfin c'est le...oui je dirais...enfin je prends la pauvre Dr (nom) qui n'y est pour rien en fait, mais c'est elle qui est responsable du fait que j'augmente de fumer. Voilà. Enfin, responsable... »

Bien qu'il cherche à rationaliser, expliquant que la faute du médecin est de n'avoir pas suffisamment pris en compte ses difficultés personnelles, sa logique ne tient pas face à sa prise en compte de la réalité. S'il réalise que le médecin « n'y est pour rien », cela n'empêche pas Mr Soje de profiter des bénéfices pour lui de la fonction inconsciente de ce raisonnement, comme en témoignent les allers et retours, dans le verbatim précédent, entre fantasme et réalité. Attribuer dans le fantasme la faute au médecin permet à Mr Soje de se dégager de sa responsabilité dans l'épreuve corporelle traumatisante dont il a fait l'expérience, voire de se dégager de l'emprise de la réalité de la fragilité du corps.

Cela lui permet ainsi de donner sens à son expérience, de la vivre sur un mode qui psychiquement trouve inscription. La dure réalité de la fragilité du corps est vécue sur le mode de la castration, elle est imposée par un autre : l'autre qui est le mauvais objet chez qui se réunit la double injonction paradoxale de l'avoir poussé à fumer, et de lui interdire de fumer. Le médecin devient l'instance punitive face à une faute commise. Cela évite à Mr Soje d'être mis face à la perte de sens entraînée par la maladie somatique, et à l'idée insoutenable mais néanmoins perceptible chez lui d'en être responsable du fait de la force de ses mouvements pulsionnels.

Mais c'est maintenant de l'emprise du médecin, de l'emprise de cette instance castratrice, le dépossédant de sa puissance phallique, qu'il faut se dégager. Mr Soje s'en libère par une identification à l'agresseur. Comme nous l'avions précédemment noté, il devient l'observateur, le prescripteur. Face à l'excès d'excitation entraîné par l'infection, le traitement et l'amputation de son orteil, Mr Soje retourne la passivité en activité en s'emparant de la puissance qu'il attribue par projection au médecin, pour pouvoir mieux s'y identifier, l'en déposséder et, par l'humour, le discréditer. Ainsi il moque les effets des slogans sur le tabagisme, dénigrant leurs effets face à la violence des films et jeux-vidéos actuels, qui font « rigoler » les gens. C'est donc par le détour du rapport au médecin, par le jeu de projections et d'identifications sur la personne du médecin,

qui se prête en retour à ce jeu fantasmagique, que Mr Soje peut élaborer le traumatisme de l'atteinte de son orteil et de la passivation des soins médicaux. Mr Soje se dégage de l'emprise de l'instance que représente psychiquement le monde médical :

« Enfin qui s'occupe de mon orteil, bon en faisant un pansement et éventuellement en me grattant la peau trop épaisse donc j'avais ce boulet au pied qui était d'avoir une infirmière pour... au moins tous les...enfin presque tous les jours », « Ce n'est pas que c'est important, mais on a l'impression d'être un numéro qu'on se refile. C'est un peu...je ne sais pas si vous connaissez le feuilleton « Le prisonnier » ? [...] Voilà, si ça repasse à la télé je vous le passerai. »

Notons au passage le signifiant formel du « boulet au pied » et l'inscription par Mr Soje de son expérience dans l'univers symbolique des références cinématographiques. Ce dégagement permet à Mr Soje de mobiliser sa créativité dans le but d'améliorer sa situation.

« ...j'ai dû porter des...une chaussure orthopédique. C'est une chaussure que j'ai achetée dans le commerce, un modèle qui m'avait été indiqué par le Dr (nom). Bon, déjà, il n'était pas parfait, dans la mesure où elle voulait qu'il n'y ait pas de...que mon orteil n'ait pas de contact et malgré tout, même si c'était fait pour, dans cette chaussure orthopédique il y avait un léger contact et du fait que... [...] Et en définitive j'ai pris le taureau par les cornes et j'ai...raborté une paire de sandales, une sandale et j'ai pris l'autre sandale, j'ai été voir un cordonnier qui a fait un trou dans la semelle, bon, fermé quand même par une fine semelle, mais bon la semelle d'origine étant comme ça, bon mon orteil ne touchait en rien, absolument rien du tout, et j'avais les deux jambes de la même longueur. J'ai demandé son aval au Dr (nom) pour pouvoir porter cette chaussure et alors petit à petit je suis redevenu capable de marcher, ce qui est quand même assez...voilà, oui j'étais redevenu valide quelque part. [...] Ben j'ai fait quelque chose à côté oui, j'espère qu'elle en fera profiter d'autres si l'occasion se présente. Parce que ça...enfin ça revient beaucoup moins cher pour tout le monde si on prend...et puis c'est nettement...là c'était parfait puisque vraiment il n'y avait aucun contact ».

Cela lui ouvre enfin de nouvelles perspectives, lui permet de s'évader, si ce n'est dans la réalité, au moins dans le fantasme :

« Non, je ne suis pas inquiet du tout, au contraire j'espère arriver à la maison, sauter dans la voiture, puis m'en aller. »

Les enjeux inconscients derrière la participation au dépistage

Revenons maintenant à la réaction de Mr Soje vis-à-vis du dépistage. Par rapport à la vision rationnelle et détachée qu'il présentait lors de la première réponse à la question, apparaît progressivement un ancrage beaucoup plus personnel des raisons animant sa participation :

« Je dis, c'est le même raisonnement que pour les vaccins. On fait un vaccin, pour ne pas avoir la maladie. Moi je dis, il faut faire une étude psychologique pour ne pas avoir le cancer, ou pour ne pas fumer, pour ne pas avoir le cancer. »

Mr Soje investit surtout le dépistage du fait du versant « étude », et notamment l'étude psychologique. Il comprend le but de l'étude au prisme de son expérience personnelle. Il voudrait qu'une consultation psychologique soit offerte aux jeunes, à partir de 12 ans, régulièrement, afin de les aider psychologiquement, pour qu'ils ne commencent jamais à fumer et par-là évitent d'être un jour atteints d'un cancer. Il répètera par ailleurs de nombreuses fois lors de nos échanges hors enregistrement, l'implication des médecins dans son tabagisme, procédé que nous interprétons comme une nécessité renouvelée de se défendre contre la responsabilité qu'il s'attribue psychiquement vis-à-vis de ses troubles somatiques. Mr Soje, par le biais de l'étude, cherche à sauver son jeune moi du conflit dans lequel il a été entraîné lors de son hospitalisation à l'adolescence. Aider les autres, par le biais du dépistage, s'inscrit par ailleurs dans la dynamique de formation réactionnelle que nous avons identifiée, défense vis-à-vis de ses pulsions agressives qui s'expriment sous forme inversée, dans une volonté de réparation :

« ...c'est parce que j'ai un peu l'habitude que quand quelqu'un a des problèmes il vienne me voir, là je ne dirais pas que c'est un problème, mais si je peux rendre service, pourquoi pas. J'ai été scout. [...] *Chercheuse* : C'est pour rendre service donc que vous avez accepté, principalement ? Mr Soje : Oui. Ben c'est la seule raison. »

Si la volonté de prendre soin de sa santé somatique n'est en effet pas au premier plan des raisons d'accepter le dépistage, l'adhésion de Mr Soje au dépistage reste bien toute personnelle.

* * *

2. Saisie de l'évènement par l'organisation psychique

Comprendre les réactions des personnes à la proposition, par le médecin, de dépistage des cancers liés au tabac, nous mène sur la piste d'une appréhension plus large de l'organisation psychique des personnes concernées. Les réactions des personnes à la question d'amorce sont à inscrire au cœur de leur fonctionnement psychique en ce qui concerne les expériences de la précarité. Les verbatims suivants composent la catégorie « Accepter le dépistage » ou encore la catégorie « Réactions et émotionnel » (vis-à-vis du dépistage).

De manière analogue à Mr Soje, Mme Mooc et Mr Paut interprètent l'utilité du dépistage au prisme de leur expérience du tabagisme. Tous deux, en revanche, mettent uniquement en avant l'intérêt personnel. Lorsque se pose la question des interventions médicales, Mr Paut ramène systématiquement la question sur son tabagisme et l'impossibilité d'arrêter :

« *Chercheuse* : Alors, donc, en fait le but c'est que vous me racontiez, depuis que vous avez accepté de participer à cette étude de dépistage des cancers liés au tabac, la manière dont vous vivez les choses et la manière dont vous vivez la perspective que soit détectée une maladie ou... enfin c'est votre vécu autour de cette proposition de dépistage des cancers liés au tabac. Mr Paut : Ben écoutez (*soupir*) c'est difficile de vous expliquer parce que j'ai beaucoup de mal à arrêter de fumer, même si je...j'ai fait des tentatives diverses et variées, allant de l'auriculothérapie, l'hypnose,

l'acupuncture, etcetera et effectivement ben de temps en temps je me dis...alors j'ai réduit et puis j'ai repris, etcetera. » (Mr Paut)

Il comprend alors le but de l'étude comme celui de :

« ...mieux comprendre les raisons qui font que tel ou tel comportement peut amener à un cancer ou à un problème, une problématique liée au tabac », « Parce que, si ça peut servir à dépister plus rapidement les choses, je pense que ça aidera à la prise de conscience de façon encore plus efficace et...si on me dépistait aujourd'hui, un début de cancer, etcetera, j'ose espérer que ça m'aiderait à arrêter encore...encore plus si vous voulez. » (Mr Paut)

Or, nous l'avons vu, le rapport à la précarité de Mr Paut est dominé par des plaintes d'ordre mélancolique, l'amenant à idéaliser tous ceux parvenant à fournir des efforts pour leur santé, et à l'inverse à s'auto-dévaloriser, vis-à-vis de ses échecs répétés en ce sens. Nous avons identifié à l'origine de ce fonctionnement, les difficultés rencontrées à internaliser un surmoi transmis sans possibilités de ce faire, par les figures de son éducation, sa mère, et celles au sein des institutions religieuses. Son organisation psychique détermine ainsi sur quel registre Mr Paut vivra la proposition du médecin.

Mme Mooc reçoit également la proposition de dépistage du médecin comme une injonction à arrêter de fumer.

« Chercheuse : Donc vous avez accepté il y a deux mois de rejoindre Detector, l'étude de dépistage des cancers liés au tabac. Est-ce que vous pourriez me raconter la manière dont vous avez vécu la proposition de vous faire dépister des cancers liés au tabac ? Mme Mooc : Ben, bien accueillie, bon, ça va. Oui. Bon, là je suis en cours donc j'ai été à (clinique), la (clinique) pendant deux ou trois semaines là et je reviens ici. Bon, ben, ma cure à moi-même continue donc. Ce matin j'ai été à (hôpital) donc celle-là là aussi. Donc, en fait toutes les mesures possibles en ce moment, est mise en œuvre, pour que j'arrête. [...] De...de fumer. [...] Oui, pour arrêter de fumer. Oui ». (Mme Mooc)

Ce n'est pas l'échec face aux tentatives d'arrêts qui est écrasant pour Mme Mooc, mais bien la culpabilité qu'elle ressent à l'idée de s'être rendue malade en fumant. Nous avons noté dans le précédent chapitre le registre sur lequel étaient vécues par elle les affections somatiques : celui de la culpabilité, de la punition face à l'orgueil, du jugement. La pathologie a ainsi le potentiel de réveiller les conflits d'idéalité chez les personnes. La façon singulière dont Mme Mooc est perturbée par la pathologie somatique, sa manière singulière de recevoir le dépistage, nous semblent déterminées par les conflits psychiques préexistants à ces événements.

« Oui, comme une grande. Ben, je me sentais grande tout simplement (*rires*). Mais au début je ne fumais pas autant, bon avec petit à petit... lié à des problèmes et tout, bon ben là ça y est, je me suis enterrée dedans vraiment, mais bon. Je ne m'attendais pas à ça, c'est tout. Il y en a d'autres qui sont en bonne santé, qui sont bien, pourquoi pas moi ? Mais bon, moi je suis bon, je ne fais pas partie de cette catégorie-là tout

simplement. (*Silence...*) Je n'ai qu'à payer maintenant, ça suffit. J'ai demandé l'addition (*rires*). » (Mme Mooc)

Le dépistage s'inscrit alors dans sa quête de rédemption, le conflit moi / surmoi l'entraînant sur une interprétation des pathologies somatiques comme d'une punition du destin.

Ce n'est en revanche pas la culpabilité qui est dominante chez Mr Chez. Sa réaction à la proposition de dépistage nous semble bien s'inscrire dans les remaniements psychiques ayant eu lieu après son infarctus et le décès de son père.

« Euh, ben oui la perspective, ben il y a des moments où je me dis : “Oh la la”, mais bon après, il faut être... faut être raisonnable donc, une des raisons c'est, ben pourquoi pas ? Souvent, bien avant que j'aie un accident cardio-vasculaire, etcetera, comme plein de gens, on se dit : “oh ce serait bien si”... quand on est un peu hypocondriaque, on se dit, “ce serait bien si j'allais faire un examen, donc pour savoir si j'ai ou non un cancer et si je pouvais anticiper et, en prévention, me soigner” et donc, ben il y a un peu de ça, il y a un peu de ça », « Bon, tout peut arriver quoi. Mais, ben du coup-là, depuis quelque... j'ai un peu la trouille quand même, mais bon, ben si on apprend quelque chose, on apprend quelque chose et puis voilà. Mais au moins, ben je ne passe pas à côté d'une possibilité de faire un dépistage », « Enfin bon... non, en même temps, je pense aussi, voilà, je regarde aussi d'autres statistiques qui disent que quelqu'un qui a eu un accident cardiaque et ben, on va le suivre tellement bien que finalement il aura un petit peu moins de probabilités de... de... enfin de mourir vite ou de... voilà il sera suivi. Je fais comme ça, là c'est pareil, c'est du même ressort. C'est-à-dire que, voilà c'est une façon de suivre un petit peu plus, voilà, je prends soin de moi. Un truc. Moi j'ai saisi ça comme une opportunité, qui est un petit peu angoissante, mais bon. C'est le jeu aussi, parfois il faut avoir un peu de courage aussi. Voilà. » (Mr Chez)

Mr Chez se découvre récemment, du fait de son infarctus et du décès de son père, un rapport changé à la fragilité corporelle et à la possibilité d'être malade. Ses mesures de préservation n'étant plus dominées par du déni – et un clivage entre une partie de lui qui refusait la réalité du danger et une autre qui souffrait de phobies de maladies –, et face au développement d'un rapport apaisé à l'autorité du fait des mouvements identificatoires précédemment identifiés, Mr Chez peut investir positivement les conseils de son médecin et adhérer à la proposition de dépistage.

Un intérêt personnel peut, à l'instar de Mr Soje, se retrouver ainsi chez toutes les personnes participant au dépistage, même lorsqu'elles formulent par ailleurs consciemment une certaine indifférence vis-à-vis des procédures ou de la réception des résultats.

Nous avons par exemple identifié, au fil de cette thèse, différents mouvements psychiques chez Mr Sial. Il s'identifie positivement aux personnes âgées. Des références positives du « vieux » facilitent pour lui une évolution de l'idéal du moi. Mr Sial tire une satisfaction narcissique de son bilan de vie, d'avoir eu une vie bien remplie, une carrière entière, du fait que ses enfants soient installés. Participer à l'étude Detector s'inscrit dans ce cadre, il peut tirer une satisfaction narcissique du fait de transmettre, et de continuer, par ce biais, à apporter à ses enfants :

« Ben écoutez (*silence*) C'est à peu près comme le protocole...en sentant qu'il y ait un bien après. Un bien c'est-à-dire pas forcément et exclusivement pour moi, mais un bien, disons, général qui pourrait euh...faire, justifier la recherche. "Tiens voilà, on a trouvé ceci, on a trouvé cela" », « Ah ben bien sûr. Bien sûr, de toute façon comme disait l'autre "on n'arrête pas le progrès", alors il ne faut pas le bloquer. Ça servira peut-être pour mes enfants, que sais-je ? Pour les autres. Donc nous profitons bien de ce que les autres ont essayé. [...] Bon, ben disons, à partir du moment que... ça ne me dérange pas et que ça peut servir aussi bien pour moi que pour les autres, il n'y a pas de raisons de refuser ». (Mr Sial)

Au-delà de son inscription intergénérationnelle, Mr Sial trouve une satisfaction pulsionnelle à sa participation à un protocole de recherche, lui qui était informaticien et s'intéresse au progrès de toutes sortes. Son désir de faire avancer la science naît également de l'expérience du cancer de son épouse, qui a eu lieu vingt ans plus tôt et qui l'a profondément marqué.

« Non, pas du tout. Franchement pas du tout. Parce que bon, si vous voulez elle a eu quand même...elle avait presque 50 ans quand on l'a eu ça, un peu moins, maintenant elle a 70 ans alors, vous voyez, ça diminue à tous les niveaux. Il y en a plus en quelque sorte, on n'en parle plus, puis on oublie qu'il y a eu ça. Et peut-être, je vais vous dire quelque chose, c'est peut-être en vertu de ça, si vous voulez, que je me dis : "Bon ben pourquoi pas le protocole". Si ça pouvait, si vous voulez, avancer, ne serait-ce que d'un iota la science ben, pourquoi pas. D'autant plus que dans mon métier j'étais informaticien dans les appareils médicaux, d'analyse. » (Mr Sial)

De même, bien que Mr Leje affirme ne voir qu'un intérêt personnel limité du dépistage, se désintéresser des résultats et ne participer que parce que cela pourrait apporter à d'autres, notre analyse de ses propos dans le reste de l'entretien, et de son rapport à la maladie, nous permet une autre interprétation des raisons inconscientes de son investissement du dépistage :

« Non c'était une petite pique que je lançais au docteur, parce qu'en fait, j'étais ici le mois dernier déjà pour toute une série d'exams et surtout avec le Dr (nom) on avait eu une discussion assez longue et je lui disais : "Bon, en substance, j'ai fait tous les efforts qui m'étaient demandés même plus après mon stage de réadaptation à la marche et les choses se sont aggravées", donc je lui disais : "à partir de là qu'est-ce qu'on peut faire ? Est-ce qu'il y a vraiment un espoir, sinon d'améliorer les choses en tout cas de les bloquer où elles sont et puis à la marge, essayer d'améliorer, si oui comment ? Et qu'est-ce que vous pouvez faire pour moi, pour ça ?" Bon, un mois après je suis de nouveau ici pour d'autres exams, donc je lui disais : "Bon, voilà, ce serait bien aussi..." moi je suis participatif sur plein de choses, bon, je suis un patient comme les autres c'est clair, mais bon, voilà j'aimerais aussi qu'on me trouve des solutions pour m'aider à passer ce cap-là, parce que c'est très lourd pour le moment à porter. » (Mr Leje)

Derrière l'apparent abandon d'espoir, Mr Leje déploie de nombreuses stratégies pour tenter d'améliorer sa santé actuelle. Participer au dépistage s'inscrit dans ce cadre. Il espère inconsciemment que sa participation au dépistage fera évoluer ses relations avec les médecins.

Ayant eu de nombreuses fois le sentiment de ne pas être écouté, respecté par les médecins, participer au dépistage et les aider en cela dans leur recherche offrirait à Mr Leje un nouveau statut de co-chercheur, favorisant son implication dans son traitement médical. Lorsque cela semble remis en question, Mr Leje envisage d'arrêter l'étude, avant d'être rattrapé in extremis.

« Après, ben effectivement il y a eu quelques petits soucis au niveau du protocole Detector, sur les scanners voilà, il a fallu que je revienne deux fois parce que la première fois on m'a fait attendre trois heures pour rien et ainsi de suite donc... [...] J'ai attendu trois heures et puis au bout de trois heures je suis parti, en disant "bon ben, écoutez", bon je passe suffisamment de temps dans les murs pour en plus en tant que volontaire me prendre des heures et des heures sans une explication, sans rien. Je peux comprendre qu'il y ait des urgences et on passe après, mais là, pas un mot, rien. Donc au bout de trois heures je suis parti et finalement la... le médecin qui fait la liaison entre le vasculaire et le programme Detector m'a convaincu de revenir et ce coup-ci on m'a pris tout de suite, je n'ai même pas eu le temps de m'asseoir dans la salle d'attente » (Mr Leje)

Sa participation, à défaut de lui apporter quelque chose sur le plan médical, lui apporte quelque chose sur le plan narcissique. Dans un contexte de dévalorisation narcissique due à la pathologie somatique, Mr Leje trouve réassurance dans sa participation, le fait de devenir utile pour les autres, et la possibilité de faire évoluer son statut auprès du médecin.

Ainsi, étudier les réactions des participants à l'étude Detector a nécessité que nous fassions un long détour par l'étude du vécu psychique de leurs précédentes expériences de la précarité. L'évènement médical semble ici saisi par une organisation psychique, les réactions des personnes ne pouvant être comprises qu'en prenant en compte la globalité de leur fonctionnement psychique et plus spécifiquement le fonctionnement de leurs mesures de préservation.

3. Travail de la maladie, subversion libidinale et « œdipification »¹⁰¹¹

Nous avons trouvé dans des textes portant sur le « travail de la maladie »¹⁰¹² des pistes d'analyse des mouvements psychiques identifiés chez les personnes dans le cadre du dépistage.

L'accent y est mis sur les possibilités de mobilisation de l'appareil psychique face aux évènements perturbateurs que doit vivre le sujet au long de sa vie, plutôt que sur une perspective plus souvent envisagée par les théorisations du vieillir où le « travail du vieillir » est appréhendé comme une mutation ou maturation globale de l'appareil psychique face à des changements qui seraient intrinsèques au sujet. Ces changements qui ont lieu lors du vieillissement, qu'ils viennent

¹⁰¹¹ C. Parat, *L'organisation œdipienne du stade génital*, op. cit., p. 45.

¹⁰¹² Jean-Louis Pedinielli, *Le « travail de la maladie » chez les insuffisants respiratoires chroniques*, Thèse de doctorat, Université Paris Descartes, Paris, 1986 ; K.-L. Schwering, *Corps d'outrance*, op. cit.

de modifications du corps ou du surgissement de signes, sont toujours des événements qui ont un caractère d'extériorité pour le sujet.

3.1. Subversion libidinale des parties du corps

Schwering met au centre de son développement, la nécessité pour le sujet atteint par la maladie grave d'une « réappropriation subjective », à partir de l'évènement perturbateur, et notamment dans ce cadre, en ce qui concerne les symptômes corporels. Il s'agirait alors, non pas d'effectuer un deuil des parties du corps ou d'abandonner le narcissisme, mais au contraire d'une « reconstruction de la souveraineté narcissique »¹⁰¹³. S'il s'intéresse notamment à la réappropriation du corps telle qu'elle est rendue nécessaire à partir des perturbations du soma, ses conclusions nous intéresseront pour expliquer le travail psychique identifié à l'occasion de la proposition de dépistage.

Selon Schwering, vivre avec une pathologie somatique, récupérer un rapport propre au corps, nécessiterait que le sujet traverse un « parcours identificatoire », allant de la réactualisation de l'identification narcissique primaire à la réinscription du sujet dans un ordre symbolique. « L'identification narcissique pourrait être un rempart, sinon même le rempart fondamental contre les menaces de désintégration du moi pesant sur tout sujet exposé à une maladie grave, d'une part, et aux vexations/privations occasionnées par le traitement médical, d'autre part »¹⁰¹⁴. Des traces de l'identification narcissique seraient présentes partout dans notre appréhension quotidienne du monde, c'est-à-dire par exemple dans notre capacité à reconnaître les objets qui nous entourent. A l'instar de l'homme primitif, nous nous approprions par projection et identification les objets du monde extérieur, « les objets ainsi entrepris finissent par nous ressembler, finissent par adopter les contours que nos désirs ont sculpté en eux, et deviennent reconnaissables, identifiables »¹⁰¹⁵. La réactualisation de ce mouvement psychique, par lequel le moi se constitue, permettrait au malade comme à l'enfant un premier mouvement d'investissement permettant que s'esquisse un dégagement par rapport à la pure quantité des excitations somatiques et pulsionnelles.

Ce mouvement de « faim du moi » salutaire permettrait ensuite le glissement, par le biais d'une identification cette fois hystérique, d'une relation d'être dominée par la libido narcissique, à une relation d'avoir où se déploie une libido objectale. Il s'agirait selon Schwering d'une réactualisation nécessaire de la problématique de l'étaillage, mouvement déjà étudié dans la seconde partie, par lequel l'enfant développe un rapport à son corps qui lui est propre, par la création de zones érogènes secondaires. Ont été retrouvées dans les entretiens quelques occurrences témoignant de « l'avancement ou de l'impasse de la reconquête du corps propre, et de la subjectivité qui l'anime »¹⁰¹⁶. Au-delà de l'identification de la valence traumatique de la

¹⁰¹³ K.-L. Schwering, *Corps d'outrance, op. cit.*, p. 8.

¹⁰¹⁴ *Ibid.*, p. 18.

¹⁰¹⁵ K.-L. Schwering, « L'idéal en quête d'identité », art cit, p. 38.

¹⁰¹⁶ K.-L. Schwering, *Corps d'outrance, op. cit.*, p. 38.

maladie, l'étude de la catégorie « Symptômes et sensations corporelles », à laquelle nous ajoutons maintenant l'étude de la catégorie « Etiologie et sens donné aux symptômes », a permis la mise en évidence de tels mouvements de réappropriation subjective liée au rapport au corps.

Ainsi par exemple, lorsque Mr Liam et Mr Sial en appellent à des références connues, celles de la mécanique, pour border leur expérience corporelle :

« Bon, évidemment c'est comme un moteur qui vieillit. Il a des pièces à changer, il a des choses à soigner, vous voyez ? Mais ce n'est plus du neuf quoi, il va...ça va s'éteindre un jour » (Mr Sial)

Cette manière de parler le corps est à distinguer par exemple de celle de Mr Leje :

« ...je me mets un point d'honneur à marcher au moins cette demi-heure utile par jour, pour le moment ça n'a pas eu vraiment d'impact...l'idée de ça c'était d'arriver à développer les collatérales, au niveau des pieds, surtout du pied gauche, de manière à contourner l'artère bouchée quoi. Alors sur le droit il y a eu un petit résultat, ben elle est moins bouchée que la gauche, mais sur le droit il y a un petit résultat c'est-à-dire que le flux il passe un peu mieux maintenant. Donc il y a quelques collatérales qui se sont mis en place, sur le gauche rien du tout. Donc...voilà. Et comme il n'y a pas d'autres possibilités, les autres activités sportives, genre piscine, vélo et tout, ça ne servirait à rien, en tout cas au niveau vasculaire hein. Au niveau cardiaque et tout, bon ça c'est clair, mais au niveau vasculaire zéro. » (Mr Leje)

Mr Leje a un rapport désobjectivé à son corps, il ne le parle que sous l'angle des fonctions vitales, du travail technique à produire dessus. A l'inverse de Mr Sial : si nous y retrouvons le vocabulaire de la technique, il s'agit pour lui, qui était informaticien de profession, de ramener son expérience corporelle à du connu, c'est-à-dire de subjectiver l'expérience somatique.

Une évolution est également perceptible chez Mme Kcoa, lorsqu'elle parle son corps.

« Non. Non, ce n'est pas possible. Ça ne rentrera pas. Regardez les chaussons de Gargantua que j'ai. Et l'orthopédiste qui me fait ces chaussons, bon je ne l'ai pas très bien vécu quand j'ai vu ça quand même. La première journée j'étais...parce que quand je travaille, avec ma collègue, une copine on peut dire, on disait "oh là là quand je serai vieille si je mets des chaussons comme ça, tu me retires ça hein ? Je ne veux pas des chaussons comme ça". Et j'en ai quoi. Puis bon. Puis je trouve que c'est horrible, c'est mastoc quoi. C'est ...ça fait vraiment papi. Je sais très bien que je ne suis pas de la première jeunesse, mais...ça fait papi et mamie quand même hein ? » (Mme Kcoa)

Se dessine déjà ici la subversion du corps malade. Si Mme Kcoa s'offusque de l'état de son pied, qui l'oblige à porter des chaussons de « Gargantua », de « Papi », c'est bien son conflit intérieur qui se déploie, grâce à l'introduction de références métaphoriques pour parler son corps. Cette identification hystérique « permet de rendre le corps propre à nouveau vivant. Elle permet

en effet de le réanimer grâce à l'emprunt identificatoire »¹⁰¹⁷. La situation s'améliore encore lorsque la féminité s'introduit dans le fantasme :

« ...mais d'un autre côté, l'orthopédiste justement me disait qu'il faut que j'apprenne à marcher avec des chaussures de décharge. C'est-à-dire qu'il faut que... que mon...vous voyez, j'ai... Mes orteils sont dans le vide. C'est-à-dire que là mon pied, mais...regardez mon petit pied de Chinoise là. Ça, ça ne va pas jusqu'au bout. » (Mme Kcoa)

Si Mme Kcoa ne peut toujours pas porter les chaussures qu'elle idéalisait comme vecteur de féminité, elle s'en rapproche plus dans la mesure où le passage du « papi » à la « Chinoise », laisse percevoir la possibilité de redevenir femme, si ce n'est dans la réalité, au moins dans le fantasme. La métaphore de la Chinoise offre un bien plus grand potentiel libidinal. C'est donc ici « une géographie toute personnelle » du corps qui se déploie. La situation des personnes hospitalisées pour une maladie grave pourrait ainsi « rappeler et réactualiser cet originaire niché en chacun de nous »¹⁰¹⁸, c'est-à-dire permettre au sujet de se réappropriier les zones de son corps en les arrachant à leur fonctionnalité somatique pour les subvertir en les érotisant.

La subversion libidinale « ne se résume pas à la construction du corps érogène, au sens limitatif et finalement anecdotique des plaisirs sensuels qu'il procure. L'enjeu est bien plutôt la construction d'un corps érogène psychique, c'est-à-dire un ensemble de représentations pouvant former un système symbolique inventeur de théories. Théories à même de donner un sens aux événements vécus par le sujet »¹⁰¹⁹. En ce sens, l'utilisation du pictogramme, que nous avons identifiée dans le premier chapitre pour rendre compte du potentiel traumatique de la pathologie somatique, pourrait déjà témoigner d'un premier mouvement de réappropriation subjective, c'est-à-dire du mouvement par lequel le sujet peut « s'approprier son corps en s'identifiant aux perceptions et affects qui en émanent, pour lesquels des mots et des pensées seront bientôt disponibles »¹⁰²⁰. Le sujet pourrait alors, après avoir fait l'expérience d'une pensée qui ne peut que reculer face à la résurgence de l'éprouvé traumatique, réintroduire son activité de pensée, c'est-à-dire son activité de symbolisation.

Cela passe par l'identification symbolique, grâce à laquelle la personne, de sujet de son corps, devient un sujet social. « Comment mieux indiquer l'avènement d'une histoire, celle d'un « je » devenu sujet, car situé dans un passé et pouvant se projeter dans un avenir. Un sujet qui d'ailleurs prend forme, au sens où il s'identifie à, et est identifié par un rôle »¹⁰²¹. Nous avons déjà abordé ces mouvements psychiques chez les participants, dans le cadre des évolutions de l'Idéal du moi, qui étaient rendues possibles grâce à l'apport de nouvelles figures, comme celles du « vieux » en général, ou de figures plus spécifiques, privées comme des membres de la famille, ou publiques, comme Churchill ou De Gaulle. « L'identification symbolique peut dès lors être aussi désignée

¹⁰¹⁷ *Ibid.*, p. 88.

¹⁰¹⁸ *Ibid.*, p. 38.

¹⁰¹⁹ *Ibid.*, p. 73.

¹⁰²⁰ *Ibid.*, p. 36.

¹⁰²¹ *Ibid.*, p. 27.

comme « introjective » et « métaphorique ». Introjective, dans la mesure où l'enrichissement de l'Idéal du moi exige précisément de nouveaux apports, de nouvelles vues sur soi grâce au regard des autres. [...] Et métaphorique, car le sujet doit pouvoir réinventer ces traits empruntés chez les autres, se les réapproprier [...] Ce n'est là rien d'autre que l'opération d'une symbolisation »¹⁰²².

3.2. Réappropriation subjective et pratiques médicales

Si ces mouvements de réappropriation du corps concernent moins les personnes que nous avons rencontrées dans le cadre de leur expérience du dépistage, nous pouvons néanmoins identifier un tel mouvement d'appropriation de l'expérience. Ainsi, à côté de la nécessité de subvertir les éprouvés somatiques se trouve celle de subvertir les pratiques médicales.

Le travail de traduction de l'expérience est ainsi repérable dans l'investissement de la figure du médecin. L'étude de la catégories « Interactions avec les médecins » rend au moins autant apparente la possibilité pour les interactions médecin-patient d'être des relations resubjectivantes, plutôt que de participant du traumatisme. Les mouvements de colère, que nous avons identifiés notamment chez Mr Soje et Mr Leje, pourraient ainsi également relever d'une tentative de réappropriation subjective. « La colère, en effet, signe l'arrivée du moi qui se rebiffe, qui est soucieux de reconquête, alors que la douleur est le plus souvent cette assillante sauvage qui n'a de cesse de paralyser le sujet dans une passivité dépersonnalisante. Avec ce nouvel affect vient s'introduire une différenciation qui [...] sera salutaire pour le travail de subversion libidinale »¹⁰²³.

« ...quand le professeur est venu faire sa tournée des popotes avec sa cour de minions, il était rentré dans ma chambre, même pas bonjour, même pas rien du tout, et en s'adressant à ses minions il a dit : "voilà un exemple parfait..." alors je ne me souviens plus le terme, mais ça voulait dire de gens qui s'en fichent, qui ne respectent pas, ce qu'on leur dit de faire au niveau médicamenteux, etcetera. Sauf qu'il y avait... alors moi j'ai explosé donc si vous voulez c'est... [...] Donc le professeur a été assez surpris, d'abord de savoir que j'existais (*rires*) [...] Oui, très en colère. Oui, parce que c'était... [...] J'avais tort, mais d'un autre côté, c'était... j'en voulais quand même au corps médical de ne pas être à l'écoute de ce que je voulais, de ce que j'avais besoin, de ce qui se passait. Éventuellement de trouver des solutions alternatives, et ce professeur venu de nulle part, enfin bon qui était le professeur du service, mais bon, qui ne me dit même pas bonjour en entrant dans ma chambre et qui...et qui...comment dirais-je ? Me traite comme si je n'étais pas là, oui, oui non. Oui, oui j'étais très très en colère. Je lui dis : "écoutez non, là il y a un truc qui ne va pas. Je sais, je n'ai pas fait d'études de médecine. Vous, grand manitou moi, pauvre petit rigolo, mais moi savoir quoi avoir, vous expliquez à moi en termes moi comprendre quoi". C'était un peu ça le dialogue, alors ça ne m'a pas plu. » (Mr Leje)

¹⁰²² *Ibid.*, p. 31.

¹⁰²³ *Ibid.*, p. 99.

Réactualisation d'un rapport à l'objet où le sujet peut s'habiller d'une « carapace caractérielle », procédé psychique permettant de se détacher de la dépendance à l'objet et d'affirmer sa capacité de maîtrise de son existence. Est bien perceptible dans ce verbatim le lien entre la colère, l'affirmation, et la satisfaction issue de l'affirmation de la subjectivité. Mr Leje, comme nous l'avons constaté chez Mr Soje, s'identifie au médecin, le scrute, l'ausculte, et fait une prescription en vue de son amélioration. Il passe une partie significative des entretiens à commenter la pratique des médecins :

« Et je pense que c'est la responsabilité du médecin de faire ces choses-là. Alors tout le monde n'est peut-être pas à même d'intégrer ces données et de les traiter, mais il faut faire cet effort-là. Et il y a encore, bon je généralise, mais il y a encore trop peu de médecins qui sont dans cette approche-là, pour que le... il y a quand même globalement une confiance qui est largement écornée envers les médecins et la médecine en général. D'abord parce qu'il y a eu des grosses erreurs, qui bien évidemment font le buzz. Bon, après, c'est à prendre et à laisser. Parce qu'il y a aussi une évolution de la médecine qui est exponentielle sur les 10, 15 dernières années. Ça s'est accéléré terriblement et qu'on ait... on n'a pas la certitude que le médecin qu'on a en face de soi est au fait des dernières réflexions, des dernières pistes ou des dernières possibilités. Et est-ce qu'il ne continue pas d'appliquer purement et simplement des choses qu'il a apprises dans le passé sans plus progresser. Et puis, il y a le doute sur la relation laboratoire-médecin, qui n'est pas neutre non plus. Donc à mon avis la seule possibilité de redonner confiance aux gens c'est de faire ces efforts-là. Alors, ce n'est pas toujours facile, et il y a le temps, il faut avoir le temps, il faut avoir la disponibilité, ben il faut la trouver », « Donc le médecin doit, sinon développer une relation particulière avec son patient, en tout cas faire l'effort d'expliquer pourquoi, comment et le futur. Voilà. C'est... il y a le cas personnel, puis il y a le cas général. Donc, voilà, il faut faire l'effort d'expliquer les deux, moyennant quoi, si cet effort est fait systématiquement, le rapport des gens envers la médecine et les médecins devrait redevenir globalement positif... » (Mr Leje)

Ce dégagement du médecin, qui s'effectue dans la colère pour Mr Leje et Mr Soje, pourrait donc également s'inscrire dans la réactualisation de l'étayage. « Nous pensons que le patient aura toujours intérêt à pouvoir s'appuyer à et contre son médecin. Nous allons même jusqu'à penser que c'est cette relation d'étayage faite d'un double mouvement – s'appuyer, pour mieux se dégager – qui pourrait définir la relation médecin-malade « suffisamment bonne » »¹⁰²⁴.

Si nous avons pointé ces exemples où Mr Leje et Mr Soje s'insurgent contre le médecin, dans la mesure où y est particulièrement apparente la nécessité de réappropriation subjective, celle-ci passe également par l'engagement dans des relations moins conflictuelles avec eux. Notons d'ailleurs que s'ils ont des mouvements de colère, ces deux patients s'appuient également sur leur médecin, et notamment lorsque celui-ci ne les prive pas de la place qu'ils veulent occuper.

¹⁰²⁴ *Ibid.*, p. 115.

« Non, non. Ah mon médecin que je vois maintenant plus régulièrement, elle est formidable. Alors elle est à (ville) alors à chaque fois ça fait une trotte, mais voilà, c'est... quand on a un bon médecin qui suit bien le truc, ça vaut la peine. En plus elle est très dynamique, j'aime bien le personnage, voilà. », « Et enfin quand j'ai fait ce stage de réadaptation et avec la participation complète du Dr (nom), j'ai enfin compris ce que je prenais comme médicaments, pourquoi je les prenais, ce qui se passait chez moi et ce que je pouvais espérer [...] Et puis des sessions avec le Dr (nom) qui explique pourquoi on prend ces médicaments, leurs effets, quel genre de molécules... et ce qu'il faut accepter, dans la mesure où il n'y a pas de retour en arrière sur ce genre de pathologies », « Bon c'est en train d'évoluer je pense, ou alors c'est parce que je suis tombé sur des équipes particulièrement compétentes. » (Mr Leje)

« Je suis très en confiance avec le Dr (nom), avec les autres aussi » (Mr Soje)

Nous avons pu constater de nombreuses occurrences où les personnes prenaient le médecin comme objet de la pulsion. Cela peut s'exprimer de différentes manières, sous le versant « haine » de la colère, mais également dans des formes plus franchement libidinalisées. Ainsi par exemple, le plaisir s'invite toujours lors des visites de Mr Node à l'hôpital, lui qui aime draguer, charmer les soignants, femmes ou hommes. La séduction est omniprésente dans tous ses rapports avec les soignants, qu'il taquine, avec qui il négocie, plaisante :

« ...je suis très complice et je suis très en phase avec les médecins qui me soignent. C'est toujours des gens sympathiques, compétents et jeunes. Et j'ai beaucoup d'échanges, moi j'adore ça », « C'est comme une clinique et c'est le Pr (nom) qui m'a envoyé. Je ne voulais pas hein ? Et puis après j'ai vu qu'il était beau garçon, j'ai dit "bon allez. Je vous obéis" », « Si le médecin est gentil, beau garçon, sympathique... alors je me dis "tiens, celui-là il faut que je l'écoute". (Rires). Si c'est un vieux machin, rabougris et tout... je suis très poli hein ? mais je l'envoie paître. (Rires). [...] C'est le rapport, c'est l'échange, c'est la nécessité... je... Je vous dis hein, au mois de juillet j'avais fait un truc pour maigrir, à (clinique) [...] ...quand ils me disaient les médecins là-bas "mais, vous êtes venu pourquoi ?", j'ai dit "parce que je trouvais le Pr (nom) très beau et très sympathique". Alors elle a marqué... (Rires). Alors quand je l'ai revu, il m'a dit le professeur "c'est vrai que vous me trouvez très beau ?" J'ai dit "ah ben oui, vous êtes un beau mec, merde". (Rires) Alors bon, ça met en contact. (Rires) » (Mr Node)

Cette érotisation des relations est également trouvée, de manière cette fois inconsciente, dans les rapports que Mme Ouna entretient avec les médecins :

« Alors qu'il y en a d'autres qui seraient au téléphone, en train de... "Bon alors les résultats ?" C'est ce côté si vous voulez, un peu, je me dis, bon on ne s'amuse pas à demander aux gens de faire des examens pour après s'en désintéresser. Je pense que Mr (nom) c'est un monsieur sérieux. Ah ça y est j'ai retrouvé (prénom), je cherchais, qui était rhumatologue ici. C'est comme ça que j'ai commencé à venir ici. J'ai commencé à venir ici parce que c'est un cousin, un vague cousin, bon qui travaillait là, donc c'est comme ça que je suis... que la première fois je suis venue ici et après de fil en aiguille, je revenais directement ici. Bon maintenant je continue à le voir, je ne sais pas si je vais

le voir longtemps parce que lui aussi, j'ai eu beau le connaître pratiquement en culottes courtes, mais il commence à prendre de l'âge. Enfin jeune mariée donc... c'est toujours lui, d'ailleurs c'est lui qui m'avait conseillé de... parce que je crois qu'il est encore consultant en rhumato., traumato et tout ça. Donc tous les examens qu'il m'avait fait faire, au départ il...au moment des consultations il venait avec mes examens, il voyait avec le Dr (nom), je crois qui s'occupait de ça. Donc après j'ai fait pouf, pouf, pouf, voilà. J'ai très peu fait d'infidélités à l'hôpital (*rires*) » (Mme Ouna)

Sont perceptibles ici les représentations de la fidélité/infidélité, l'idée dérangeante que le médecin pourrait se désintéresser d'elle, ou encore la référence au mariage. Il nous semble que c'est cet investissement libidinalisé de certains médecins qui la pousse d'ailleurs à oublier momentanément les raisons de sa venue, raisons qui apparaissent donc quelques temps après, après que la censure a eu le temps de masquer les motivations inconscientes de Mme Ouna.

« Et puis je ne sais pas, j'aime bien cet hôpital. Je ne sais pas pourquoi, la première fois que j'ai dû y aller. Je ne me rappelle plus pourquoi. Parce que, bon ce n'est pas par hasard que je suis venue, parce que je n'ai jamais habité à côté, parce que j'habitais à (ville) ce n'est pas la porte à côté, maintenant à (ville) ce n'est pas mieux non plus (*rires*). » (Mme Ouna)

Dans un rapport assez hystérisé à ses médecins, Mme Ouna se soumet volontiers à leur autorité. Elle ne questionne jamais les prescriptions médicales,

« Oh, je lui ai dit : "Bon, je n'ai jamais fait ça de ma vie" [un bilan] donc la première fois que j'ai passé un bilan c'est ici d'ailleurs et c'est lui qui me l'avait fait passer et comme je n'avais rien...alors des fois je dis : "Je ne suis pas intéressante" (*rires*) » (Mme Ouna)

« "Oh ben ça, je ne vais pas le prendre parce qu'il m'a dit ça, mais je ne suis pas sûr qu'il a bien diagnostiqué" ça me tapait sur le système, je dis : "Mais pourquoi vous allez le voir si vous n'êtes pas sûr ?" Moi j'ai toujours pris bêtement les médicaments qu'on me donnait. En tant que pharmacien j'aurais pu me méfier. Non, je disais s'il me le donne c'est que je dois en avoir besoin suivant les résultats de mes examens, les analyses...peut-être je suis trop confiante je ne sais pas. Enfin, jusqu'à maintenant je pense que j'ai eu raison quoi. J'ai plutôt trouvé du confort que... » (Mme Ouna)

Ce rapport de soumission à l'autorité médicale est également retrouvé chez Mr Paut. Celui-ci ne remet jamais en question les prescriptions, il s'en remet à son médecin pour les décisions importantes. Il nous semble que cela s'inscrit dans un complexe paternel relevant d'une idéalisation assez prononcée, comme nous pouvons le voir dans ces verbatims qui mettent en avant différentes figures d'autorité : le pilote, le juge, le professeur, qui viennent se condenser avec celle du médecin.

« Donc j'attends le verdict du Dr (nom). », « Ah non, je...enfin je veux dire si c'est bouché, *a priori* il faut déboucher donc, c'est le médecin qui me dira quelle est son orientation. Si ce n'est pas gravement obstrué, il aura une autre formule, je ne peux pas parler à sa place. [...] Non, non non. Moi, non non. Moi je m'en remets à lui et puis

m'adapterai à son diagnostic. », « Donc moi je suis un peu comme quand je monte dans un avion, je me remets un peu au pilote si vous voulez, parce que je ne peux pas beaucoup intervenir. », « Et, il n'y a pas de rééducation particulière, enfin pour lui en plus c'est très bénin ce genre de trucs, donc il ne va pas passer deux heures à m'expliquer des choses qui pour lui sont simples, si vous voulez. » (Mr Paut)

« Toute hospitalisation [...] plonge les patients dans un véritable état de régression, trop souvent sous-estimé, parfois même méconnu par les acteurs du monde médical. [...] Un état de régression qui, à l'hôpital, ne peut pas être contenu par les partenaires privilégiés du patient (conjoint, parents, amis, tous nécessairement tenus à distance), et qui place virtuellement les soignants en position parentale. C'est-à-dire en situation d'engager, avec les soins donnés, une relation qui réédite le corps à corps primordial entre une mère et son bébé. Mais peut-être aussi le corps à corps primordial entre un père et son bébé »¹⁰²⁵. Ces dimensions sont également bien identifiables dans le rapport à son médecin de Mr Deht. La profonde confiance qu'il a dans son médecin, qui connaît bien son corps, est retrouvée chez lui. Il s'enorgueillit des progrès physiques réalisés et de la satisfaction que cela procure à son médecin.

« Donc, moyennant quoi je dis, à partir de là...je m'y... il me connaissait bien, il connaissait mes antécédents », « « J'ai un très bon contact avec le Dr (nom), je le connais depuis plus de 15 ans. C'est un homme que j'aime bien et qui est sérieux », « Voilà, je pense que s'il y avait eu quelque chose de négatif, d'alarmant, entre guillemets, le Dr (nom) m'en aurait parlé. Ça, ça ne fait pas le moindre doute », « Le seul fait que le Dr (nom) m'ait proposé cette expérience », « Le Dr (nom) me dirait d'arrêter, ben j'arrêtera », « je n'ai pas envie d'arrêter, mais si le Dr (nom) me disait, non ben maintenant là il faut arrêter. Je n'aurais pas trop trop de mal, je pense aujourd'hui », « Et puis je fais une entière confiance au Dr (nom), venant de sa part, c'était tout à fait incitatif », « Le Dr (nom) était assez content dans la mesure où j'ai...il y avait des meilleurs résultats qu'il y a 3 ans » (Mr Deht)

Le médecin est ici rassurant, étayant, protecteur, digne de confiance. Une idéalisation par trop marquée peut cependant se montrer aliénante pour le sujet, s'il se perd dans cette relation à l'autre plutôt que de s'y retrouver. Il nous semble que cela pourrait être le cas pour Mr Paut. En revanche, la situation semble différente pour Mr Deht. Bien qu'il investisse son médecin de qualités géniales, est également identifiable l'appui sur d'autres figures identificatoires, qui viennent ici occuper le rôle de tiers dans cette relation médecin-patient.

« [Son père] avait des problèmes d'artérites, qu'il avait soignés par la médecine de grand-mère. [...] Il y a une médecine qui est fantastique, vous prenez des orties, vous êtes à la campagne ce n'est pas ce qui manque, vous vous flagellez légèrement les mollets, ça active la circulation sanguine. Et avec cette ortie vous faites deux bols de tisane, vous en prenez un après le déjeuner, vous laissez macérer l'autre puis vouuuhaaa, c'est plein de fer, et que vous prenez le soir avant de vous coucher. Ben vous me croirez si vous

¹⁰²⁵ *Ibid.*, p. 157.

voulez, mais au bout de 15 jours papa allait à sa boîte aux lettres et au bout de 6 mois papa faisait ses 500 mètres, au bout d'un an il faisait son kilomètre. [...] Je me traite moi-même aux orties. Extraits d'orties quand je peux en ramasser des fraîches c'est encore meilleur, c'est plus efficace. Mais tout ce qui est plantes pour jambes lourdes, problèmes de circulation sanguine et autre, je suis preneur entre guillemets. » (Mr Deht)

Le recours aux médecines parallèles (catégorie « Autres comportements liés à la santé »), et d'autant plus ici pour Mr Deht dans la mesure où il permet une identification paternelle dans les soins aux corps, peut relever du dégagement des pratiques uniquement médicales dans le rapport aux soins du corps. « La question n'est pas, ici, de discuter de leur validité, mais plus simplement de constater que ces nouvelles formes laïques de transcendance peuvent aussi avoir cette fonction, essentielle, d'instaurer un espace tiercéisé où les pouvoirs sont redistribués »¹⁰²⁶.

La pluralité des modes d'investissement des soignants par les participants rend compte du travail de liaison qui peut s'effectuer entre des expériences mêlant le corps dans sa dimension vitale et fonctionnelle, et des vécus infantiles permettant une subversion de l'expérience. Il s'agit de pouvoir faire appel à des représentations qui permettent au sujet de se « raconter des histoires »¹⁰²⁷. Ce « roman de la maladie » dont parle Schwering n'est pas sans rappeler le « texte de la maladie » développé par Jean-Louis Pedinielli¹⁰²⁸. Pedinielli insiste sur la fonction psychique de la « mise en sens de la maladie, de production de « constructions » de l'évènement représenté par la maladie »¹⁰²⁹. Il ne s'agit alors pas d'une conception du travail de la maladie comme quelque chose qui serait uniquement réactionnel à un évènement. Il consisterait plutôt en le produit d'une rencontre entre une histoire individuelle et une maladie, qui prend en compte aussi bien l'histoire du malade, les caractéristiques de l'évènement vécu, que les mécanismes mis en œuvre pour élaborer cette expérience. « Une étude du discours sur la maladie [...] risque fort de conférer aux manifestations psychologiques repérées le statut implicite de « réactions ». Dans cette perspective les malades risquent d'apparaître comme « supports » et non comme acteurs et comme auteurs. Or la perspective psychanalytique sur laquelle nous nous appuyons repose sur une autre problématique puisqu'elle se centre sur l'individualité ainsi que sur la persistance et la répétition de l'antérieur dans le nouveau »¹⁰³⁰.

Parat, dans un contexte bien différent puisqu'il s'agit alors d'analyser l'expérience de personnes vivant des bouleversements relationnels – ruptures, nouvelles rencontres, etc. – met néanmoins l'accent sur un processus similaire. Elle y remarque alors la propension des personnes qui ont depuis longtemps traversé la situation œdipienne, à régresser à cette dynamique œdipienne lors de situations nouvelles. Elle note : « toute difficulté exogène ou endogène amène la réapparition temporaire du conflit œdipien », « toute situation nouvelle et en particulier tout remaniement relationnel à l'aide d'objets nouveaux entraîne une reviviscence, une nouvelle

¹⁰²⁶ *Ibid.*, p. 118.

¹⁰²⁷ *Ibid.*

¹⁰²⁸ J.-L. Pedinielli, *Le « travail de la maladie » chez les insuffisants respiratoires chroniques*, op. cit.

¹⁰²⁹ *Ibid.*, p. 143.

¹⁰³⁰ *Ibid.*, p. 142.

traversée du conflit œdipien »¹⁰³¹. Cela serait dû à l'importance particulière du conflit œdipien dans la psyché. L'intensité du traumatisme, de la frustration objectale, de la déception narcissique, constituerait un point d'appel pour des retours en arrière. Mais il s'agirait également, d'un « point de départ pour de nouvelles avancées »¹⁰³². Le retour peut alors être compris comme une tentative pour le sujet, face à une situation inconnue, de mobiliser une expérience passée avec laquelle est perçue une analogie, non seulement d'une manière réflexe, mais dans le but de mobiliser les solutions qui ont été alors trouvées. La « ré-œdipification d'une situation actuelle et relativement nouvelle »¹⁰³³, permettrait que « se refasse le chemin déjà parcouru »¹⁰³⁴. Si la traversée de l'Œdipe a été pour le sujet un moment particulièrement traumatique, il a également été l'occasion, par nécessité, du développement ou de la consolidation de solutions psychiques multiples – nous l'avons vu dans les chapitres 7 et 8 – pour gérer le conflit et limiter le traumatisme. Il nous semble que c'est également le cas lors de situations n'impliquant pas directement les relations objectales. Comme le note Verdon, « la pratique clinique auprès d'adultes qui vieillissent permet de dégager combien le conflit œdipien peut demeurer d'une grande vivacité, combien l'expérience d'un corps qui défaille n'est pas sans faire écho à des expériences infantiles où l'impuissance, la passivité et la vulnérabilité jouent un rôle majeur, combien le sexuel et le mortifère peuvent continuer d'articuler leurs fils respectifs en ces temps où le corps aspire et peine à mobiliser ses armes conquérantes pour séduire et évincer »¹⁰³⁵.

La capacité à remobiliser l'appareil psychique, à « œdipifier », à libidinalement subvertir, à se construire un roman de la maladie, est au cœur de notre interprétation du vécu psychique des personnes vivant l'évènement « dépistage ».

4. Dépistage – signal d'angoisse et mobilisation défensive

Nous pouvons donc voir, dans les réactions précédemment citées, la manière dont certains participants subvertissent leur expérience du dépistage en y appliquant des buts pulsionnels personnels. Ainsi par exemple, comme monnaie d'échange dans le commerce avec le médecin, ou encore comme participant de la tentative de sevrage tabagique.

Mais nous devons aussi nous rappeler que le dépistage est un évènement qui déstabilise le sujet d'une manière particulière. Nous avons posé dans la seconde partie l'hypothèse qu'au dépistage était attribué par le sujet un caractère de danger, par analogie à des situations antérieurement vécues. Nous avons en effet remarqué, lors de l'analyse des entretiens, que la réponse des participants à la question d'amorce (à nouveau, les catégories « Accepter le dépistage » et « Réactions et émotionnel ») faisait écho à des mécanismes psychiques mobilisés

¹⁰³¹ C. Parat, *L'organisation œdipienne du stade génital*, *op. cit.*, p. 59.

¹⁰³² *Ibid.*

¹⁰³³ *Ibid.*, p. 44.

¹⁰³⁴ *Ibid.*, p. 45.

¹⁰³⁵ B. Verdon, *Le vieillissement psychique*, *op. cit.* Empl. 974.

par ailleurs par eux. Par ailleurs, c'est-à-dire surtout lorsqu'étaient abordées les questions de la mort et de la fragilisation corporelle. C'est cela qui nous a d'abord menée sur la piste des mesures de préservation, nous permettant de faire le lien entre des réactions tout à fait différentes, chez les personnes, du fait de la grande variabilité des mesures créées et mobilisées.

Citons par exemple la réaction de Mr Liam :

« Chercheuse : Alors, est-ce que vous pourriez me raconter un petit peu, voilà, on vous a proposé l'étude aujourd'hui ? Mr Liam : Ouais. Ben en début d'après-midi, j'ai eu ça. Chercheuse : Et comment vous avez vécu la proposition ? Mr Liam : Ben moi je sais que pour vous c'est intéressant, pour vous, mon cas. Parce que mon cas, je m'en fous. Donc moi, ça fait des années que j'attends qu'on m'apprenne que j'ai un cancer puisque ça pullule avec ça. J'habite à côté de (hôpital) et dans mon environnement je ne vois que ça. Tous les mois j'apprends un mort deux morts : de quoi ? cancer, cancer. Quand j'étais jeune à (ville) ben le cancer c'était un truc venu d'ailleurs quoi. Et j'ai assez de jugeote quand même et de culture, pour savoir que depuis qu'on a touché cette putain de bombe atomique on a pourri le monde, et le monde est pourri maintenant, et ça va aller en amplifiant, je ne me fais pas d'illusions, non. » (Mr Liam)

Or, de nombreux autres éléments d'analyse nous ont menée à la conclusion que Mr Liam se défendait de la mort à la manière de certains adolescents, qui, n'ayant pas encore réussi à inhiber par un déni efficace le mortifère, s'engageaient dans des conduites ordaliques pour mettre à l'épreuve cette mort encore par trop présente et perturbante. Est perceptible ici, dans la réponse spontanée de Mr Liam à la question d'amorce, la présence écrasante du cancer dans sa psyché, la conviction consciente de n'en avoir rien à faire, qui correspond plutôt à une attitude inconsciente de provocation vis-à-vis d'elle. Nous percevons aussi le pouvoir renarcissant de la transmission et de l'intellectualisation, Mr Liam se prêtant avec un grand plaisir au jeu de la recherche.

Sont en revanche retrouvés chez Mr Leje et Mme Brin, des procédés de mise à distance, dans un contexte conscient où est reconnu le risque de cancer. Ces deux verbatims constituent leur réponse directe à la question d'amorce :

« D'abord, ça va, j'y ai réfléchi plutôt superficiellement et encore. Mais non, je n'ai pas d'angoisse particulière parce qu'on trouve quelque chose ou qu'on ne trouve rien de toute façon j'ai des problèmes plus immédiats à gérer et je n'ai pas pour habitude de m'affoler avant de savoir. Donc non, je suis tout à fait serein par rapport à ça » (Mr Leje)

« Ben écoutez j'ai été assez étonnée en effet, de toutes les précautions qui ont été prises, je dirais pour me faire prendre conscience du fait qu'en effet il y a une maladie qui pourrait... qui est le cancer, donc bien évidemment ça fait toujours... dont la perspective bien sûr, est très pénalisante hein. Donc, en effet, et j'en étais même... vous voyez j'ai été surprise, enfin je... pour moi, enfin, en effet il y a cette perspective, mais je... je ne sais pas, peut-être parce que j'ai une certaine confiance en moi... [...] Ça ne m'angoisse pas du tout. Enfin, je ne crois pas, dans tous les cas que ça m'angoisse. Donc c'est pour ça que j'ai été étonnée. Mais après, en effet, je me suis dit, en effet ces précautions elles sont liées au fait que la maladie peut être annoncée quoi. Voilà. » (Mme Brin)

Si Mr Leje et Mme Brin disent bien ne pas s'angoisser, ils font spontanément mention de cet affect, ce qui nous amène à postuler la présence d'une négation, dans le sens où l'idée d'une angoisse potentielle n'a pas été induite par nous. S'ils n'angoissent pas, c'est peut-être justement du fait de mobilisation de mesures défensives efficaces, qui permettent que la perception du danger ne se limite qu'à un signal d'angoisse. Sera bien perceptible chez Mme Brin, et toujours sous forme de négation, sa tentation d'arrêter sa participation à l'étude :

« Parce que, mais je me dis que si...si on fait ça c'est qu'il y a de nombreuses personnes qui, en effet, ont peut-être refusé de participer à cette étude...Je n'en sais rien. Je ne sais pas », « Mais je me dis que ça peut peut-être perturber d'autres personnes qui, de ce point...donc qui à partir de là, refusent peut-être de participer à l'étude » (Mme Brin)

Nous pouvons également citer la réaction de Mr Node :

« Chercheuse : Donc vous avez accepté aujourd'hui de rejoindre l'étude *Detector* de dépistage des cancers liés au tabac. Est-ce que vous pourriez, tout simplement, me parler de votre réaction à la proposition de rejoindre cette étude ? Et depuis, comment vous vivez la possibilité qu'une maladie soit détectée par ce biais ? Mr Node : Oh, déjà c'est formidable. Bien sûr. Deuxièmement, j'ai vu mon père partir de ça, du tabac...du cancer du poumon, ça a duré 6-7 mois, et il avait fumé pendant...comme moi, pendant 30 ou 40 ans, ou 50 ans. Il avait 74 ans. Mais c'est très très personnel, puisque c'est pour... pas faire plaisir, mais... Pour (prénom) qui...le Dr (nom) qui m'en a parlé. Donc je...je ne lis même pas les papiers. Si c'est elle qui me le propose [...] ...disons que je n'ai pas cherché à comprendre, je trouve que c'est bien de participer à tout ça, si on peut faire progresser, je suis ravi. » (Mr Node)

Sont réparables ici des mesures défensives souvent employées par Mr Node lorsqu'est évoquée la possibilité de la mort ou de détérioration du corps. Mr Node contre-investit : il trouve cela « formidable », et ramène le sujet sur les rapports positifs – et notamment, de confiance – qu'il entretient avec le médecin. Si l'enjeu personnel et perturbateur est bien perceptible, entrant dans le fil associatif par le biais de la mort du père, Mr Node s'en défend également en mettant à distance son implication personnelle : s'il participe, c'est pour rendre service.

Notons également cette réaction de Mme Daso :

« Chercheuse : Donc vous avez accepté, il y a quelque temps, ou ce matin de rejoindre *Detector*, qui est l'étude de dépistage des cancers liés au tabac. Est-ce que vous pourriez me parler de votre réaction à la proposition par le médecin de rejoindre cette étude ? Et, depuis, comment vous vivez le fait qu'une maladie puisse être détectée par ce biais. Mme Daso : Alors, j'ai rejoint ce programme parce que, justement ça m'a été proposé lors d'une hospitalisation parce que j'ai eu des tas de soucis vasculaires, une nécrose de l'orteil, enfin voilà. J'ai plus de 50 ans, je fume énormément, je suis ce qu'on appelle vraiment un gros fumeur. Suite à ça, le but c'est d'arrêter absolument de fumer, c'est 0 cigarette. Ce n'est pas freiner, c'est arrêter. Donc ça tombait très bien, voilà ce programme tombait à pic, d'une part ça me permettait d'aider la science et d'être aux premières loges pour détecter quoi que ce soit, si j'avais la malchance d'avoir quelque chose dans les poumons. Comment j'ai pris cette étude ? Je trouve ça absolument génial qu'on puisse éventuellement détecter un cancer du

poumon via une prise de sang. Parce que c'est ce qui m'a été expliqué hein. Donc voilà, c'est un grand progrès. Si ça fait avancer la science et que je puisse en profiter, ben c'est parfait quoi. [...] Oui, c'est que je dois arrêter de fumer puisque je ne suis pas à 0 encore, je suis à 4 – 5 cigarettes par jour, mais j'arrive de loin. [...] Ça [le dépistage] me motive, ça me...me met encore plus dedans. Parce que pour moi c'est comme une dynamique oui, pour arrêter de fumer, parce que je prends ça très au sérieux quoi donc...Parce que quand on arrête de fumer seul dans son coin, c'est déjà très compliqué. Donc étant dans le cadre d'une étude où je ne sais pas comment ça va se passer puisque c'est le premier jour aujourd'hui. Voilà, est-ce qu'on va me donner les résultats de mon scanner, justement thoracique, et que je vais voir que c'est "ou la la la", et que ça va encore plus me concerner ? Donc c'est une aide, psychologique pour arrêter oui. Ça me met plus, ça me met plus dans cette dynamique d'arrêter quoi, voilà. » (Mme Daso)

Mme Daso dans tout l'entretien, laisse entrevoir une internalisation quasiment parfaite de *l'homo medicus*. Elle a un discours tout à fait rationnel qu'elle organise de manière presque aussi carrée qu'une dissertation lorsqu'elle déploie les raisons de sa participation. Elle se définit comme une personne « à risque » en identifiant ses différentes caractéristiques agissant comme facteur de risque : les troubles vasculaires, l'âge, le tabagisme. Elle a internalisé la nécessité d'arrêter de fumer. L'enjeu de rapprochement du moi avec l'idéal en arrêtant de fumer est perceptible dans sa volonté d'arrêter uniquement grâce au mérite, sans l'aide de substituts. Elle valide la culture scientifique dominante en voulant « aider la science ». Le but perçu du dépistage est en miroir parfait avec le but médical et rationnel : elle pourra anticiper un cancer éventuel et s'en débarrasser grâce à l'efficacité de la médecine, qu'elle ne remet pas du tout en doute. Mme Daso, comme Mr Chez, surinvestissent l'activité comme moyen d'échapper à la mort, en adoptant des comportements sains, en se faisant suivre par les équipes médicales, etc.

« J'y pensais dans le cadre de votre enquête justement, de votre étude et je me disais "mais pourquoi tu fais ça, en fait ? " Parce que, en fait, quand on a quelque chose de grave comme un cancer, etcetera, soit les gens baissent les bras et ils sont complètement...soit on a envie de se battre et de se dire "une semaine de gagnée", "un mois de gagné", c'est toujours ça de gagné. Moi je pense à mes enfants en particulier, c'est toujours ça de gagné avec eux. C'est toujours ça de gagné sur la vie quoi, donc... C'est...voilà, c'est ma philosophie. » (Mme Daso)

Mme Daso se saisit des représentations véhiculées par la société pour contrer l'angoisse qui anticipe sur la possibilité de maladie et de mort. Or, elle n'est pas un *homo medicus*, et ne parvient pas à arrêter de fumer malgré sa grande envie et ses nombreuses tentatives. Il nous semble que derrière son discours rationnel reste perceptible une angoisse persistante. Nous pourrions appliquer ici à la médecine scientifique un risque que Freud identifiait concernant la religion. Il dit alors que « la religion porte préjudice à ce jeu du choix et de l'adaptation, du fait qu'elle impose à tous de la même façon sa propre voie pour l'acquisition du bonheur et la protection contre la

souffrance »¹⁰³⁶. Nous avons émis l'hypothèse que le progrès psychique ayant permis le passage du système religieux au système scientifique reposait sur la possibilité de remettre en question les modèles. Il nous semble qu'une adhésion dogmatique à la médecine peut empêcher le sujet d'efficacement se protéger contre la perspective du retour de l'effroi, si elle ne laisse pas de place à la création de mesures individuelles de préservation. Comme le précise Freud, « le bonheur, dans l'acception modérée où il est reconnu comme possible, est un problème d'économie libidinale individuelle. Il n'y a pas de conseils qui vaille pour tous ; chacun doit essayer de lui-même de quelle façon particulière il peut [le] trouver »¹⁰³⁷.

L'adhésion au dépistage est à penser au prisme des mesures de préservation choisies par les personnes. A l'opposé de ces réactions de Mme Daso et de Mr Chez, sont également repérables de nombreuses négations, des minimisations de l'impact émotionnel des procédures voire des résultats du test. La propension importante de certaines personnes à accepter sans même se poser la question, en insistant sur le fait qu'ils n'ont même pas regardé les papiers, qu'ils n'y ont absolument pas réfléchi, peut également être comprise comme une tentative d'évitement des affects d'angoisse mobilisés en anticipation du retour de l'effroi. Sont aussi identifiés de nombreux contre-investissements, les participants appuyant sur la chance qu'ils ont de pouvoir participer à de telles procédures, etc. Si les réponses des participants sont toujours rationnelles, voire tout à fait raisonnables, l'utilisation répétée de certains procédés, pas uniquement dans la réponse à la question d'amorce, mais dans l'ensemble de l'entretien, nous ont menée vers l'hypothèse de mobilisation de mesures de préservation suite à l'émergence d'une angoisse de mort. Le but étant bien la protection du moi qui se soustrait par-là à une situation de danger.

5. La dimension subversive du rapport à la mort

Freud attribue ainsi au moi le pouvoir de déclencher de l'angoisse, afin d'entraîner la mobilisation de mesures psychiques en anticipation du potentiel moment traumatique.

Mais il note également que si l'affect d'angoisse, lors de la naissance, était approprié à une fin « cette appropriation à une fin disparaît naturellement lors de la reproduction ultérieure de l'état d'angoisse comme affect. [...] Ainsi, quand l'individu tombe dans une situation de danger nouvelle, il peut devenir facilement inapproprié qu'il réponde par l'état d'angoisse, réaction à un danger antérieur, au lieu de s'engager dans la réaction adéquate au danger actuel. Mais cette appropriation à une fin réapparaît si la situation de danger est reconnue comme s'approchant et est signalée par l'éruption d'angoisse. L'angoisse peut alors être aussitôt relayée par des mesures convenant mieux »¹⁰³⁸. L'utilisation de mesures de préservation serait donc le moyen que trouve le moi pour mettre à distance le danger. Elles correspondent tantôt à des tentatives de fuite – le

¹⁰³⁶ S. Freud, « Le malaise dans la culture », art cit, p. 272.

¹⁰³⁷ *Ibid.*, p. 270.

¹⁰³⁸ S. Freud, « Inhibition, symptôme et angoisse », art cit, p. 250.

moi se soustrayant à la situation de danger – tantôt à des mesures plus énergiques, l’analogie établie par Freud avec un danger réel étant celle où l’homme face au lion fonce sur lui avec son gourdin. Mais se pose en effet bien la question : quel type de danger est ressenti par le moi, et quel type de défense peut être appropriée face à ce danger ?

Le dépistage nous place bien dans une situation où le danger est indirect, l’angoisse n’est pas le résultat d’un trauma direct comme cela peut être le cas lors de symptômes somatiques aigus. L’association du déplaisir et du danger à la mort et à la perspective de fragilisation corporelle, nous l’avons vu, se construit avec le temps et ramène toujours à des expériences déjà connues. « Lorsqu’on prend un « savoir » de l’à venir dans un savoir du passé dont on dispose à son insu : on anticipe. Mais ce qui est anticipé est nécessairement identique à ce qui est déjà connu, parce que déjà vécu »¹⁰³⁹. Le lien entre l’angoisse de mort et les différents types d’angoisse qui la précèdent, mais également ce qui la différencie d’elles, est d’importance quant aux possibilités de vivre avec l’idée de la mort.

Trois facteurs sont à prendre en compte selon Freud, en ce qui concerne l’évolution des situations auxquelles est attribué un facteur de danger lors du développement.

D’une part, un facteur biologique : « l’état de désaide et de dépendance longuement prolongé du petit enfant d’homme »¹⁰⁴⁰. D’autre part, un facteur phylogénétique : « la vie sexuelle de l’être humain ne poursuit pas son développement de manière continue depuis le début jusqu’à la maturation [...] mais [...] connaît, après une première floraison précoce jusqu’à la cinquième année, une interruption énergétique, pour reprendre de nouveau avec la puberté »¹⁰⁴¹. D’autre part, un facteur psychologique : la différenciation de notre appareil animique en un ça et un surmoi qui « remonte aussi en dernier lieu à l’influence du monde extérieur »¹⁰⁴². De ce fait, sont connues par le petit d’homme différentes situations de danger réel, et surtout, ce qui nous intéresse ici, différents moyens pour s’en protéger.

Le petit d’homme ne peut se défendre du premier danger devant la force du ça, lié à son incapacité à satisfaire ses besoins, que grâce à l’intervention de l’autre qui assure une fonction pare-excitante. Par son intervention, cet autre proche participe au développement de l’appareil psychique et à l’instauration des premières défenses et compensations face au sentiment primaire d’impuissance. Grâce à la projection sur l’enfant de leur idéal par les parents, peut se développer un premier sentiment réactionnaire d’omnipotence : c’est l’émergence du narcissisme.

Puis, du fait de cette dépendance à l’autre, le danger devient un danger de perte d’amour, qui impliquerait l’abandon par l’objet, et du fait du développement en deux temps de la sexualité, le danger devient ensuite de castration. Seront à partir de là développées d’autres mesures de préservation pour mettre à l’écart le danger.

¹⁰³⁹ A. Triandafillidis, « Stratégies d’immortalité », art cit, p. 451.

¹⁰⁴⁰ S. Freud, « Inhibition, symptôme et angoisse », art cit, p. 269.

¹⁰⁴¹ *Ibid.*, p. 270.

¹⁰⁴² *Ibid.*

L'angoisse de perte d'objet et l'angoisse de castration sont des angoisses devant la pulsion. Si toutes deux renvoient à un danger réel par abandon de la personne aimée ou par castration, « la personne aimée ne nous retirerait pas son amour, la menace de castration ne serait pas proférée contre nous, si nous ne nourrissions pas des sentiments et des intentions déterminées en notre for intérieur. Ainsi, ces motions pulsionnelles deviennent des conditions du danger externe et par-là même dangereuses ; nous pouvons maintenant combattre le danger externe par des mesures prises contre des dangers internes »¹⁰⁴³. Ces mesures, nous les avons largement développées dans les parties précédentes. Elles impliquent des mouvements des destins des pulsions – formation réactionnelle, sublimation, refoulement, etc. – et la partition de la psyché en instance – formation du surmoi, de l'Idéal du moi.

La mort et la fragilité corporelles peuvent devenir les situations qui ont le plus gros potentiel d'urgence d'un moment traumatique pour le sujet, après la disqualification ou le dépassement des précédents dangers. Cette disqualification a lieu lorsque le sujet trouve des solutions pour survivre au danger, par l'expérience, par modification autoplastique et maturation du moi. Il est d'autant plus probable que la maladie et la mort peuvent devenir les principaux dangers si le sujet fait l'expérience de situations traumatiques dans le cadre de pathologies somatiques. « Quel est le noyau, la signification de la situation de danger ? Manifestement l'estimation de notre force comparée à la grandeur de celui-ci, l'aveu de notre désaide face à lui [...] Notre jugement est guidé en cela par des expériences effectivement faites »¹⁰⁴⁴.

Une différence importante entre le danger de la mort, et le danger de la castration ou celui de la perte d'amour, est qu'il n'est pas conditionné au déploiement de pulsions spécifiques, qu'elles soient agressives ou libidinales. Quoi que fasse le sujet, peu importe la manière dont il mène sa vie, il finira inévitablement par mourir, ce dont il devient conscient avec le temps. Une fois la mort constituée comme danger, rien ne peut permettre d'y échapper, elle constitue inévitablement l'avenir du sujet. Bien qu'elle soit liée à l'évolution de l'intrication pulsionnelle propre au sujet, aucune action défensive, aucune modification endo-psychique qui pourrait être commanditée par le moi, ne pourrait réellement et effectivement écarter cette menace.

Or en l'absence de possibilités de traitement psychique, le sujet serait constamment soumis, du fait du savoir sur sa mort, à la résurgence de l'affect d'angoisse par analogie aux expériences précoces associées à l'idée de la mort, c'est-à-dire à cet affect d'effroi dont parle Freud dans « L'avenir d'une illusion », face aux forces de la nature.

Notre hypothèse est que nous ne pouvons nous défendre de l'effroi auquel nous ramène l'idée de la mort et ne pas être sujet à l'effroi devant les forces de la nature, que parce nous pouvons subvertir notre rapport à la mort. Si l'angoisse de mort se construit par analogie avec l'angoisse de castration, c'est cette même analogie qui permet que soit réactualisée non seulement l'affect d'angoisse, mais également les solutions mobilisées alors par le sujet pour y faire face. Il

¹⁰⁴³ *Ibid.*, p. 260.

¹⁰⁴⁴ *Ibid.*, p. 280.

devient alors possible, par subversion, de traiter un danger inévitable, comme s'il était évitable, par des modification endo-psychiques.

C'est exactement ce mouvement que nous pensons retrouver à l'œuvre chez Mr Chez lorsqu'il rencontre à 33 ans le mortifère, par associativité à l'âge du Christ. En effet, l'attitude de Mr Chez vis-à-vis de la mort, permettant que coexistent, sans se rencontrer, sentiment d'omnipotence et phobies des accidents et de la maladie, nous rappelle l'attitude du petit garçon décrit par Freud dans son article sur le clivage du moi dans le processus de défense. Lors de l'Œdipe, nous dit Freud, l'enfant se trouve face à un dilemme : soit, sous peine de danger réel insupportable, il dénie la réalité et reste attaché à la satisfaction, soit, mais cette solution n'est pas moins déchirante, il se plie au danger et y renonce. « Or l'enfant ne fait ni l'un ni l'autre, ou bien plutôt il fait simultanément l'un et l'autre, ce qui revient au même. Il répond au conflit par deux réactions opposées, toutes deux valables et efficaces. D'une part à l'aide de mécanismes déterminés il écarte la réalité et ne se laisse rien interdire, d'autre part dans un même souffle il reconnaît le danger de la réalité, assume l'angoisse devant elle sous forme de symptôme de souffrance et cherche ultérieurement à s'en défendre »¹⁰⁴⁵. Satisfaction et réalité sont toutes deux respectées, mais au prix d'une déchirure dans le moi. Le sujet conserve et abandonne dans un mouvement simultané, les deux réactions au conflit persistent par clivage du moi. Le petit garçon de l'exemple de Freud développe, « en pleine contradiction avec son apparence de courage et d'insouciance »¹⁰⁴⁶, une phobie et une sensibilité accrue à tout contact exercé sur ses orteils.

Une manière similaire, duelle, de traiter la menace, s'exprime chez Mr Chez par une conscience accrue des possibilités d'avoir un cancer, couplée à l'impossibilité d'entendre la menace, qui rentre par une oreille et sort par l'autre.

« Ce n'est pas déclenché par cette proposition, c'est quelque chose qu'on a toujours un petit peu en tête. Comme "ah le tabac ce n'est pas bon, mais ça donne aussi des maladies cardio-vasculaires" et puis on s'en fout, voilà. On continue à fumer. Jusqu'au moment où il y a un truc...où on vous donne une vraie leçon quoi. Et sinon, bien sûr, tout le monde sait ceci, tout le monde sait cela. Et puis on ne le fait pas quoi. » (Mr Chez)

L'utilisation du déni par Mr Chez, dans son rapport à la fragilité corporelle, nous mène à faire l'hypothèse qu'à l'époque de son Œdipe, il a géré le conflit œdipien sur un mode très analogue à celui de l'exemple de Freud, dans son article sur le clivage du moi. Puis à 33 ans, Mr Chez rencontre la mort par l'association symbolique à l'âge du Christ. A la manière que nous avons décrite dans la partie précédente, Mr Chez devient fugitivement cet autre touché par la mort.

« ...je me souviens très bien d'une angoisse assez forte, comme ça. En fait, je pense que depuis un bon, bon moment, mais depuis l'âge de...avoir...ouais 32, 33 ans. C'est une référence culturelle, 33 ans. Non. Non, non, mais...ouais, à peu près à...chargé

¹⁰⁴⁵ S. Freud, « Le clivage du moi dans le processus de défense », art cit, p. 221.

¹⁰⁴⁶ *Ibid.*, p. 223.

de...enfin avec de la famille, des enfants, fatigue... je me souviens très bien comme ça, à regarder "ah j'ai un bouton là" dans la glace quoi, le matin. » (Mr Chez)

Nous pouvons noter par ailleurs que les angoisses hypocondriaques de Mr Chez surviennent toujours fin juin, soit quelques temps après les jours de Pâques et de l'Ascension. C'est à partir de là que la dialectique puissance et impuissance, de la problématique œdipienne se déplace sur le rapport au corps. La signification de l'impuissance change. De sexuelle, œdipienne, elle devient risque de mort. Elle reste cependant traitée comme avait été traitée par le passé l'impuissance œdipienne : grâce au clivage. Les angoisses de Mr Chez, ses phobies, se rapportent alors sur son corps, le sentiment d'immortalité cohabite avec les phobies de maladie.

Le moi peut vivre alors dans l'illusion d'avoir efficacement écarté le danger de la mort, se soustrayant dès lors, non pas au danger réel de mort, mais à l'angoisse annonciatrice de mort. Défense inefficace dans le cas de Mr Chez dans la mesure où cette angoisse, maintenant mêlée au sexuel, revient sous forme de symptôme phobique. En cas de défense efficace, le moi s'épargne ainsi au moins le déplaisir de l'angoisse-signal qui finirait par déborder le sujet à défaut de pouvoir vraiment soustraire le moi au danger. Si cette défense n'est qu'illusoire, elle a l'avantage de permettre au sujet de vivre tout en sachant qu'il va mourir, la perspective de la mort condensant progressivement, et différemment pour chacun, les diverses expériences de débordement, de désaide et de déplaisir qui ont été vécues par le sujet. Parallèlement au développement du savoir sur la mort – c'est-à-dire lorsque la mort, de non-signifiante et « inoffensive », devient « menace »¹⁰⁴⁷ – se développent donc des mesures de préservation par réactualisation des stratégies psychiques utilisées par le sujet pour survivre aux expériences précoces de danger, et en dernier lieu, surtout, du danger de castration.

Ainsi, comme le précise Verdon : « le moi ne peut vraiment se représenter cette limitation que comme limitation partielle, en lien avec les interdits et la culpabilité, l'impuissance et la passivité, la reconnaissance de n'être pas/plus assurément nanti pour s'assurer de la conquête de l'objet aimé ou de l'éviction de l'objet rival »¹⁰⁴⁸. Vivre le rapport à la mort comme limitation partielle constituerait déjà un progrès, dans la mesure où le sujet peut lier son expérience et éviter par-là le débordement par l'angoisse. Nous voici donc en accord avec Verdon, lorsqu'il insiste sur l'importance de la dynamique œdipienne dans le rapport à la mort, au contraire de théoriciens impliquant une modification du fonctionnement psychique à son approche. « Obérer le fait du sexuel et de la culpabilité sous prétexte de problématique de mort dans la réalité externe ne va pas de soi [...] S'attacher ainsi à souligner l'intense mise à l'épreuve narcissique qu'est en effet la traversée du vieillissement ne doit cependant pas conduire à confondre réalité externe et réalité interne, à escamoter le fait de l'organisation structurale qui s'affronte de façon singulière avec les nodales questions du plaisir et de la mort, et à décider qu'il n'y a plus pour quiconque d'interdit susceptible d'être mobilisé dorénavant »¹⁰⁴⁹.

¹⁰⁴⁷ A. Triandafillidis, « Stratégies d'immortalité », art cit, p. 449.

¹⁰⁴⁸ B. Verdon, *Le vieillissement psychique*, op. cit. Empl. 816.

¹⁰⁴⁹ *Ibid.* Empl. 837.

La subversion libidinale, l'« œdipificaion » que nous avons supposées centrales pour survivre à la pathologie somatique, pour vivre l'expérience des procédures médicales, nous semble également au cœur des possibilités de vivre avec l'idée de la mort propre¹⁰⁵⁰.

6. Évènement et vieillissement

La proposition de dépistage est un évènement réel vécu par le sujet, pouvant exposer sa précarité. Mais une question doit être posée : cela fait-il évènement pour le sujet ?

6.1. Vieillesse invisible : subversion ou « rendre ami »

Nous repartirons, d'une différence de représentation existant entre maladie et vieillissement dans la continuité du développement du chapitre 4 sur le vieillissement, dans la partie II.

La maladie est habituellement considérée comme brutale à l'inverse du vieillissement, considéré comme progressif. Mais il serait réducteur de considérer le vieillissement comme ne relevant que de la progressivité, dans la mesure où, pour le sujet, alternent des moments de changement qui le rendent indifférent et des moments où au contraire le changement apparaît, et devient, pour le sujet, bruyant. Nous l'avons vu, la ménopause est un moment particulier – relativement bruyant et repérable pour la femme – d'un processus biologique évolutif constant, qui démarre dès la vie fœtale et continue après la ménopause. De même, l'apparition de la première ride ou leur multiplication rendent visible un processus continu de perte de plasticité de la peau. Dans le vieillissement en général, l'ensemble du corps change continuellement, à l'indifférence relative du sujet, jusqu'à ce que survienne un changement qualitatif, esthétique ou fonctionnel, s'imposant au sujet comme évènement, à valeur positive ou négative – selon la terminologie de Canguilhem.

Jullien formule cette question par la dialectique de l'invisibilité et de « l'hypervisibilité »¹⁰⁵¹ pour décrire la perception du vieillissement consistant de moments de surgissement soudain de ce processus continu tenu invisible. Il considère par exemple les effets du vieillissement sur l'apparence du corps, le système le plus visible. Le changement, bien souvent, ne nous apparaît que lorsque que nous regardons une photographie datant de quelques années auparavant, lorsque s'établit un hiatus entre notre aspect dans le miroir et notre image du corps internalisée, ou lors d'un changement brusque (par exemple une coupe de cheveux, un coup de soleil ou une

¹⁰⁵⁰ Il nous paraît d'ailleurs intéressant d'indiquer que l'occurrence « mesures de préservation » correspond à la première traduction de l'occurrence « dieses Stück der Leidverhütung », dans le texte « Le malaise dans la civilisation ». Ce terme a été traduit, par Laplanche dans les *Œuvres complètes*, plus littéralement, par « Secteur de prévention de la souffrance » rendant par-là apparent le lien avec le caractère anticipatoire, 'préventif', de la mobilisation de ces mesures psychiques. Par ailleurs, « Verhütung » signifie littéralement « contraception », se qui pourrait corroborer notre hypothèse selon laquelle, entre l'effroi de la naissance et l'angoisse de mort, s'est intercalé le rapport du sujet au plaisir et à la sexualité.

¹⁰⁵¹ F. Jullien, « Ce qui résiste à la pensée dans le phénomène du vieillissement », art cit, p. 64.

blessure). Un écart apparaît alors, soit dans le cadre d'une temporalité courte (changement plus ou moins brusque de l'apparence qui rend visible le changement), soit dans le cadre d'une temporalité longue (changement remarqué par comparaison avec une forme précédente temporellement distante mais immortalisée dans la mémoire, ou par une photographie ou vidéo).

Nous voudrions alors nous décaler du point de vue habituel. La question qui se pose n'est alors plus tant : « quand nous apercevons-nous que nous vieillissons ? », mais plutôt : « par quel processus nos changements de forme peuvent-ils être par nous imperceptibles ? ». « Qu'est-ce qui fait que le vieillissement n'est pas visible ? Ce n'est pas seulement qu'il englobe le processus de la vie dans son entier ; mais c'est que tout vieillit en nous ; et c'est parce que c'est tout, imperceptiblement, qui vieillit, que ce phénomène est invisible [...] Non seulement les traits du visage se trouvent concernés et sont appelés à changer, mais aussi le sourire, et l'allure, et le regard. Le désir aussi change. Et dans la mesure où c'est tout l'être qui vieillit, que c'est tout qui est impliqué, que c'est la globalité qui est en jeu, que rien ne se distingue plus, rien n'est repérable »¹⁰⁵². Notre propre changement nous est invisible car tout change en nous, imperceptiblement : nos cheveux, notre voix, notre sourire, la répartition des masses musculaires et graisseuses, mais aussi notre appareil psychique, notre désir. Villa note cette citation de Voltaire : « Peut-on changer de caractère ? Oui, si l'on change de corps [...] Tant que [de cet homme] ses nerfs, son sang, sa moelle épinière allongée seront dans le même état, son naturel ne changera pas plus que l'instinct d'un loup et d'une fouine »¹⁰⁵³.

Il ajoute : « les moments catastrophiques sont toujours des moments critiques pour le monde des représentations et des lieux où, en raison des variations d'amplitude énergétique, des expériences de douleur sont présentes. Ce sont donc nécessairement des moments de désinstauration de la représentation du corps propre et de possible réinstauration d'une nouvelle représentation depuis le moment critique douloureux. Ce sont également des points où peuvent survenir des modifications caractérielles : disparition, transformation ou apparition de certains traits de caractères »¹⁰⁵⁴. Mais les moments catastrophiques ne sont pas les seules occasions de modification du caractère, comme le font remarquer plusieurs de nos participants qui deviennent, avec l'âge, plus sages, plus précautionneux, plus prudents et conscients de leur risque, prenant acte d'un changement continu uniquement lorsque celui-ci prend une ampleur telle qu'il constitue, au niveau de la perception du sujet, un changement qualitatif. La personne alors, parfois avec surprise et sans savoir comment le changement a eu lieu, se découvre différente, par comparaison entre des réactions différentes à des événements proches en essence mais plus ou moins éloignés temporellement.

L'imperceptibilité du vieillissement suppose une harmonisation effective et constante entre corps organique et corps pulsionnel, les deux étant, corrélativement, en constante évolution. Les

¹⁰⁵² *Ibid.*, p. 61.

¹⁰⁵³ François Villa, « La participation du refoulement organique à la formation du caractère », *Revue française de psychanalyse*, 2014, vol. 78, n° 4, p. 981 ; Voltaire, « Caractère » dans *Dictionnaire philosophique et compléments*, Paris, Cédérom Redon, 1765

¹⁰⁵⁴ F. Villa, « La participation du refoulement organique à la formation du caractère », art cit, p. 981.

modifications corporelles et psychiques sont imperceptibles lorsque le processus de subversion libidinale est effectif et tant que ce processus d'équilibration n'est pas mis en échec. Pour Mr Sial, son diabète, ses fatigues, la nécessité de se rendre à l'hôpital ne sont pas sources de souffrance, dans la mesure où ses désirs ont évolué corrélativement à leurs possibilités réelles de satisfaction. A l'inverse, le moment pathologique survient lorsque le processus de subversion libidinale est enrayé, lorsque le hiatus qui se creuse entre corps biologique et corps érotique ne peut être comblé, lorsque le sujet ne peut plus « rendre ami »¹⁰⁵⁵ les représentations, idées, pensées émergentes. Il s'agit en effet, selon Villa, « de pouvoir se rendre ami avec ce qui vient à notre rencontre [...] pour éviter de lui rester ou de lui devenir étranger »¹⁰⁵⁶.

C'est bien ce que nous avons souvent vu à l'œuvre chez les personnes que nous avons rencontrées, face au dépistage. Ils parviennent, grâce à leur capacité défensive, subversive et d'élaboration, à intégrer l'évènement à leur organisation psychique sans être perturbé par lui. Il ne fait alors pas rupture, bien que le sujet ne soit pas le même avant et après l'évènement. En ce sens, la participation au dépistage peut être vue comme un évènement ne faisant pas évènement pour le sujet, grâce à la mobilisation efficace de leur appareil psychique.

6.2. Vieillesse visible : ruptures, crises et réorganisations

Le vieillissement procède d'une alternance entre des moments de discontinuité, de rétablissement de la continuité et des moments de véritable rupture. Mr Chez ressent d'abord des fatigues, qu'il parvient à compenser, elles lui apparaissent réversibles :

« Et, on prend conscience d'un peu de fatigabilité, mais en même en temps, en me remettant au sport, je vois que je peux récupérer et que je ne suis pas si mal » (Mr Chez)

Or la guérison d'une pathologie, l'effectuation d'un processus de deuil, ou la compensation du vieillissement par des adaptations, n'implique pas la restauration d'un ordre ancien mais l'établissement d'un nouvel ordre. Ce qui, dans le changement, transforme l'expérience en souffrance (en pathologie), n'est pas la perte d'un équilibre, chaque équilibre étant du fait même du vieillissement toujours remis en question, mais plutôt l'échec du processus d'équilibration, et donc l'instauration d'un désétayage durable :

« Mais j'ai perdu du poids, j'ai retrouvé une super forme, j'étais très heureux de moi et donc c'est à 50 ans et, jusqu'à 55, un petit peu moins 54 mais juste avant...pendant 4 ans ça allait très très bien et puis diabète. Diagnostic de diabète. Bon, ça, ça m'avait donné un coup, en disant : "Ah, attention, tu n'es plus en pleine santé, tu n'es plus invincible...ben tu es mortel quoi". » (Mr Chez)

L'impossibilité de « récupération » devient visible, le terme de récupération étant confondu avec celui de « rééquilibration », à savoir une évolution en harmonie du corps organique et du

¹⁰⁵⁵ François Villa, « Devenir ami ou rester étranger avec ce qui vient incidemment à notre rencontre ? », *Revue française de psychanalyse*, 2013, vol. 77, n° 4, p. 1018-1029.

¹⁰⁵⁶ *Ibid.*, p. 1020.

corps libidinal. Emergent alors ces « instants où les synthèses, dont le moi à la propension, se décomposent sous l'action des pulsions et des coups du sort et où, au-delà de l'illusion d'une unité, la vie psychique se révèle comme un bricolage permanent assemblant des éléments hétérogènes, contradictoires, inconciliables, insupportables qui sont tenus ensemble de manière précaire et éphémère »¹⁰⁵⁷.

Les possibilités et impossibilités de ré-accordage déterminent si une expérience sera l'occasion d'un désétayage temporaire et réversible, ou débouchera sur un désétayage profond, durable. Pour Mr Leje, l'écart se creuse, jusqu'à devenir irréductible :

« Parce que ça, c'est quand même...l'esprit continue à...vous savez ? Vous avez 30 ans, vous avez 40 ans, vous avez 50 ans, vous avez 60 ans, je pense que l'esprit il est toujours bloqué dans les 20 premières années donc, oui bien sûr qu'il est en retard sur la mécanique hein. Et on dit l'esprit commande, oui, pour beaucoup de choses, mais quand la mécanique est vraiment enrayée, ben l'esprit ne comprend pas. L'esprit il continue à dire, "ben vas-y avance, marche !" ». Oui, mais c'est le corps qui dit, "ben non, là attends, tu ne peux plus marcher quoi". Alors ben, il y a un moment ou un autre où, je pense que l'esprit se...se...s'ajustera, mais pas complètement. » (Mr Leje)

Plus que de désétayage, l'émergence du sentiment de précarité relèverait de l'échec du processus d'équilibration que représente la subversion libidinale, c'est-à-dire l'impossible subjectivation des expériences. Ces moments exposent le sujet à la chute de l'illusion communément partagée de possibilités de dégagement par rapport à « l'emprise irréductible du biologique »¹⁰⁵⁸ ; le sujet fait alors l'expérience de sa propre précarité.

« L'étrangement¹⁰⁵⁹ est le résultat qui peut se produire quand l'action spécifique (appropriée) qui aurait dû se produire soit n'a pas eu lieu soit a été interrompue et est donc restée inachevée. Il est ce moment où soma et psychique restent étranger l'un à l'autre par défaut ou défaillance du travail psychique exigé pour passer de l'excitation sexuelle somatique à l'excitation sexuelle psychique (libido), pour effectuer le saut du somatique vers le psychique »¹⁰⁶⁰. Ces moments d'étrangement peuvent survenir lors des moments d'accroissement des motions pulsionnelles, par des apports du monde externe, ou encore par le renforcement des injonctions surmoïques.

De tels moments d'étrangement ont pu être constatés chez les participants de l'étude, à l'occasion du dépistage. Ainsi, Mme Brin, Mr Djam, et Mme Glaa sont temporairement dans

¹⁰⁵⁷ *Ibid.*, p. 1022.

¹⁰⁵⁸ É. Ricadat, *Destins du sexuel et sexualité à l'épreuve du cancer.*, *op. cit.*, p. 133.

¹⁰⁵⁹ Villa relève que le terme « étrangement » correspond à la traduction du terme allemand « Entfremdung » par Laplanche dans les *Œuvres Complètes*. Avant cela, ce terme avait été traduit tantôt par « coupure », par « écart », « divorce », « éloignement », voire « aliénation ». Le choix du mot « étrangement » permet de suivre l'utilisation de cette occurrence dans le développement freudien, ainsi que de préserver son lien avec d'autres termes et notions : « fremd » (étranger), « Fremdkorper » (corps étranger), « fremdartig », « Frem artigkeit » (étrange, étrangeté), « Fremdhilfe » (aide étrangère). L'étrangement désigne donc le processus par lequel deux entités (objets, sujets, etc.) deviennent étrangère l'une à l'autre.

¹⁰⁶⁰ F. Villa, « Devenir ami ou rester étranger... », *art cit.*, p. 1021.

l'impossibilité de parer à l'angoisse. Mr Djam, après la proposition de dépistage par le médecin, est profondément déstabilisé par la perspective d'avoir un cancer.

« Et cette fois-ci, je ne vous cache pas, ici quand ils m'ont fait l'examen, un scanner thoracique et ben, le doute s'est installé en moi. J'ai dit : "Comment ça se fait ? Peut-être qu'ils ont détecté mes poumons qui sont pourris ou bien un cancer, Dieu soit loué...". Ouais. Eh ben déjà, vous savez bien, dans la tête d'un homme, d'un être humain quand il apprend qu'il a un cancer déjà il vit mal...la chose. Et puis, pour lui la vie elle va s'éteindre. [...] Ouais. Ouais, parce que moi si on détecte que j'ai le cancer, c'est fini pour moi. Je vais me préparer pour aller, pour partir. Parce que je sais, le cancer, il n'a jamais laissé personne en vie, il l'a pris avec lui, il l'a pris. C'est ça. » (Mr Djam)

Son angoisse diminuera progressivement durant l'entretien. Apparaîtra qu'il pensait que si le médecin lui proposait des examens, c'est parce qu'il avait déjà une forte suspicion de cancer. Mr Djam comprend alors la proposition de dépistage comme la préannonce d'un cancer, et la répétition du mot dépistage lors de l'entretien psychologique calmera son angoisse. Ce moment, néanmoins, restera inscrit sous forme de traces dans l'appareil psychique de Mr Djam.

Mme Brin, de même, est marquée par la proposition du médecin. Notamment, la présence de la chercheuse lors de la consultation et le temps que le médecin passe à lui détailler le protocole, sont interprétés par elle comme un véritable signe d'alerte pour son état de santé.

« J'ai été assez étonnée en effet, de toutes les précautions qui ont été prises, je dirais pour me faire prendre conscience du fait qu'en effet il y a une maladie qui pourrait... », « Ben j'ai vu beaucoup de...enfin je veux dire il a pris beaucoup d'attention pour, je dirais, en faire prendre conscience. Enfin je veux dire, il y a quand même tout un...vous savez, il y a 6 pages à lire... » (Mme Brin)

Si elle explique n'être pas particulièrement perturbée, elle insiste sur l'intérêt de ces « rappels » de sa fragilité. Mme Brin a un fort sentiment d'invincibilité qui remonte à des années. Elle met très facilement à l'écart la possibilité de dégradation corporelle, malgré des atteintes importantes au cerveau et à la carotide, qui ont impliqué à plusieurs reprises un risque vital. Ces occasions, ou encore d'autres où elle a été amenée à rencontrer des personnes très malades à l'hôpital, sont chaque fois l'occasion d'un début de « prise de conscience ».

« Puis en plus, après je me suis retrouvée à l'hôpital avec des gens, vous voyez, qui étaient vraiment dans un état très pénible, ils avaient perdu l'usage de la parole par exemple...difficultés à utiliser les membres supérieurs. Ça donne...ça fait quand même...on se dit, attends, mais c'est bon quoi. (*rires*). Il ne faut peut-être pas trop plaisanter » « J'y suis restée peu de temps, 8 jours, mais ça m'a suffi. Vous voyez ? ça...ça vous donne quand même un...ça fait réfléchir » (Mme Brin)

Malgré tout, l'impression de précarité est mise à l'écart. Elle l'est tellement que Mme Brin est amenée à ne pas autant prendre soin de sa santé qu'elle le voudrait.

« Je ne sais pas, peut-être parce que j'ai une certaine confiance en moi... », « Une fois de plus peut-être parce que j'ai confiance...aveuglément sans doute » (Mme Brin)

Les consultations médicales, et notamment celles où les médecins peuvent lui prouver, par des images, par des chiffres, les possibilités de dégradation de son corps, sont autant d'occasions de réévaluation de son rapport à l'omnipotence et à l'impuissance.

« Pas vraiment en fait hein. Parce que...enfin, bien sûr il y a une différence quand vous êtes face au mur, c'est-à-dire quand je dis face au mur c'est le résultat qui montre que. Qui démontre que. Mais...donc c'est plutôt les rendez-vous ponctuels qui...qui sonnaient la...enfin qui affirmaient la réalité des choses, vous voyez ? Autrement en effet, il y a "on pense que". Mais on pense...mais on sait qu'on a quand même des résultats. Enfin il y a des résultats...il y a de la rationalité, si vous voulez hein, ce n'est pas...mais il y a ces fameux rendez-vous médicaux où quand même ça fait prendre conscience qu'en effet... »

L'attraction du fantasme d'immortalité est aussi très présente chez Mme Glaa. Lors de la proposition de dépistage, Mme Glaa n'est pas perturbée. Elle déploie un discours très rationnel sur la possibilité d'être malade et l'intérêt pour elle du dépistage.

« Le protocole ? Ben ça ne m'a pas étonnée à vrai dire. Parce qu'elle me l'a proposé, elle m'en a parlé, ça ne m'a pas étonnée. Parce que bon, je pense que, effectivement pour quelqu'un comme moi qui a fumé pendant 50 ans, beaucoup fumé, qui a bien vécu, bien bu, bien mangé, je veux dire...bon, non. Puis j'ai réfléchi, je me suis dit oui, en fin de compte, à la limite ça peut être un atout. Voilà c'est venu comme ça. Ça ne m'a pas...voilà, ça ne m'a pas surprise. Et puis je me suis dit "oui, pourquoi pas ?" [...] Mais je n'ai même pas...à la limite, elle m'aurait demandé le jour même de signer, j'aurais signé. Ça ne me posait aucune...je ne me suis pas posé de questions. » (Mme Glaa)

Le moment d'étrangement surviendra après les examens médicaux. Une personne parmi le personnel hospitalier appelle Mme Glaa car il leur manque des informations administratives. Lorsqu'elle voit qu'elle a reçu un appel provenant de l'hôpital, elle déclenche une angoisse intense, rendant apparente la proximité de l'affect d'angoisse, bien qu'il ait été auparavant tenu à distance grâce aux mesures de préservation, de l'ordre d'un déni assez massif.

« ...je suis rentré chez moi, je veux dire –, et en revenant, j'ai vu qu'on avait essayé de m'appeler [...] Je me suis dit "qu'est-ce que c'est que c'est que ça ?" Et dans ma tête, il s'est passé plein de trucs. Comme je venais de faire le scanner, je me suis dit ça y est, une mauvaise nouvelle, peut-être..." », « Et d'un seul coup, je me suis sentie...je me suis dit, après avoir raccroché hein ? Je me suis dit "ah, tu disais qu'en réalité ça ne te faisait rien, que tu étais relativement calme par rapport à ce qu'on pouvait t'annoncer ou quoi ou qu'est-ce, mais en réalité tu n'es pas calme du tout. La preuve c'est que là, avec un seul coup de fil, parce que tu venais de passer ton scanner...complètement angoissée quoi". À me dire "On va m'annoncer une mauvaise nouvelle ? Qu'est-ce qui se passe ?" » (Mme Glaa)

L'évitement de Mme Glaa, parce qu'il est massif et ne mène pas à des évolutions des mesures de préservation en prenant en compte la réalité, ne peut pas agir comme pare-excitations lorsqu'une rencontre supplémentaire venant de l'extérieur – l'appel de l'hôpital – remet en

question le système défensif. « Nous constatons ainsi, nous dit Freud, que l'apprêtement par l'angoisse, avec le surinvestissement des systèmes récepteurs, constitue la dernière ligne du pare-stimuli. Pour un grand nombre de traumatismes, la différence entre les systèmes non préparés et les systèmes préparés par surinvestissement peut bien être le facteur décisif de l'issue ; à partir d'une certaine force du trauma, cette différence n'est sans doute plus d'un grand poids »¹⁰⁶¹. L'appareil psychique de Mme Glau est certes préparé – elle mobilise automatiquement un déni – mais il est en fait mal préparé, car il la coupe par trop de la réalité.

Le destin que le sujet parviendra à donner à ce qui est rencontré, c'est-à-dire le développement de liens d'amitié ou d'inimitié, dépendra autant de la préparation du sujet que de la qualité des contenus réactualisés.

Les rencontres mobilisent le « fonds de mémoire »¹⁰⁶², à savoir les représentations inscrites dans les systèmes de traces mnésiques. « Les événements les plus primitifs et les plus récents sont inscrits dans les mêmes systèmes de traces de la perception et de traces mnésiques et [...] du point de vue de ce système, ils possèdent de fait la même actualité »¹⁰⁶³. Eero Rechart¹⁰⁶⁴ distingue différents types de liaison : des liaisons manquantes, correspondant aux expériences traumatiques n'ayant pu être élaborées, des liaisons librement mobiles, correspondant au processus primaire tel qu'il peut être retrouvé dans le travail du rêve. Il identifie également des liaisons stables, qui possèdent une grande capacité de liaison et déterminent un grand nombre de fonctions psychiques. Les solutions trouvées par le sujet dépendront donc aussi de la souplesse de liaison des traces mobilisées.

Ainsi, alors que la proposition de dépistage ramène tant Mr Liam que Mr Soje à leur expérience du sanatorium, les conséquences de l'établissement de ce lien n'auront pas pour eux les mêmes implications. Mr Soje, adolescent lors de l'hospitalisation, est entraîné, nous l'avons vu, sur un vécu de la maladie concernant un conflit entre le moi et le surmoi, s'exprimant par de la culpabilité, des négociations quant à l'attribution de la faute, c'est-à-dire sur un terrain œdipien. L'impact sera tout à fait différent pour Mr Liam, qui ne disposait pas, lors de son hospitalisation au sanatorium alors qu'il était enfant, des mêmes moyens psychiques pour faire sens de l'expérience et traiter l'afflux d'excitations vécu alors. Mr Liam est, au contraire de Mr Soje, entraîné dans un rapport à la maladie et à la mort dominé par la compulsion de répétition, sans possibilité d'élaboration psychique de l'évènement. Voici par exemple ce qu'il nous raconte, à propos d'un autre de ses arrêts cardiaques :

« ...on m'a dit "attention, ça va vous faire un effet, n'ayez pas peur". [...]... en réalité c'était magique son truc. Quand il m'a sorti son câble-là qui va au cœur, c'est vrai, ça m'a fait une boule de feu dans tout le corps qui m'est montée au cerveau, c'est pour ça qu'il prévenait. C'est le produit qu'ils injectent pour l'anesthésie pour monter. Ça fait

¹⁰⁶¹ S. Freud, « Au-delà du principe de plaisir », art cit, p. 303.

¹⁰⁶² P. Aulagnier, « Se construire un passé », art cit, p. 715.

¹⁰⁶³ F. Villa, « Devenir ami ou rester étranger... », art cit, p. 1024.

¹⁰⁶⁴ Eero Rechart, « Les destins de la pulsion de mort » dans *La pulsion de mort*, Paris, PUF, 1989, p. 39-48.

une boule de feu, c'était génial la sensation dans tout le corps, dans la tête. Donc, j'ai senti que mon cul il a coulé un peu, quand je suis arrivé dans la chambre j'ai vérifié. Effectivement, il y avait du jus qui avait coulé. Je ne sais pas d'où ça sort, mais enfin je vous raconte l'expérience. Donc j'en ai refait un troisième, j'étais content de retrouver cette sensation, parce qu'elle était trop, c'était génial. L'impression que tout notre corps s'embrase, dans le cerveau ça fait une boule de feu. C'est vrai que ça peut faire peur à certains, le mec il doit s'affoler, ça fait un effet bof... mais moi ça me plaisait, j'étais content » (Mr Liam)

« Des différents moments et éléments de cette expérience qui va de l'expérience de la croissance de l'excitation à la satisfaction en passant par l'extrême douleur, restent dans l'organisme des traces de perception. Celles-ci, loin de refléter fidèlement le perçu, se constituent comme autant de points différents de la perception ; elles s'inscrivent dans plusieurs systèmes de traces où elles s'organisent selon divers modes : simultanéité de présentation, contiguïté spatiale, ressemblance »¹⁰⁶⁵. Ces traces mnésiques sont réinvesties dans les situations de danger. Elles organisent la perception du monde, mais également les modes d'actions, de relation, de satisfaction. Ces représentants sont appelés pour parer au danger et rétablir les conditions de la satisfaction. C'est cette activité de liaison qui permet que soit endiguée la pulsion ou l'angoisse, par la provision de représentants psychiques. Mais certaines expériences sont inaptes au procès psychique, et s'expriment sous la forme de la compulsion de répétition qui consiste en une expression de leur inlassable revendication pulsionnelle. « Une part non négligeable de la pulsion restera inliée, déliée, inmaîtrisable, elle est ce reste par lequel la pulsion sexuelle essentiellement se révèle indomptable, inéducable, ayant un appétit de se réaliser qui ne saurait se soumettre aux raisons de la réalité extérieure. Cette part de la pulsion s'empresse dès que les circonstances s'y prêtent de faire entendre sa revendication à la satisfaction »¹⁰⁶⁶.

L'exposition de la réalité peut parfois au contraire entraîner de véritables révolutions psychiques – nous avons identifié un tel processus chez Mr Chez.

Un changement structurel nous semble avoir lieu, grâce aux nombreuses références extérieures convoquées. Est décelable un mouvement d'internalisation du Surmoi, sous la pression de la réalité. La disparition du père couplée à la perception d'un danger imminent pour le moi entraîne une faim incorporative, la mobilisation des conflits d'introjection qui avaient pu être évités par le passé. « En ce point où se rencontre quelque chose avec quoi il nous faudra choisir de nouer des liens d'amitié ou d'inimitié, remarquons que l'humain n'est alors pas renvoyé autocratiquement et autoréférentiellement à lui seul. Le fait qu'une aide étrangère puisse, en investissant libidinalement l'individu, se porter à son secours est, en effet, essentiel pour que cette rencontre reçoive un destin psychique. Sans ce truchement, l'individu ne serait renvoyé qu'à son impuissance native, à son absence de moyens suffisants pour faire face aux nécessités de la

¹⁰⁶⁵ F. Villa, « Entre fidélité et mobilité. Effets du temps sur les processus psychiques », art cit, p. 17.

¹⁰⁶⁶ *Ibid.*, p. 18.

vie »¹⁰⁶⁷. Les moments désorganisateur ouvrent également ainsi des potentialités évolutives, mettant à l'épreuve la capacité de l'appareil psychique à se modifier. Le sujet peut alors éventuellement trouver à se nourrir de l'envahissement pulsionnel. Il pourrait s'agir en cela d'occasions de réarticulation, de resignification de certaines expériences précoces, de mise en travail de progrès psychiques étant restés inachevés ou non assumés. « Là est le paradoxe du vieillissement psychique, pétri de contradictions internes, entre l'actuel et l'infantile, l'inévitable aspiration à esquiver et l'impossible esquive, mais susceptible de mobiliser la création, toujours singulière, de solutions de compromis. C'est cette dynamique complexe qu'il importe de toujours prendre en compte : un temps qui passe et dont les effets, intriqués à ceux des confrontations aux événements de la vie quotidienne, peuvent être positifs (apprentissage, maturation) ou négatifs (usure, détérioration) »¹⁰⁶⁸.

Le vieillissement, entendu comme épreuve de la vie, est une succession d'évènements. Tous les évènements rencontrés ne feront pas évènement pour le sujet. En retour, c'est parfois l'absence d'évènement qui peut faire évènement, et mener à la remise en question des schèmes de fonctionnement psychique. La rencontre entre une organisation psychique et des évènements extérieurs se pose de la même manière pour tout adulte, qu'il soit jeune ou vieux, tout au long de sa vie. L'enjeu étant la capacité de liaison, d'élaboration, de « rendre ami », qui s'effectue parfois silencieusement, parfois bruyamment, parfois échoue et débouche sur l'étrangement.

6.3. Critique de l'exclusivité du « modèle crisal »¹⁰⁶⁹

Nous avons commencé par une revue des théories narcissiques du vieillissement car elles représentent une littérature incontournable pour étudier les processus psychiques des personnes vieillissantes. Nous retrouvons ainsi dans nos analyses les notions de renoncement et de deuil, de sublimation et autres formations substitutives, de balancement des investissements narcissiques et objectaux. Néanmoins, à l'instar d'autres commentateurs de ces théories du vieillissement, notamment Villa et Verdon, il a été tout aussi nécessaire de nous démarquer de leur logique processuelle, au profit d'une articulation différente entre évènement, organisation psychique du sujet et travail psychique mobilisé.

Il nous semble en effet souvent retrouver, et notamment dans les théories citées dans le 6^{ème} chapitre, une conception du vieillissement selon un modèle crisal, c'est-à-dire suivant un processus linéaire et réactionnel. « Le premier terme de l'alternative serait de considérer le vieillissement physique mais aussi psychique comme une réalité donnée dont les coordonnées seraient connues et étudier alors les conséquences psychiques inhérentes à l'avancée en âge. »¹⁰⁷⁰. Si Villa convint que Bianchi et Assoun sortent de la logique d'un vieillissement « rabattue sur la

¹⁰⁶⁷ F. Villa, « Devenir ami ou rester étranger... », art cit, p. 1022.

¹⁰⁶⁸ B. Verdon, *Le vieillissement psychique*, op. cit. Empl. 388.

¹⁰⁶⁹ J.-M. Talpin, *Psychologie du vieillissement normal et pathologique*, op. cit. Chapitre : « Le vieillissement, entre crises et processus tout au long de la vie ».

¹⁰⁷⁰ F. Villa, « Quand la psychanalyse rencontre la question du vieillissement », art cit, p. 23.

notion d'involution neurophysiologique »¹⁰⁷¹, il nous semble que ces deux auteurs, à l'instar des autres, développent une logique du vieillissement comme réaction à un évènement, cette « réalité donnée dont les coordonnées seraient connues »¹⁰⁷². En séparant, en ce qui concerne le destin du sujet vieillissant, une voie élaborative et une voie de désorganisation, ces auteurs partent en effet du postulat que le vieillissement fait nécessairement évènement chez les sujets, dans le sens où les changements vécus par eux entraînent une réorganisation – pathologique ou non – de la personnalité psychique.

Quels que soient leurs points d'accord et de désaccord, la plupart de ces auteurs s'inscrivent dans la logique d'un « même défi qui est posé à tout individu, quelle que soit sa structure »¹⁰⁷³.

Ainsi en fonction des auteurs, « le réel du somatique vieillissant qui convoque des moments de remaniements du corps psychique vient au premier plan. Les modifications corporelles liées au vieillissement confrontent le sujet à des expériences de passivité – reviviscence de l'impuissance infantile – qui confrontent l'appareil psychique à ses propres limites et aux ressources dont il dispose encore pour surmonter activement cette passivation. Elles confrontent également le sujet à l'image spéculaire que lui renvoient tant le miroir que le regard des autres [...] D'autres auteurs mettront l'accent, à côté de l'usure du temps, sur les pertes multiples des objets d'amour qui accompagnent le grand âge, cette succession de pertes qui fonctionnerait sur le mode des traumatismes cumulatifs »¹⁰⁷⁴. Pour d'autres, le problème réside dans l'approche inéluctable de la mort, qui exposerait les limites du sujet, comme il ne l'a été auparavant. Ainsi, que les altérations viennent du corps, d'une « déception » ou d'un « abandon »¹⁰⁷⁵ par l'objet, du rapprochement de l'échéance de la mort et de la disqualification concomitante de l'Œdipe comme organisateur psychique¹⁰⁷⁶, de l'absence de perspectives¹⁰⁷⁷ et donc de la fin du fantasme d'éternité¹⁰⁷⁸, ou encore d'un défaut des figures identificatoires chez les personnes âgées¹⁰⁷⁹, le vieux vivrait un évènement ou une série d'évènements exigeant un travail psychique caractérisable. Que le travail psychique mobilisé soit régressif ou créatif, l'origine du travail du vieillir serait donc un ou des évènements mettant le moi du sujet en difficulté.

Ces théorisations supposent donc que le vieillissement ressorte d'une crise pour le sujet, crise rendant nécessaire un travail délimité d'élaboration psychique. Il s'agit bien d'aborder la question du vieillissement sous l'angle d'un « modèle crisal »¹⁰⁸⁰. Or si nous avons vu que tous les changements inhérents au vieillir, dans le sens du vivre, avaient le potentiel de déstabiliser le sujet,

¹⁰⁷¹ *Ibid.*, p. 24.

¹⁰⁷² *Ibid.*, p. 23.

¹⁰⁷³ H. Bianchi, *Le Moi et le temps*, *op. cit.*, p. 64.

¹⁰⁷⁴ F. Villa, « Quand la psychanalyse rencontre la question du vieillissement », art cit, p. 24.

¹⁰⁷⁵ P.-L. Assoun, « Le vieillissement saisi par la psychanalyse », art cit, p. 175.

¹⁰⁷⁶ H. Bianchi, *Le Moi et le temps*, *op. cit.*

¹⁰⁷⁷ H. Danon-Boileau, *De la vieillesse à la mort, point de vue d'un usager*, *op. cit.*

¹⁰⁷⁸ G. Le Gouès, *L'âge et le principe de plaisir*, *op. cit.*, p. 15.

¹⁰⁷⁹ H. Bianchi, *Le Moi et le temps*, *op. cit.* ; J. Bergeret, « La deuxième crise d'adolescence. Sénescence et crise d'identité. », art cit ; G. Balbo, « D'un vieillissement outre âge », art cit.

¹⁰⁸⁰ J.-M. Talpin, *Psychologie du vieillissement normal et pathologique*, *op. cit.* Chapitre : « Le vieillissement, entre crises et processus tout au long de la vie ».

à n'importe quel âge de la vie, il nous semble plus discutable que le vieillissement s'accompagne nécessairement, et plus que tous les autres âges de la vie, d'une crise psychique. Nous remettons en cause l'idée selon laquelle le vieillissement, que ce soit dans ses dimensions somatique ou sociale, mette les sujets en crise d'une manière suffisamment homogène pour faire du vieillissement un objet de la psychanalyse. Selon Gagey, « rien dans la théorie analytique ne donne une assise à un concept du vieillissement psychanalytiquement pertinent »¹⁰⁸¹. L'essentiel de son raisonnement repose sur la réfutation de modifications typiques du sujet vieillissant, des points de vue économique, dynamique et topique. Si des modifications ont lieu, elles ne seraient pas différentes de celles qui ont lieu tout au long de la vie, comme le suggère Villa quand il propose de s'intéresser particulièrement aux théories présentant le vieillir comme un travail ayant lieu tout au long de la vie, et pas uniquement chez les personnes âgées. Le renoncement pulsionnel et le travail de deuil, les formations substitutives et les sublimations, les balancements des investissements entre les économies narcissique et objectale, ont lieu tout au long de la vie et sont nécessaires à l'adaptation à la réalité et aux changements dans lesquels elle entraîne le sujet ; ils ne sont, comme le précise Villa, pas exclusifs à la prise d'âge. Présenter ces mécanismes comme l'issue privilégiée, sinon la seule, à un destin heureux du vieillissement, risque par ailleurs de mener à leur idéalisation. Idéalisation remarquée tant par Talpin que par Verdon et Villa¹⁰⁸².

Nous nous accordons donc avec Verdon lorsqu'il dit que « poser la question du pathos en terme de causalité directe, évoquant alors seulement des facteurs biologiques ou environnementaux à la source des (dys)fonctionnements psychiques, serait une orientation épistémologique fort problématique »¹⁰⁸³. Ce qui n'est pas sans conséquences. Si, comme le constatent les auteurs – ce que nous ne remettons pas en cause – une différence nosographique existe entre les personnes adultes et les personnes âgées, la réponse ne saurait selon nous se trouver dans la spécificité de l'évènement vécu, mais bien dans les possibilités de son traitement psychique. Eclairer le travail du vieillir par le prisme de l'évènement réel et de ses conséquences sur l'organisation psychique du sujet pourrait donc détourner l'étude du point qui nous paraît le plus central dans le vieillissement, à savoir l'évolution des possibilités de traitement psychique du changement, pour une personne donnée, avec le temps. Sans que soit remise en cause l'hypothèse de conséquences du temps sur les possibilités de transformations des changements réels, qui expliquerait les manifestations psychopathologiques uniques – ou tout du moins leur importante fréquence – chez les personnes âgées, il nous paraît plus fécond, pour expliquer leur expérience, de nous détacher d'une « présentation métapsychologique »¹⁰⁸⁴ du vieillissement qui aurait pour vocation d'isoler un fonctionnement psychique caractéristique des personnes âgées par rapport aux personnes plus jeunes. Autrement dit, à l'inverse de Rexand-Galais qui développe l'idée « de la survenue d'un changement processuel dans le fonctionnement psychique sous l'effet du

¹⁰⁸¹ J. Gagey, « Raisonner psychanalytiquement le vieillir », art cit, p. 10.

¹⁰⁸² F. Villa, « Quand la psychanalyse rencontre la question du vieillissement », art cit, p. 25 ; J.-M. Talpin, *Psychologie du vieillissement normal et pathologique*, op. cit. Chapitre : « Quels paradigmes pour penser le vieillissement » ; B. Verdon, *Le vieillissement psychique*, op. cit. Empl. 653.

¹⁰⁸³ B. Verdon, *Le vieillissement psychique*, op. cit. Empl. 126.

¹⁰⁸⁴ P.-L. Assoun, « Le vieillissement saisi par la psychanalyse », art cit, p. 169.

vieillessement qui *in fine* contribue grandement à la possibilité de penser un changement paradigmatique »¹⁰⁸⁵, il nous paraît plus à propos de nous décaler de la nature du processus pour nous concentrer sur l'évolution de son efficacité avec le temps.

6.4. Vieillessement impossible : échecs et limites du travail psychique

Perspective adoptée par Villa, pour qui la mort n'est pas la conséquence du vieillissement, mais signe bien plutôt ce moment où le sujet ne se montre plus capable de vieillir.

C'est-à-dire lorsque l'appareil psychique ne parvient plus à traiter, à élaborer la charge pulsionnelle et les excitations. « Mourir n'est pas la conséquence de vieillir. La mort résulte de l'impossibilité de continuer à vieillir. La mort survient peut-être, pour nous, quand nous nous avérons incapables d'éliminer les produits de notre métabolisme (tant somatique que psychique) »¹⁰⁸⁶. Or, inévitablement, avec le temps, s'accumule ce reste de la pulsion qui n'a pu être traité, le psychisme dans son travail ne parvenant jamais à épuiser entièrement la charge quantitative. La capacité pour le sujet de transformer la quantité en qualité n'est pas illimitée. Malgré la mobilité de la libido, sa capacité de déplacement, les possibilités d'exil vers la représentation et de secondarisation, chaque moment du développement et de la vie favorise l'accumulation de reste, de ce qui n'a pu être lié, représenté, élaboré psychiquement. « Ce n'est donc pas le temps en lui-même qui est producteur de pathologies mais avec le temps croît considérablement le poids de l'accumulé, du non traité, du non pris en considération, de la revendication pulsionnelle lésée. Moins l'appareil psychique aura été à même de répondre aux exigences qu'il rencontrait, moins il lui restera de force pour faire face à de nouvelles poussées de la pulsion, car il sera d'autant plus fragilisé que presque toute sa force sera utilisée dans les contre-investissements nécessaires au maintien de son précaire équilibre »¹⁰⁸⁷.

7. Conclusion intermédiaire

Cette partie, qui représente sûrement le cœur de nos conclusions portant sur la manière dont les personnes que nous avons rencontrées ont pu psychiquement traiter l'évènement dépistage, s'appuie presque exclusivement sur les propos des personnes faisant directement suite à la question d'amorce. Ces phrases qui répondent directement à la question d'amorce sont parfois les seules, ou presque, que les personnes prononcent, qui concernent explicitement le dépistage. Dans le reste de l'entretien, elles laissent libre court à leur fil associatif.

¹⁰⁸⁵ F. Rexand-Galais, « Humeurs sénescences », art cit, p. 98.

¹⁰⁸⁶ F. Villa, « Entre fidélité et mobilité. Effets du temps sur les processus psychiques », art cit, p. 7.

¹⁰⁸⁷ *Ibid.*, p. 21.

Mais il est possible de retrouver, condensé dans ces réponses, les éléments nodaux déterminant les raisons de leur participation, la manière dont elles peuvent recevoir la proposition de dépistage par le médecin, et leur investissement des procédures de dépistage.

Nous voyons, d'une part, la mobilisation de mesures défensives : nombreuses négations, minimisations, contre-investissements par l'humour, intellectualisation et rationalisations, appel au médecin, etc. Ces mesures défensives, nous l'avons vu dans le chapitre 8, font partie des mesures de préservation qui permettent au sujet d'éviter la souffrance. Dans le cadre du dépistage, la souffrance évitée par mobilisation des mesures de préservation est le retour de l'effroi auquel expose la proposition, dans la mesure où une analogie est faite dans la psyché du sujet entre le dépistage et d'autres événements vécus par le passé ayant eu une charge traumatique.

Nous voyons à l'œuvre, d'autre part, la mobilisation d'un élan vital libidinal – nous avons étudié les possibilités de remobilisation libidinale dans le chapitre 7 – face à l'expérience du dépistage. Il apparaît alors que la participation au dépistage, ressaisie dans l'économie libidinale des personnes, peut servir d'autres buts que le but rationnel de détection précoce des maladies. Participer au dépistage peut servir de monnaie d'échange dans les interactions avec le médecin, ou être utilisé en remboursement d'une dette. Cela peut servir à enfin se dédouaner d'une responsabilité en rétablissant la répartition des torts dans la relation médecin-patient. Ou cela peut servir à s'engager dans des relations clairement libidinalisées, le patient n'acceptant de participer qu'en raison de la beauté et du charme du professionnel de santé. Le dépistage peut être investi comme un moyen d'arrêter de fumer, pour renarcissiser le patient en lui donnant un rôle de transmission – aide des générations futures. Il peut offrir une satisfaction libidinale en satisfaisant une curiosité intellectuelle. Les buts relevés sont divers et nombreux.

Les procédures de dépistage sont investies par les personnes dans la mesure où elles entrent en accord avec les buts de l'appareil psychique qui fonctionne selon le principe de plaisir. La fonction de préservation contre l'angoisse de mort et l'augmentation du plaisir par subversion libidinale des buts des procédures, favorise l'adhésion des personnes aux procédures. Ces buts profondément individuels qui pourraient paraître secondaires au médecin, nous paraissent en réalité centraux, et d'autant plus dans un contexte où il est reconnu que les procédures de dépistage sont bénéfiques pour la population mais peuvent être, au niveau médical, plus délétères que bénéfiques pour la majorité des personnes s'y soumettant.

Le potentiel perturbateur de l'évènement « dépistage » dépend des possibilités de traitement psychique – possibilités de se défendre contre l'angoisse, possibilité de subvertir l'expérience. Le dépistage peut – c'est le cas pour la majorité des personnes que nous rencontrons – passer totalement inaperçu du point de vue de la continuité de vie du sujet. Grâce à la subversion, à la liaison psychique de l'expérience, l'individu ne se sent pas différent avant et après l'évènement, bien qu'il le soit en réalité. Le dépistage est alors un parmi les multiples événements participant du changement continu et imperceptible ayant lieu lorsque nous vieillissons, lorsque nous changeons sans nous en rendre compte. Plus rares ont été les occasions où le dépistage nous a semblé être un moment où le vieillissement devenait visible, pour les personnes. Les capacités

subversives et défensives de l'appareil psychique sont parfois mises en défaut par ce nouvel élément en provenance de la réalité, exposant la réalité de l'état précaire du sujet. La pression de la réalité sur un système psychique pare-excitant mal adapté à la réalité peut alors rendre nécessaire l'évolution des mesures de préservation permettant de vivre dans la précarité. Le dépistage pourrait ainsi être un moment rendant visible le processus continu du vieillissement. Est alors nécessaire une évolution du rapport à la réalité de la précarité – moment visible souvent nommé par les personnes : « prise de conscience », et surtout des moyens de continuer à l'éviter.

Ce ne sont pas des catégories en particulier qui nous mènent à ces conclusions, mais plutôt l'agencement et la mise en sens des différentes catégories entre elles. Dans le tableau 14, nous reprenons néanmoins les éléments qui se retrouvaient uniquement dans cette partie, c'est-à-dire les éléments propres aux possibilités d'intégration des expériences étrangères liées à la maladie.

Tableau 14 Dépistage et travail psychique : liens entre les notions et les catégories

Participer à un essai clinique	Etats du corps et maladie
<p>"Accepter le protocole" Subversion du but du dépistage, saisie de l'évènement dans la dynamique psychique. Investissement du dépistage comme mesure de préservation</p> <p>"Réactions et émotionnel autour du dépistage" Mobilisation de mesures défensives (humour, minimisation, négation affects, etc.)</p> <p>"Être un sujet d'étude" Adhésion au but médical 'agir pour préserver'. Ou au contraire : refus d'adhésion pour refus objectalisation, maintien subjectivité</p>	<p>"Symptômes et sensations corporelles" Subversion libidinale, signifiants formels = réintroduction pensée, liaison des éprouvés</p> <p>"Eprouvés psychiques liés à ces états" Expression d'affects : colère, etc. et nommer les affects = sortie de l'emprise du pur soma</p> <p>"Etiologie et sens donné aux symptômes" Faire sens de l'expérience. Symbolisation. Roman de la maladie. Symptôme saisi dans le fantasme</p>
Gérer sa santé	Prise en charge médicale
<p>"Autres comportements, activités" Médecines parallèles : prise d'indépendance par rapport au modèle scientifique dominant. Créativité, subjectivité, affranchissement</p>	<p>"Evènements liés au diagnostic" Nommer le trouble. Inscription dans un univers partagé. Appel à l'autre sachant</p> <p>"Traitement de la maladie" Vers nouvel équilibre somato-psychique</p> <p>"Interactions avec les médecins" Appui sur ou appui contre le médecin (médecin "suffisamment bon"). Soins par l'autre permet la réappropriation subjective. Subversion du rapport au médecin : réintroduction fantasme et contact dans le monde étrange de l'hôpital</p>
L'avenir et la mort	La vie hors maladie
<p>"Être en relation dans la maladie" Permet la réappropriation subjective</p>	-

POUR CONCLURE

Discussion,

pistes d'exploitation et

synthèse des résultats.

Nous avons rejoint en 2016 l'étude Detector, une étude multicentrique, ouverte, non randomisée à un seul bras, qui avait pour objectif d'évaluer l'efficacité d'un dépistage couplé par scanner thoracique faible dose et analyse de cellules tumorales circulantes dans une population à haut risque de développer des cancers liés au tabagisme. Le but du volet psychologique de Detector était d'évaluer l'impact psychologique de la participation à un programme de dépistage des cancers liés au tabagisme. Nous avons utilisé une méthodologie alliant la théorisation ancrée et la méthode psychanalytique pour faire émerger un sens, au niveau de l'expérience subjective des personnes et au niveau de ce qui pouvait lier entre elles ces expériences singulières. Au cours de l'analyse du matériel clinique, la problématique s'est décalée de l'impact psychologique du dépistage au traitement psychique de la précarité, c'est-à-dire aux possibilités de vivre dans un corps sujet à la fragilisation et à la mort. Il est en effet apparu que l'expérience singulière de la médecine préventive et plus particulièrement des procédures de dépistage des cancers, ne pouvait être appréhendée sans comprendre plus largement les moyens psychiques que mobilisaient les personnes pour pouvoir vivre malgré ou avec la condition précaire qui leur est intrinsèque.

Nous avons consacré la **Partie I** à la présentation du contexte dans lequel s'inscrit cette recherche et à la présentation du cadre épistémologique choisi pour la mener à bien. Dans le **chapitre 1**, nous avons résumé l'histoire du développement de la prévention dans trois domaines : le champ des pathologies infectieuses, le champ du cancer et le champ du vieillissement. Ce faisant, nous avons présenté les enjeux multiples sous-jacents à la prévention médicale des maladies : enjeux historiques, politiques, sociaux, économiques, scientifiques,

épidémiologiques, et médicaux. Après avoir exposé les buts et le fonctionnement actuel de la prévention, nous avons également présenté les opinions d'auteurs qui pointent les limites ou critiquent ces pratiques préventives, d'un point de vue éthique d'une part, et sociologique et philosophique d'autre part. Nous avons ensuite relevé les résultats principaux des études s'intéressant à l'expérience des personnes dans le cadre spécifique du dépistage des cancers bronchopulmonaires par LDCT. Les résultats des recherches prises en compte dans l'implémentation et l'évaluation des méthodes de dépistage sont quasi-exclusivement d'ordre quantitatif ou d'ordre qualitatif inscrit dans des modèles de psychologie cognitive ou comportementale. Ils visent en cela à obtenir des résultats validés par des preuves.

Dans **le chapitre 2**, nous avons présenté les deux volets de cette recherche, et les choix méthodologiques que nous avons effectués et qui ont mené à l'émergence des résultats. Un premier volet était consacré à l'observation des consultations médecin-patient d'inclusion dans l'étude et de rendu des résultats. Ce volet avait pour but, par un travail conjoint médecin-psychologue, de développer un cadre de prise en charge respectueux des enjeux psychiques à l'œuvre chez les personnes éligibles au dépistage, surtout si cette méthode de détection des cancers venait à être utilisée en pratique courante. Un second volet avait pour objectif, nous en avons parlé, d'étudier l'impact psychologique pour les personnes des procédures de détection des cancers. Les principes de la théorisation ancrée et ceux de la méthode psychanalytique nous sont apparus non seulement compatibles mais encore complémentaires. Certains résultats de la recherche ont déjà été présentés dans la partie méthodologie, dans la mesure où la dimension itérative de la recherche implique des allers et retours constants entre les résultats et la méthode – par exemple, par l'adaptation des moyens de recueil des données en fonction des résultats obtenus au fil de la recherche. Présenter la méthode jusqu'à la construction de l'objet de recherche a donc impliqué que nous y présentions la grille de catégories obtenue grâce à l'analyse par théorisation ancrée. Cette grille était composée de 6 catégories principales réunissant au total 40 sous-catégories. Elles ont été présentées dans le tableau 8 qui se trouve à la page 125.

Nous avons consacré les **Parties II et III** à l'analyse des mouvements somato-psychiques qui ont été relatés par les personnes ou que nous avons pu observer, qui pouvaient expliquer leur expérience de la précarité et plus particulièrement la manière dont celle-ci était mobilisée par leur participation à une procédure de médecine préventive. Nous avons choisi à ce stade de nous concentrer sur les conclusions originales qui pourraient émerger de l'exploitation des concepts psychanalytiques pour l'analyse du matériel clinique. Nous n'avons donc pas eu recours aux travaux présentés dans la revue de la littérature, pour nous plonger dans l'étude du profondément subjectif à l'œuvre chez les personnes, à l'aide des concepts psychanalytiques. Nous avons en ce sens introduit une série de concepts qui permettent d'appréhender le fonctionnement somato-psychique humain, et présenté une série de théories qui se proposent d'expliquer des pans de l'expérience de la précarité. Cela nous a permis de naviguer parmi les différents opérateurs du fonctionnement psychique qui pouvaient expliquer la façon dont les personnes vivaient cette expérience du dépistage. La Partie II a été consacrée à l'étude des événements vécus de manière transversale par toutes les personnes et qui venaient perturber leur sentiment de solidité et de

stabilité. Il s'agit de la pathologie somatique (**chapitre 3**), du vieillissement (**chapitre 4**) et du dépistage des cancers dans l'étude Detector (**chapitre 5**). Dans la Partie III, nous avons étudié le travail psychique mobilisé par les personnes que nous avons rencontrées, qui leur permet de vivre malgré ces événements les confrontant à leur précarité. Nous avons consacré **le chapitre 6** à l'étude des théories existantes offrant des propositions théoriques sur le travail psychique mobilisé lors du vieillissement. Dans **le chapitre 7**, nous avons présenté le travail de remobilisation libidinale observé chez les participants de l'étude, de manière à rendre compte de l'élan pulsionnel vital mobilisé malgré la fragilisation et la perspective de la mort. Dans **le chapitre 8**, nous avons théorisé et présenté les différentes manifestations cliniques des mesures de préservation mises en œuvre par les personnes pour continuer à vivre malgré ces expériences les fragilisant et exposant toujours davantage leur précarité. Enfin dans **le chapitre 9**, nous avons étudié différentes modalités de rencontre entre un événement perturbateur et une psyché préparée ou non à recevoir cet événement déstabilisant. Cette rencontre entre un événement et la structure d'une personnalité peut déboucher sur une crise nécessitant une réorganisation psychique, ou encore, au contraire, laisser le sujet avec l'impression de n'avoir pas changé.

Nous avons donc utilisé les concepts psychanalytiques pour analyser le matériel clinique et faire sens de l'expérience des participants. Il nous paraît maintenant intéressant, dans cette partie de discussion et de conclusion, de remettre en dialogue différents discours et différents niveaux d'analyse de l'expérience du dépistage, qui jusque-là ont été mobilisés séparément et ont été présentés indépendamment dans différentes parties – et bien que certains de ces liens apparaissent dans les points d'étape et conclusions intermédiaires. Nous tenterons donc ici d'établir des liens entre le populationnel et l'individuel, entre les contenus manifeste et latent, entre les connaissances fondamentales et les possibilités de transformation des résultats en mesures concrètes, entre les résultats quantitatifs ou inscrits dans l'épistémologie cognitiviste et nos propres résultats inscrits dans l'épistémologie psychanalytique.

Nous commencerons par établir une synthèse des résultats en ce qui concerne l'expérience du dépistage, en suivant un cas fictif de manière à rester ancrée dans l'empirique. Nous rendrons par-là apparentes les nombreuses articulations entre nos résultats et les catégories d'analyse issues de la théorisation ancrée. Puis nous engagerons un dialogue entre les résultats de la présente étude et ceux issus des recherches rapportées dans la revue de littérature. Nous dégagerons les nombreux points de convergence, mais également certaines divergences ayant émergé. Nous tenterons par-là d'extraire des pistes d'exploitation des résultats, au niveau clinique et de la recherche. Puis nous conclurons cette thèse en synthétisant les connaissances sur le fonctionnement psychique humain que cette étude sur le dépistage a permis de dégager, grâce à l'analyse du matériel clinique.

1. Synthèse des résultats sur l'impact psychologique du dépistage

Pour synthétiser nos résultats, nous suivrons ensemble un cas fictif, celui d'Evelyne, qui nous permettra de distinguer ce qui se passe pour toutes les personnes, et différentes variations trouvées sur ce parcours commun. Nous visons ici à articuler les catégories qui ont émergé de l'analyse des entretiens par théorisation ancrée, et les concepts psychanalytiques que nous avons utilisés pour lier entre elles les catégories et faire sens de l'expérience des personnes.

1.1. De la consultation de dépistage à l'apprêtement par l'angoisse

Evelyne, 70 ans, se rend un matin à sa consultation médicale semestrielle de suivi, qui a pour objectif la surveillance de l'évolution de ses pathologies artérielles. Après l'avoir écoutée et examinée, le médecin adapte la prescription, puis il lui propose un dépistage des cancers liés au tabagisme. Il lui dit qu'en effet, les autorités sanitaires recommandent de proposer ce dépistage chaque année aux personnes de son âge, qui ont fumé ou qui fument encore et qui sont atteintes de la maladie dont elle souffre. Evelyne réfléchit un instant, demande quelques précisions sur ce que cela implique, d'un point de vue pratique – nombre de rendez-vous, invasivité des procédures – puis accepte.

Nous avons étudié dans la Partie II ce qui se passe pour les personnes, sur le plan psychique, entre le moment où le médecin leur propose un dépistage des cancers, et le moment où elles acceptent – ou refusent – de participer au programme ou à l'étude. Cela peut être aussi ce qui se passe pour elles, sur le plan psychique, après avoir quitté le cabinet médical, lorsqu'elles arrivent chez elle et prennent rendez-vous auprès du centre d'imagerie médicale, ou encore lorsqu'elles y attendent dans la salle d'attente avant que l'assistant médical vienne les chercher.

1.1.1. Anticipation et mobilisation du « fonds de mémoire »

La personne qui reçoit une proposition de dépistage des cancers est amenée à anticiper un avenir : a minima un avenir qui est habité ou non par des procédures médicales de dépistage, et peut-être aussi par la maladie et la mort (catégorie « L'avenir et la mort »). Mais anticiper un événement non encore advenu implique la mobilisation du « fonds de mémoire », le sujet trouvant dans son passé une résonance représentative et affective permettant de donner une substance psychique à ce futur qui n'a pas encore de réalité.

Evelyne entend les mots « cancer », ou encore « masse », « maladie ». Elle n'entend peut-être que le mot « scanner ». Elle entend les mots « tabac », et elle entend la fourchette d'âge dans laquelle elle se trouve. Elle entend que si on propose un dépistage à des personnes « comme elle », alors cela veut dire que le « cancer » est une possibilité « pour elle » ou encore que le « scanner » serait une bonne idée « pour elle ». Or ces différents mots et associations, et bien qu'elle ne le réalise peut-être même pas lors de la consultation, ne sont pas neutres pour Evelyne. Ils font écho au scanner qu'elle a passé lorsqu'elle s'est cassé le bras dans un accident de ski, et aux nombreux examens médicaux réalisés dans le cadre des pathologies pour lesquelles elle vient consulter. Elle

se le rappelle, cela avait été très douloureux. Ces termes font écho à la dépendance, à la douleur, à la peur. Leur perspective provoque du déplaisir.

Lors de l'analyse par théorisation ancrée des entretiens, la catégorie principale « Etats du corps et maladie » a émergé. Si les personnes que nous rencontrons et à qui le médecin propose un dépistage n'ont pas de symptômes des cancers qui visent à être dépistés, elles ont en revanche toutes fait l'expérience d'affections corporelles par le passé. Peu nombreuses sont en effet les personnes qui n'ont jamais eu d'affections somatiques à 55 ans, et d'autant plus chez des personnes qui ont beaucoup fumé lors de leur existence. Les personnes nous racontent alors, en réponse à la question d'amorce et donc par association, les expériences déstabilisantes réelles qu'elles ont vécues par le passé. Nous distinguons ici les perturbations réelles des perturbations imaginaires ou symboliques que nous caractériserons immédiatement après. Nous avons décrit les implications pour le fonctionnement psychique des personnes, des affections corporelles qui les atteignent dans leur chair, dans **le chapitre 4**.

Dans la sous-catégorie « Symptômes et sensations corporelles », nous retrouvons les sensations étranges, douloureuses, traumatiques vécues par les personnes. Ces éprouvés excitants traumatiques peuvent ne pas trouver d'inscription psychique et témoigner du retour du quantitatif – le pur somatique – au détriment du qualitatif – des mots pour border l'expérience. Dans la sous-catégorie « Capacités motrices et usages du corps », nous retrouvons les verbatims des personnes témoignant de ce que les pathologies somatiques privent le sujet des moyens de satisfaction libidinale : ils ne peuvent plus faire du sport, ils ne peuvent plus travailler, ils ne peuvent plus aimer. La sous-catégorie « Arrêt et sevrage » dans la catégorie principale « Gérer sa santé », témoigne des tentatives des personnes pour arrêter de fumer, souvent sur prescription du médecin et parce que cela pourrait aggraver leurs symptômes somatiques actuels déjà liés au tabagisme. Les personnes sont exposées au « refusement », à l'impossibilité de satisfaction pulsionnelle. A côté de l'impossibilité de faire, se trouve également l'impossibilité d'être : être séducteur, être masculin, féminin, actif, être rigoureux, être moteur des relations sociales, etc. Occurrences retrouvées dans la catégorie « Changements identitaires induits ». Les personnes sont sujettes à des vacillements identificatoires et identitaires, à l'impossibilité d'exprimer des choix inconscients – en ce qui concerne le destin des pulsions et des identifications – qui avaient, parfois pendant des décennies, participé de leur équilibre somato-psychique. Ces expériences mettent le sujet en situation de passivation, d'impuissance, et créent des affects de déplaisir – décrits par les personnes dans les verbatims réunis dans la sous-catégorie « Expression d'affects et d'émotions ». Ces affects et impressions peuvent être de l'ordre de l'inquiétante étrangeté lorsqu'est remis en question le sentiment d'appartenance du corps propre, ou encore être de l'ordre de la honte et de la culpabilité, quand les pathologies somatiques creusent l'écart entre le moi et l'Idéal du moi ou exposent le moi au jugement par le surmoi.

Il est apparu par l'étude de la catégorie principale « Prise en charge médicale » que les expériences des traitements médicaux et les interactions avec les personnels soignants pouvaient également participer de la valence traumatique des expériences. Par les propos que nous avons réunis dans la sous-catégorie « Evènements liés au diagnostic » et « Traitements et

hospitalisations », les participants de l'étude nous racontent des moments d'errance diagnostique qui ont participé de l'« étrangement » à eux-mêmes. Ils nous racontent des expériences de traitements douloureux, ainsi que le potentiel traumatique de certains modes de fonctionnement de la médecine technoscientifique et de son utilisation à l'hôpital. L'utilisation du vocabulaire médical peut par exemple amplifier la remise en question de l'appartenance du corps propre d'abord induite par les pathologies somatiques ; la visite médicale et le diagnostic peuvent créer chez les patients une impression d'objectivation, l'impression de n'être plus considérés comme des sujets à part entière. Certaines interactions avec les médecins – notamment lorsqu'ils manquent d'empathie ou ne prennent pas le temps d'écouter et de parler avec le patient – peuvent également être déstabilisantes et creuser davantage le hiatus entre corps pulsionnel et corps érotique, tel que nous l'apprend l'étude de la sous-catégorie « Interactions avec les médecins ».

L'étude de certaines sous-catégories nous a menée sur la piste d'une autre source d'exposition de la précarité, à laquelle renvoient les mots utilisés par le médecin lors de la proposition de dépistage. Nous avons étudié ces perturbations dans **le chapitre 4**.

Les termes employés par le médecin ne renvoient pas uniquement Evelyne à ses affections somatiques. Cette représentation ne perce peut-être pas jusqu'à sa conscience, mais le mot « cancer » la renvoie au décès de sa tante survenu bien des années plus tôt, d'un cancer du sein. Qu'est-ce que ça lui avait paru étrange, quand elle avait atteint 62 ans, l'âge auquel était morte cette chère tante. Elle se rappelle également que son ami Raymond lui a raconté, il y a quelques années, avoir dû subir une opération de la prostate par suite d'un dépistage par analyse PSA, que lui avait prescrit son médecin. Ils s'étaient fait la réflexion : tout ça ne les rajeunissait pas.

Il s'agit de perturbations qui ne viennent pas d'une fragilisation réelle du corps, mais plutôt de la transmission d'un sens sur la vie et l'existence par le biais de l'expérience de l'autre. Ainsi par exemple, par l'étude de la sous-catégorie « Expérience de la maladie et de la mort de l'autre » nous voyons se déployer les effets de la mort et de la maladie de l'autre – bien souvent un ou les deux parents, mais également les grands-parents, les oncles et les tantes, les frères et sœurs, les collègues, des personnes célèbres – sur le sentiment de soi. L'expérience de l'autre peut avoir un effet sur soi lorsque la personne est liée à l'autre par des liens identificatoires et projectifs. Liens identificatoires, d'une part, lorsqu'est perçue une analogie avec l'autre et que son expérience en apprend à la personne sur son destin. Comme le rend apparent l'étude de la catégorie « Se situer par rapport à d'autres ou à la norme », l'expérience de l'autre proche, mais également ce qui arrive à toute la génération à laquelle la personne s'identifie, peut dire quelque chose de l'avenir personnel, et en dehors de toute expérience réelle fragilisant le corps de la personne. Liens projectifs, d'autre part, lorsque le sujet a réussi à tenir à distance certains contenus grâce à leur projection sur l'autre – et notamment des mouvements pulsionnels ressentis en soi comme un danger, annonçant la destruction, la mort, l'effroi. L'horreur n'arrivera pas au sujet, car cela n'arrive qu'aux vieux et aux malades or le sujet est jeune et sain. Arrive un jour, nous l'avons vu dans la catégorie « Etiologie ou sens donné aux symptômes », où par identification et perception

d'une analogie entre les Moi, les contenus qui avaient été projetés sur l'autre font retour sur le sujet et viennent dire quelque chose de son destin.

Se dire « vieux », se dire « malade », se dire « handicapé », véhicule un sens sur l'existence. Nous ne nous savons mortels que parce que d'autres sont morts avant nous. Ce gain en sens sur soi – par retour de contenus projetés sur l'autre ou par identification, par les différents moyens que nous avons relatés dans le chapitre 4 – peut être l'occasion de sentiments déstabilisants de l'ordre de l'inquiétante étrangeté. Ils participent du sentiment de vieillir, d'une confrontation progressive à un sens sur soi rapprochant inévitablement de la mort.

Les associations d'idées des personnes que nous avons rencontrées nous offrent un aperçu des contenus auxquels renvoient les mots prononcés par le médecin lors de la consultation de proposition de dépistage, et ce, dans la mesure où le sujet fait appel à son fonds de mémoire pour décider s'il veut ou non participer à cette procédure qui lui est proposée.

1.1.2. Angoisse-signal et chaîne de l'effroi

La mobilisation de ces traces représentatives et affectives liées au cancer, à la maladie, à la mort, au savoir sur sa propre précarité à l'occasion de la proposition de dépistage, entraîne le développement d'angoisse-signal. C'est-à-dire que l'affect d'angoisse, vécu par le passé dans une situation réelle de débordement par des excitations, est mobilisé en anticipation d'une telle situation traumatique qui n'est pas encore là mais dont le moi pressent la possibilité.

Le chemin est relativement court lorsque le dépistage ramène la personne à des expériences qui ont été en elles-mêmes traumatiques. C'est le cas par exemple lorsque les personnes ont vécu des situations extrêmes du fait de la pathologie somatique. Le chemin est moins direct lorsque le dépistage ramène la personne à un savoir sur sa mort. Le fait que la perspective de la mort propre provoque du déplaisir relève *a priori* de l'évidence et du fait commun. Mais en réalité, pourquoi un événement jamais vécu et non représentable tel que la mort, événement des plus négatifs et annonçant l'expérience du « rien », serait-il source d'angoisse, affect lié au débordement ? Dans le **chapitre 5**, nous avons tenté de comprendre les mécanismes psychiques sous-jacents au caractère perturbateur des événements confrontant le sujet à sa mortalité.

Ça ne lui arrive pas souvent, mais quand Evelyne contemple la perspective de sa propre mort, elle ressent toujours un déplaisir des plus intenses. Elle se rappelle alors avec un sourire : cela n'a pas toujours été le cas. Lorsqu'elle avait 4 ans, son arrière-grand-père est décédé. Elle voyait bien à l'agitation autour d'elle qu'il se passait quelque chose d'important et, dans une tentative de comprendre ce qui se passait, elle a demandé à son arrière-grand-mère si elle avait bien compris : « ce sera bien toi la prochaine ? ». Mamie avait confirmé en lui souriant, mais les autres personnes autour d'elles, dont ses parents, s'en sont offusqués et l'ont réprimandée. Elle a alors compris par les vives réactions négatives à sa question des plus innocentes, que la mort n'était pas un sujet à prendre à la légère autour des adultes, car cela créait manifestement des réactions fortes chez eux. Cette notion des plus floues, la mort, qui la laissait, elle, indifférente car elle ne pouvait pas se représenter cette absence, ce vide, ce non-retour qu'on lui décrivait,

avait bien l'air d'être quelque chose de fort désagréable et qu'il valait mieux chercher à éviter. Evelyne étant maintenant devenue adulte, elle comprenait comme si cela relevait d'une évidence pourquoi cette réaction d'enfant avait à l'époque tant choqué.

Les propos relatés par les personnes, notamment dans les catégories « L'avenir et la mort », mais également dans d'autres catégories, comme « Etats du corps et maladie » ou « Parcours de vie », nous ont permis d'étudier l'évolution du rapport à la mort au cours du développement. Des événements qui avaient eu lieu à différentes époques de la vie des personnes nous ont été relatés : des expériences récentes, mais également des expériences lors de l'enfance, de l'adolescence, chez le jeune adulte. Les personnes nous relatent par-là l'histoire de la construction du rapport à la mort, qui est en fait l'histoire de l'association d'un mot qui ne peut faire écho à aucune expérience réelle, à des contenus psychiques de l'ordre de l'effroi n'ayant pas de mots pour les border.

Les liens associatifs repérés nous montrent que le sujet peut être ramené à des expériences traumatiques vécues dans l'enfance. Ils nous montrent également que certaines expériences ne sont pas directement en lien à la pathologie somatique, mais à d'autres contenus traumatiques, tels que la violence et la guerre, ou encore des expériences de débordement pulsionnel lors de l'enfance ou de l'adolescence. La notion de mort s'associe par apprentissage aux expériences traumatiques lors desquelles le sujet a été soumis à la pure quantité, aux expériences somatiques ne pouvant pas être calmées, aux excitations ne pouvant pas être, du fait de l'absence de l'autre ou de l'immaturation de l'appareil psychique, traitées. Progressivement, du fait d'un apprentissage par l'expérience et par association d'éléments orphelins dans la psyché, la mort, d'inoffensive, devient un mot qui annonce un danger pour le moi.

Ce sont ces mécanismes qui nous semblent à l'œuvre lorsque le médecin propose à son patient un dépistage des cancers. La personne, pour décider si elle veut ou non participer, doit tenter de se représenter ce qu'implique la proposition du médecin. Dans cette proposition sont contenus les mots prononcés dans la consultation : « cancer », « dépistage », « masse », « maladie », « cigarette », « âge », et l'invitation implicite à imaginer un avenir qui pourrait être habité par la maladie et la mort pour pouvoir l'éviter ou la retarder. Pour anticiper, la personne ne dispose que de son fonds de mémoire dans lequel reposent, prêtes à être mobilisées, les traces des expériences passées. Du fait des traces que ces mots vont appeler, il y a de grandes chances pour que cette proposition par le médecin s'associe à des expériences qui ont été source de déplaisir. Le Moi du sujet perçoit par analogie le danger auquel il est exposé, danger qui renvoie toujours ultimement à un risque de retour de la quantité, au retour du pur somatique, au retour d'excitations impossibles à traiter et par-là traumatiques. Le Moi déclenche alors un signal d'alarme, en mobilisant ces affects ressentis lors des expériences de débordement : de l'angoisse, qui a cette fois valeur de signal. Dans une tentative d'agir par anticipation, l'appareil psychique s'apprête par l'angoisse pour mobiliser des mesures qui lui permettront d'éviter la souffrance et l'effroi auquel il se sent exposé.

Nous synthétisons les liens entre les catégories d'analyse issues de l'analyse par théorisation ancrée, et nos résultats, en ce qui concerne l'expérience par le sujet de la fragilisation et de l'exposition de la précarité, dans le tableau 15.

Tableau 15

Exposition de la précarité et fragilisation : catégories et concepts

Participer à un essai clinique	Etats du corps et maladie
<p>"Être un sujet d'étude"</p> <p>Association entre les facteurs d'éligibilité (être âgé, être malade, être fumeur) et les expériences personnelles</p>	<p>"Symptômes et sensations corporelles"</p> <p>Les éprouvés traumatiques, étranges, non psychisables, effractant. Désétayage, s'effondrer', 'ne plus tenir', 'ne pas digérer'.</p>
<p>Prise en charge médicale</p>	<p>"Capacités motrices et usages du corps"</p> <p>Incapacités, impuissance, refusement, frustration : ne plus pouvoir faire</p>
<p>"Evènements liés au diagnostic"</p> <p>Errances diagnostiques, identifications métonymiques, devenir un autre</p>	<p>"Expression d'affects et d'émotions"</p> <p>Affects d'impuissance, de passivation, choc, relatifs aux signifiants formels</p> <p>Affects de honte, sentiment de culpabilité relatifs à l'écart moi - idéal du moi</p>
<p>"Traitements et hospitalisations"</p> <p>Traitements étranges, douloureux, inquiétants. Etrangeté du vocabulaire, désobjectivation par certaines pratiques médicales</p>	<p>"Changements identitaires induits"</p> <p>Ne plus pouvoir être : déstabilisations des destins pulsionnels et identificatoires (caractère + caractéristiques identitaires)</p>
<p>"Inscription dans le milieu hospitalier"</p> <p>Accroissement des affects liés à la maladie par difficultés administratives, fonctionnement hospitalier anonyme</p>	<p>"Etiologie et sens donnés aux symptômes"</p> <p>Comment nommer les symptômes : "vieux", "malade", "handicap". Devenir un autre</p>
<p>"Interactions avec les médecins"</p> <p>Expériences traumatiques (relationnelles, jusqu'à vexations et humiliations). Impensé médical. Objectivation.</p>	<p>"Se situer par rapport à d'autres ou norme"</p> <p>Précarité personnelle ressentie par identification à d'autres fragiles, par identification aux vieux</p>
<p>L'avenir et la mort</p>	<p>"Estimation du risque cancéreux"</p> <p>Avoir déjà envisagé le cancer pour soi. Avoir déjà fait des associations entre des caractéristiques personnelles et un savoir sur le cancer</p>
<p>"Être en relation dans la maladie"</p> <p>Dépendance, soins du corps par l'autre (régression ?) Passivation, échange des places (avec conjoint, enfants...)</p>	<p>Gérer sa santé</p>
<p>"La maladie et la mort de l'autre"</p> <p>Perte d'objets d'amour, refusement, douleur. Echange des places dans l'ordre symbolique (soins aux parents, décès). Identification à l'autre malade/mort, retour contenus projetés</p>	<p>"L'arrêt, le sevrage"</p> <p>Refusement, frustration. Echecs, honte, sentiment de culpabilité, d'impuissance</p>
<p>"Ressenti actuel en pensant à l'avenir"</p> <p>Savoir sur l'universalité de la mort. Association de la mort au déplaisir, et à un danger. Anticipation = appel au "fonds de mémoire"</p>	<p>"Discours extérieurs et réactions associées"</p> <p>Injonctions surmoïques médicales. Association cigarette et danger. Internalisation ou extériorité</p>
<p>La vie hors maladie</p>	<p>"Autres comportements, activités"</p> <p>Pareil pour alcool, absence d'activité sportive, qualité de l'alimentation</p>
<p>"Parcours de vie", "Relations", "Loisirs"</p> <p>Perte d'emploi (licenciement, retraite), Ruptures = refusements, perte de statut...</p>	<p>"Parcours de vie, finances et santé"</p> <p>Question du statut (pour allocations, par exemple), désobjectivation, assignation. Impuissance, dépendance, retour dérélliction.</p>
<p>"Culture, religion, politique"</p> <p>Guerre, délinquance, attentats, etc.</p>	

1.2. Traitement psychique de l'évènement dépistage

Après avoir présenté en quoi le dépistage pouvait être perturbateur et déstabilisant pour les personnes, nous nous intéressons ici aux possibilités de traitement psychique de cet évènement.

Lorsqu'Evelyne rentre chez elle, elle ne parle pas à son mari de la proposition de dépistage qu'elle a reçue de son médecin parce qu'à vrai dire, elle n'y pense presque plus. Elle s'en rappellera tout de même suffisamment pour prendre rendez-vous au centre d'analyses médicales. La veille du jour de son rendez-vous, elle en parle à son mari, le soir, au diner, en passant. Elle lui dit qu'elle doit avoir un examen demain, que ce n'est vraiment pas grand-chose, juste un contrôle de routine, ça ne l'inquiète vraiment pas du tout. Et puis elle trouve cela vraiment super que la médecine aujourd'hui permette de prendre « les choses » à temps, il faut sauter sur une telle occasion. Ils changent de sujet.

La catégorie « Réactions et émotionnel autour du dépistage » réunit, entre autres, les propos prononcés par les personnes en réponse immédiate à la question d'amorce. Nous repérons bien dans ces réponses les thématiques de la peur, de l'inquiétude, voire du « mélodrame » et de « la fin du monde » – c'est-à-dire, des mots qui parlent du danger et de l'angoisse-signal. Mais ces occurrences témoignant d'affects douloureux sont le plus souvent amenées sous forme de négation, de minimisation, ou font l'objet de contre-investissements grâce à l'adjonction de l'optimisme, de l'humour, de la confiance en le médecin ou en la médecine.

Que faire en effet de ce danger qui menace le sujet ? Quelles ressources le sujet peut-il mobiliser lorsque se profile la possibilité de tomber malade et de mourir ? La première réponse face au danger est de fuir. Mais comment fuir un danger qui est intrinsèque à la condition d'être vivant et alors que l'homme porte en lui le programme de sa disparition ? Comment, alors que l'homme se sait mortel, peut-il vivre sans être dans un état constant d'angoisse-signal l'alertant du danger auquel il est exposé ? Comment expliquer que l'homme puisse au contraire et en réalité vivre relativement sereinement alors même qu'il se sait mortel ?

1.2.1. Mesures de protection contre le déplaisir associé au dépistage

Un résultat qui a émergé lors de l'analyse est que les personnes ne sont pas sans défense face à la survenue de telles représentations mais peuvent au contraire mobiliser des mesures de préservation – que nous avons caractérisées dans **le chapitre 8** – qui préexistaient à la proposition de dépistage reçue du médecin. Nous avons en effet identifié des analogies entre les réponses apportées face au danger que représente le dépistage et les moyens psychiques mobilisés par les personnes pour vivre dans des situations autrement perturbantes, c'est-à-dire les pathologies vécues et les autres sources de confrontation à un savoir sur leur mortalité. Les mesures de préservation sont apparues dans la quasi-totalité des catégories. Nous synthétisons le lien entre les différentes catégories et nos résultats concernant les possibilités de vivre dans la précarité, dans le tableau 16, à la fin de cette section.

Le caractère de danger est attribué au dépistage par analogie avec des situations de précarité déjà vécues. Le sujet va tenter de mobiliser face au dépistage les mêmes mesures qui lui avaient

permis de survivre aux expériences déstabilisantes, et lui avaient permis de vivre par le passé malgré sa précarité. Les personnes que nous avons rencontrées ne font pas pour la première fois l'expérience de la fragilisation réelle ou d'un gain en savoir sur leur condition d'homme précaire. Elles disposent déjà de moyens psychiques qui leur ont permis de survivre à ces événements et de vivre hors de l'illusion d'une solidité et d'une stabilité inaliénables.

D'une part, les personnes mobilisent des moyens psychiques qui leur permettent de fuir le danger, si ce n'est réellement, au moins sur le plan psychique. Une grande variabilité dans les mesures défensive a été observée, et elles ont été notamment rendues apparentes par l'étude de la catégorie « Ressenti actuel en pensant à l'avenir ». Certaines personnes mobilisent des défenses massives, allant d'un déni de la représentation de danger – au point de quitter l'hôpital et de nier les implications de symptômes réels –, à des attitudes extrêmes de provocation de la mort. Dans les deux cas, qu'il s'agisse d'un déni massif ou d'une présence envahissante dont le sujet se défend par la mise en œuvre de conduites ordaliques, ces mesures permettent de survivre aux représentations confrontant le sujet à la finitude. Des formes plus élaborées et moins massives de moyens d'évitement du déplaisir ont par ailleurs relevées : dénégation, déni sélectif ne portant pas sur la réalité du danger mais sur le fait que le danger puisse s'appliquer à soi, ou encore répression des affects associés à la représentation de danger.

Dans tous les cas, et quelles que soient la qualité du rapport à la réalité et la qualité du traitement des affects et des représentations, il s'agit toujours de pouvoir inhiber les représentations s'opposant à la continuation de la vie, de manière que le sujet puisse continuer à vivre malgré le savoir sur sa finitude. Cela implique l'existence d'un clivage au sein de l'appareil psychique, clivage 'normal' donnant les moyens aux personnes de faire coexister dans la psyché l'acceptation et le refus de la réalité de la fragilité et de la mort.

L'étude des catégories « Etat d'esprit, attitude, philosophie » ou « Idées utilisées pour apaiser les craintes », parmi d'autres, laisse apparaître l'utilisation de défenses d'autres types, permettant le renforcement du rejet d'une partie de la réalité. Il s'agit par exemple de l'utilisation de contre-investissements, comme l'optimisme, l'humour, la joie de vivre, le fait de voir le bon côté de la vie. Ou encore le fait de nier l'impuissance face au destin en effectuant un choix – fantasme inconscient de pouvoir choisir la raison et les circonstances de notre mort –, même si ce choix est celui de se donner volontairement la mort par l'euthanasie. L'étude des catégories « Interactions avec les médecins » et « Discours extérieurs et réactions associées » dans laquelle sont réunies les prescriptions des médecins et de l'Etat sur le tabagisme, nous a menée sur la piste de défenses de l'ordre de l'idéalisation et de la projection. La personne peut calmer l'angoisse-signal en imaginant être sauvée par la médecine ou le médecin. Elle peut se protéger de la culpabilité à laquelle l'expose la stigmatisation – la personne est alors considérée responsable de ses affections somatiques –, par projection des contenus agressifs sur les médecins ou d'autres institutions comme l'Etat et les lobbies du tabagisme. La plupart de ces défenses s'inscrivent dans un discours tout à fait rationnel. Cela ne les empêche pas, bien au contraire, d'assurer en même temps des buts inconscients ayant trait à la diminution du déplaisir et de la souffrance psychique.

Evelyne évite de penser à l'avenir parce qu'avec l'avancée en âge, les perspectives sont plutôt désagréables, mais lorsqu'elle y pense, elle se dit qu'elle est plutôt chanceuse. Elle connaît beaucoup de personnes qui sont déjà beaucoup plus malades qu'elles. A vrai dire, elle s'estimerait déjà heureuse si elle pouvait éviter d'avoir une longue maladie, c'est-à-dire si elle pouvait épargner à ses enfants, lorsque ses jours seront comptés, de leur faire vivre la même chose qu'elle avait dû subir lorsque sa propre mère était tombée gravement malade et était décédée, dans des conditions très difficiles. En comparaison, elle trouvait admirable la manière dont était partie son amie Anne. Elle avait été malade, certes, mais peu de temps, et avait gardé une grande dignité jusqu'à sa mort.

L'étude de certaines catégories nous a menée sur la piste de mesures de préservation ne relevant pas d'inhibition des représentations dérangeantes par soustraction d'une partie du moi à la réalité, mais relevant plutôt d'une requalification du sens de l'existence. Il apparaît par exemple dans la catégorie « Souhaits, désirs, jugements sur l'avenir », le dépassement de la dialectique opposant la mortalité à l'immortalité, vers celle opposant la bonne mort à la mauvaise mort. Le sujet n'abandonne pas la poursuite d'un but de l'existence mais adapte la définition de ce but afin qu'il reste confirmable par l'expérience. Il apparaît dans les catégories « Se situer par rapport à d'autres ou à la norme », « Etiologie et sens donné aux symptômes » et « L'expérience de la maladie ou la mort de l'autre » qu'un travail identificatoire peut participer d'une redéfinition des buts de l'existence, autrement dit, des moyens d'obtenir satisfaction narcissique par rapprochement du moi avec l'Idéal du moi. Ces modifications semblent intimement liées aux possibilités pour les personnes de s'appuyer sur des figures identificatoires pour trouver des innovations psychiques et des réponses permettant de continuer à investir leur existence malgré des confrontations répétées à la perspective de la finitude. Ces mesures de préservation ne reposent pas sur l'utilisation de mécanismes de défense et sur une mise à l'écart d'un pan de la réalité, mais plutôt sur un travail de mise en sens, d'historicisation, de symbolisation.

1.2.2. Des mesures de préservation qui discréditent ou accréditent le dépistage

Evelyne doit l'avouer, elle hésite à annuler son rendez-vous au centre d'imagerie. C'est vrai qu'elle sait, rationnellement, que le médecin considère qu'elle est à risque de cancer, et elle sait qu'elle pourrait en effet développer un cancer dans la mesure où elle fume depuis 40 ans. Honnêtement, une part d'elle est intimement persuadée que ça ne lui arrivera pas. Et puis à vrai dire, elle n'est plus de la première jeunesse depuis un moment, il faudra bien qu'elle meure de quelque chose. Maintenant ce qui lui importe, c'est sa qualité de vie, et elle ne veut pas passer son temps à subir des examens médicaux qui impliqueraient qu'elle passe encore plus de temps à l'hôpital : quand on cherche, on trouve. Après tout, tout le monde est à risque de développer un cancer, pas uniquement elle. On ne peut pas vivre en ayant peur de tout, tout le temps, il faut bien vivre.

Nous avons remarqué que parmi les mesures de préservation mobilisées par les personnes, un certain nombre discréditent l'utilité du dépistage pour la personne. Elles font que le dépistage ne peut pas être investi comme une action source de bénéfices psychiques. Voire, le dépistage pourrait être source d'augmentation du déplaisir.

En effet l'homme, du fait des expositions répétées à l'information selon laquelle il est mortel, développe les moyens psychiques qui lui permettent de ne pas souffrir du fait de ce savoir. Lorsque le médecin l'expose à sa précarité en lui disant qu'il le considère à risque de développer un cancer, il dispose d'un appareil psychique qui lui permet de ne pas être trop perturbé par cette information, grâce à l'inhibition de la représentation de danger, ou grâce à des contre-investissements ou des investissements compensatoires, par exemple par un déplacement du but de l'existence vers un but moins tributaire de la prolongation de la vie. La personne dont l'appareil psychique diminue la résonance affective d'une potentielle maladie future, ne verrait dès lors que peu d'intérêt à participer à un dépistage. Participer au dépistage ne sert dans ce cadre aucun but du point de vue du principe plaisir/déplaisir. Cela diminue la tendance de la personne à l'investir comme action dont il tirerait un intérêt, c'est-à-dire qui lui permettrait d'éviter du déplaisir.

Un résultat de cette étude est donc l'identification de forces au sein de la psyché – forces nécessaires car permettant au sujet de vivre en étant conscient de sa mort – qui discréditent l'utilité du dépistage. Un certain nombre de participants de l'étude mesurent ainsi les bénéfices attendus du dépistage. Ils indiquent par exemple ne pas franchement se soucier des résultats. Ou encore, ils participent mais sont convaincus d'être en bonne santé, que cela n'a pas une grande utilité. Certaines personnes disent par ailleurs que leurs priorités se trouvent ailleurs.

Mais des attitudes bien différentes vis-à-vis du dépistage ont également été relevées.

Maintenant que le médecin lui a mis cette possibilité de dépistage dans la tête, elle a beau avoir ses réserves, elle a tout de même du mal à en ignorer la possibilité. Son médecin a réveillé une force en elle, qui, sans relever d'une crainte, ne veut maintenant plus se taire. Après tout, le dépistage est vraiment une démarche positive, elle se sentirait rassurée de savoir ce qui se passe dans son corps. Et après tout, ne faut-il pas tout faire pour préserver sa santé ? Elle essaie d'arrêter de fumer depuis des années sans complètement y arriver, ce qui la fait culpabiliser par moment. Ne se doit-elle pas à elle-même de participer à ce dépistage, pour mettre toutes les chances de son côté ? Et puis, cela lui offrirait une occasion de revoir son médecin généraliste, ce qui lui fait souvent du bien, à vrai dire. Et il sera content de savoir qu'elle a respecté sa prescription, elle risque même de se faire gentiment réprimander si elle ne le fait pas. Allez, c'est décidé, elle va se présenter à son rendez-vous.

Le dépistage peut être utilisé par le sujet pour diminuer l'angoisse-signal, et donc être saisi par lui comme un support réel des mesures psychiques de préservation. Se faire tester dans le cadre d'un dépistage des cancers peut favoriser différents mécanismes psychiques qui participent de la diminution de l'angoisse-signal. Cela apporte un sentiment de maîtrise omnipotente grâce à une visualisation de l'intérieur du corps. Cela maintient l'illusion que le sujet peut maîtriser son avenir. Cela lui permet de transformer la passivité face à la mort en activité, tentative de « faire quelque chose » plutôt d'être soumis aux forces du destin. Cela permet un appel à l'autre médecin, qui apporte une présence et diminue le sentiment d'impuissance et de solitude face au danger. Cela participe des mesures psychiques d'évitement – avoir été testé équivaut parfois à ne pas

avoir le cancer, ou à sa guérison assurée : cela aboutit alors à la diminution du déplaisir avant même que les résultats ne soient connus.

Un détour par la psychologie collective nous a menée à la conclusion que le dépistage est une des représentations transmises par le système de pensée dominant actuel – le système scientifique. Ces représentations transmises par la collectivité ont pour but de diminuer l'effroi des personnes face aux forces de la nature et vis-à-vis de la perspective de la mort. Dès lors, au niveau subjectif, adhérer à la science offrirait un panel de possibilités de traitement psychique du danger, de l'ordre de l'omnipotence, de l'illusion de pouvoir maîtriser son destin plutôt que d'être impuissant face à lui. Dans la catégorie « Idées utilisées pour apaiser les craintes » sont retrouvées de telles mesures défensives inscrites dans le système scientifique actuel – par exemple, le recours à l'euthanasie pour éviter la souffrance et la dépendance qu'amènerait la maladie. Les catégories « Discours extérieurs et réactions associées » réunissent les prescriptions reçues par les personnes concernant le tabagisme et les autres comportements jugés néfastes pour la santé, tels que la sédentarité, une mauvaise alimentation, la consommation d'autres toxiques. Les catégories « Arrêt et sevrage » rendent compte des tentatives par les personnes de se conformer à ces prescriptions. Ces deux dernières catégories, ainsi que les catégories « Santé publique », « Recherche scientifique », et « Être un sujet d'étude » témoignent de l'internalisation par les personnes des injonctions et représentations véhiculées par le système scientifique.

L'internalisation ou l'adhésion inconsciente à ce discours collectif véhicule des clés quant à la façon de traiter psychiquement la détresse causée par le savoir sur notre mortalité. Au sein de ce système de pensée, le dépistage assure la diminution de l'angoisse de mort. Sont retrouvées dans la catégorie « Accepter le dépistage », des raisons d'accepter inscrites dans le discours collectif : volonté de réduire l'angoisse, volonté de tout faire pour sa santé, volonté de participer au progrès scientifique, de se plier à l'autorité ou de se laisser guider par le médecin, etc.

L'adhésion aux représentations fournies par la science peut aller parfois jusqu'à l'idéalisation, discréditant aux yeux du sujet toute autre mesure psychique n'étant pas rationnellement justifiée. Les patients qui discréditent les mesures de préservation non inscrites dans le système scientifique courent le risque de s'exposer à la souffrance, s'ils ne s'avèrent pas capables de respecter les prescriptions de la médecine supposées diminuer le risque réel et permettant par-là de minimiser l'angoisse. Ce sera notamment le cas pour les personnes qui ne parviennent pas à arrêter de fumer, dans un contexte psychique où seul un respect total des prescriptions médicales aurait le pouvoir de diminuer l'angoisse créée par le savoir sur leur condition de mortel. A l'inverse, la plupart des personnes mobilisent leur créativité dans l'établissement des mesures de préservation. Le recours aux médecines parallèles – catégorie « Autres comportements et activités » –, ou encore l'adhésion à d'autres systèmes de pensée tels que la religion ou la superstition – catégorie « Après la mort » –, témoignent d'une telle prise de liberté dans l'établissement des mesures de préservation, par rapport au système culturel dominant.

Le principal nous paraissant être que la personne puisse développer les mesures qui correspondent à son organisation psychique et qui lui permettent de vivre malgré les confrontations répétées à son impuissance et à sa finitude.

Tableau 16 **Traitement psychique de la précarité et fragilisation : catégories et concepts**

Participer à un essai clinique	Etats du corps et maladie
<p style="text-align: center;">"Accepter le protocole"</p> <p>Subversion du but du dépistage, saisie de l'évènement dans la dynamique psychique. Investissement du dépistage comme mesure de préservation</p> <p style="text-align: center;">"Réactions et émotionnel liés au dépistage"</p> <p>Mobilisation de mesures défensives (humour, minimisation, négation affects, etc.)</p> <p style="text-align: center;">"Être un sujet d'étude"</p> <p>Adhésion au but médical 'agir pour préserver'. Ou au contraire : refus d'adhésion pour refus d'objectalisation et maintien de la subjectivité</p> <p style="text-align: center;">"Santé publique", "Recherche scientifique"</p> <p>Internalisation de la culture civilisée actuelle. Mesures de préservation pour ou contre</p>	<p style="text-align: center;">"Symptômes et sensations corporelles"</p> <p>Subversion libidinale, signifiants formels = réintroduction pensée, liaison des éprouvés</p> <p style="text-align: center;">"Capacités motrices et usage du corps"</p> <p>Remobilisation libidinale. Déprise, reprise, adaptation des activités, déplacements, etc.</p> <p style="text-align: center;">"Eprouvés psychiques liés à ces états"</p> <p>Expression d'affects : colère, etc. et nommer les affects = sortie de l'emprise du pur soma</p> <p style="text-align: center;">"Changement identitaires induits"</p> <p>Atteinte d'un nouvel équilibre libidinal. Destins des pulsions et identifications (déssexualisation)</p> <p style="text-align: center;">"Etiologie et sens donné aux symptômes"</p> <p>Faire sens de l'expérience. Symbolisation. Roman de la maladie. Symptôme saisi dans le fantasme</p> <p style="text-align: center;">Se situer par rapport à d'autres ou norme</p> <p>Identification symbolique. Inscription dans l'univers culturel. Le sens borde l'expérience</p> <p style="text-align: center;">Imaginer ce qui aurait pu être</p> <p>Refusement rendu supportable grâce au fantasme</p>
Prise en charge médicale	Gérer sa santé
<p style="text-align: center;">"Evènements liés au diagnostic"</p> <p>Nommer le trouble. Inscription dans un univers partagé. Appel à l'autre sachant</p> <p style="text-align: center;">"Comment, pourquoi chercher"</p> <p>Inscrit dans les mesures de préservation : vers activité, omnipotence, choix ? vers évitement, déni, priorisation, acceptation ?</p> <p style="text-align: center;">"Traitement de la maladie"</p> <p>Vers nouvel équilibre somato-psychique</p> <p style="text-align: center;">"Comment, pourquoi traiter ?"</p> <p>Du refus de soins (acceptation de la réalité de la précarité ou abandon de soi) à l'acharnement thérapeutique (investissement de l'activité jusqu'à perte de contact avec la réalité)</p> <p style="text-align: center;">"Interaction avec les médecins"</p> <p>Appui sur ou appui contre le médecin (médecin "suffisamment bon"). Soins par</p>	<p style="text-align: center;">"Description et investissement du tabagisme"</p> <p>Assouvissement de la pulsion. Plaisir</p> <p style="text-align: center;">"Arrêt" et "Discours"</p> <p>Internalisation des discours = effets réels positifs sur la santé. Agir contre la précarité</p> <p style="text-align: center;">"Autres comportements, activités"</p> <p>Assouvissement pulsion + Médecines parallèles : prise d'indépendance par rapport au modèle scientifique dominant. Créativité, subjectivité, affranchissement</p> <p style="text-align: center;">"Etat d'esprit, attitude, philosophie"</p>

<p>l'autre permet la réappropriation subjective. Subversion du rapport au médecin : réintroduction fantasme et contact dans le monde étrange de l'hôpital</p>	<p>Mesures élues de préservation : Carpe Diem, Optimisme, humour, etc. = retournement de la passivité en activité, contre-investissement</p> <p>"Parcours de vie, finances et santé"</p> <p>Reconnaissance. Pairémulation. Subjectivation. Egalisation</p>
<p>L'avenir et la mort</p>	<p>La vie hors maladie</p>
<p>"Être en relation dans la maladie"</p> <p>Permet la réappropriation subjective</p>	<p>"Parcours de vie", "Relations", "Loisirs"</p> <p>Elan vital qui pousse malgré / avec la maladie : assouvissement pulsionnel dans l'activité professionnelle, les amours, amitiés, loisirs, hobbies. La retraite comme une opportunité</p>
<p>"La maladie et la mort de l'autre"</p> <p>Grâce à l'identification = apprendre de l'expérience de l'autre. Décès de l'autre = peut déclencher un sursaut identificatoire</p>	<p>"Culture, religion, politique"</p> <p>Offre de représentations par la culture. Inscription dans un ordre culturel (symbolisation) Compensation aux sacrifices pulsionnels</p>
<p>"Ressenti actuel en pensant à l'avenir"</p> <p>Mesures de préservation. Acceptation consciente mais attitude inconsciente de déli, d'évitement. Contre-investissement par attitude, humour, conduites ordaliques</p>	<p>"Idées utilisées pour apaiser les craintes"</p> <p>Mesures de préservation de type "choix" (ex : euthanasie). Maintien de l'omnipotence, refus de l'impuissance</p>
<p>"Souhaits, désirs, jugements sur l'avenir"</p> <p>Adaptation Idéal et mesures de préservation selon l'expérience et la réalité. Passage de dialectique mort/immortalité à bonne/mauvaise mort</p>	
<p>"Après la mort"</p> <p>Sens sur l'existence et la mort. Déni de la disparition avec la mort (superstition, religion, mais aussi héritage, image de soi, intergénérationnel)</p>	

1.2.3. Le dépistage : non-événement, crise ou désinvestissement ?

Il fut un temps où Evelyne n'aurait même pas pris en considération cette proposition de dépistage des cancers. Lorsqu'elle était plus jeune, il lui arrivait de ne pas respecter les prescriptions médicales, et de manquer ses rendez-vous biennaux de frottis cervical. Mais elle avait eu dernièrement une série de « prises de conscience ». Elle essayait donc de ne plus ignorer ces signaux, car avec l'âge et ses troubles artériels, elle avait pris conscience d'une fragilité avec laquelle il avait bien fallu composer.

Il est apparu de l'étude des propos des personnes que les mesures de préservation évoluaient avec le temps, et surtout sous la pression de la réalité confrontant toujours davantage le sujet à sa précarité. Les mêmes moyens ne sont pas mobilisés pour s'arranger avec de telles représentations à l'adolescence lors de la première entrevue avec le mortifère, où à un âge plus avancé, c'est-à-dire lorsque la personne a déjà fait l'expérience de plusieurs rencontres avec la précarité – que ces rencontres soient dues aux messages répétés du médecin généraliste sur les dangers du tabagisme, à l'existence de troubles somatiques, ou encore aux décès de personnes

proches. Au gré du développement et du vieillissement de l'homme, une requalification de ce à quoi est attribué un caractère de danger a lieu – de l'absence de l'autre, à l'angoisse de la castration, à l'angoisse devant le surmoi, à l'angoisse de la mort, à l'angoisse de la mauvaise mort. Les mesures défensives qui permettent d'inhiber les représentations de danger peuvent aussi évoluer face à la nécessité de rester ancrées dans la réalité. Une requalification des buts de l'existence peut également avoir lieu, grâce un déplacement des figures sur lesquelles sera projeté l'Idéal du moi.

Evelyne pensait qu'elle était relativement sereine lorsqu'elle a passé les examens médicaux. Mais lorsqu'elle a vu qu'elle avait reçu deux appels du centre d'imagerie, et qu'ils lui avaient laissé un message vocal, son cœur a manqué un battement. Elle a réalisé qu'elle ne s'était en réalité pas du tout préparée à la possibilité de recevoir un résultat positif, cela lui a causé un sacré choc. Finalement, le centre d'imagerie ne la rappelait que parce qu'elle avait oublié sa carte vitale à l'accueil.

L'adaptation ou la non-adaptation des mesures de préservation à l'évènement rencontré, dépend déjà de la qualité des traces du fonds de mémoire mobilisées. Nous avons étudié les différentes modalités possibles de rencontre entre un évènement et une organisation psychique dans **le chapitre 9**. Certaines expériences, parmi les plus traumatiques, n'ont pas pu être correctement élaborées, transformées en qualité psychique par le sujet. Il nous est possible de supposer de telles expériences lorsque les personnes déploient des dénis plus massifs, ou des attitudes se rapprochant des conduites ordaliques. L'utilisation de telles mesures permet de suggérer la nécessité d'une coupure massive avec la réalité pour pouvoir survivre à la violence de la menace vécue par le sujet. Cela peut déboucher sur des impasses du travail psychique et l'impossible évolution des mesures de préservation pour qu'elles prennent en compte les nouvelles données en provenance de la réalité. Doit également être prise en compte la tendance de l'appareil psychique à toujours privilégier les solutions éloignant le moins possible le sujet de l'illusion de sa solidité et de sa pérennité, c'est-à-dire du premier état ayant été créé avec l'aide des parents pour protéger le petit d'homme de son extrême précarité.

L'impossibilité d'apprêtement par l'angoisse ou l'inadaptation des mesures de préservation mobilisées face au dépistage – parce que trop massives ou non adaptées à la réalité, – pourrait donc déboucher sur le déploiement de souffrance. De tels moments d'inadaptation peuvent rendre les changements dont le sujet fait l'expérience, visibles et bruyants. Les moments où la capacité d'équilibration est mise en échec peuvent faire prendre conscience à la personne de son vieillissement par ailleurs silencieux. Le sujet est alors mis en demeure, pour éviter la souffrance tout en conservant un bon rapport à la réalité et sans trop creuser le clivage au sein de sa psyché, de trouver d'autres moyens de vivre avec ces éléments le confrontant toujours plus à sa précarité.

Evelyne est allée se faire tester le mois dernier. Elle est bien contente parce que, depuis qu'elle a participé, elle sent qu'elle est plus en phase avec son médecin. Pour elle, c'est vraiment primordial d'avoir une relation de confiance avec les personnes qui s'occupent de sa santé, et c'est vrai qu'il a pu lui arriver parfois de douter du sérieux de ce médecin généraliste, de ne pas savoir s'il prenait vraiment toutes les mesures pour prendre soin de ses patients. C'est surtout vrai depuis le décès de sa mère. Elle était prise en charge

par le même médecin, et Evelyne a été vraiment très déçue par la qualité de son suivi médical, à la fin de sa vie. Elle est dans une rage folle à ce sujet depuis des mois, mais elle n'a pas réussi à changer de médecin, elle ne sait pas pourquoi. Curieusement, depuis le dépistage, cela semble avoir changé, elle se sent mieux. Elle en est contente.

Dans la catégorie « Accepter le dépistage » apparaissent les différentes façons dont les personnes se saisissent de l'expérience. Elles subvertissent l'expérience en y apportant une dimension toute personnelle et inscrite dans une vie fantasmatique et des buts pulsionnels singuliers. Certains investissent le dépistage comme une occasion d'arrêter de fumer, d'autres comme monnaie d'échange ou en remboursement d'une dette vis-à-vis du médecin. Ces investissements personnels du dépistage témoignent de la capacité du sujet de « rendre ami » des événements et des représentations qui lui sont d'abord étrangers.

Cela dépend de la capacité de la personne à mobiliser l'élan vital, à mobilisation le fantasme pour rendre familier le monde étrange de l'hôpital. Il s'agit de réintégrer de la subjectivité dans des expériences qui ont le potentiel de remettre en question les possibilités pour le sujet d'habiter et d'obtenir du plaisir par son corps. Nous avons développé les possibilités de remobilisation de l'élan pulsionnel vital dans **le chapitre 7**. L'organisation de la personnalité à laquelle accède le sujet à l'issue de l'Œdipe implique le développement de moyens psychiques que le sujet pourra mobiliser pour faire face aux expériences le privant des possibilités de satisfaction libidinale et l'exposant au refus. Ces mêmes moyens psychiques peuvent être convoqués pour investir le dépistage de manière qu'il réponde à des buts pulsionnels tous personnels, hors des buts rationnels médicaux. L'efficacité de ce travail de subversion, qui permet l'inclusion des représentations arrivant de l'extérieur, dans l'économie psychique singulière, peut mener le sujet à se penser le même avant et après l'événement. La mobilisation de l'appareil psychique peut abaisser toute sensation d'avoir été affecté par l'événement, bien que la personne ne soit plus la même avant ou après sa participation au dépistage des cancers.

En dernière instance, la manière dont sera vécue une expérience telle que le dépistage dépend du résultat de la rencontre entre un événement en provenance de la réalité, et un appareil psychique devant traiter ces représentations. Parfois, le travail psychique mobilisé est tel que la personne ne réalise pas qu'elle n'est plus la même, avant et après l'événement. Parfois, la personne peut être amenée à plus radicalement changer, à remarquer par-là qu'un changement a eu lieu. Dans le cadre de la rencontre avec la précarité, cela est souvent nommé par les participants « prise de conscience ». Parfois enfin, la personne ne parviendra plus à se modifier pour intégrer l'événement à son organisation psychique, ayant atteint les capacités de traitement psychique du fait de l'accumulation des restes non traités, non liables en sa psyché. Le dépistage pourrait alors confronter le sujet à sa précarité sans que cela puisse faire l'objet d'une élaboration, provoquant un déplaisir qui ne puisse pas être traité. Il est probable que dans un tel cas, aucun intérêt ne puisse être trouvé à la participation à un programme de dépistage, la personne ayant abandonné la lutte pour la vie dans une accélération du travail en elle de la mort. Sans que ne soit jamais exclue la possibilité qu'un événement venant de l'extérieur, tel qu'une rencontre amoureuse, puisse entraîner la remobilisation du désir et de l'élan pulsionnel vital.

2. Discussion des résultats et perspectives d'exploitation et de recherche

A notre connaissance, aucune recherche n'a abordé l'étude de l'impact psychologique du dépistage des cancers bronchopulmonaires avec un abord psychanalytique. Néanmoins, nous avons repéré de nombreux points de concordance entre les résultats des études relevées dans la revue de la littérature, et nos propres résultats. Les différents résultats semblent donc se corroborer mutuellement et se compléter. Nous avons en revanche identifié un certain nombre de points de désaccord, notamment en ce qui concerne les pistes d'exploitation des résultats.

2.1. Des résultats qui se corroborent mutuellement et se complètent

Nos résultats semblent corroborer les résultats d'autres études qui analysent l'impact psychologique du dépistage par scanner bronchopulmonaire. Nous proposerons ici des hypothèses interprétatives permettant d'expliquer les mécanismes psychologiques sous-jacents aux manifestations psychologiques relevées par les études ayant un abord quantitatif et/ou ayant un abord cognitiviste, à la lumière des résultats issus de la présente étude. Les liens entre les résultats de la présente étude et ceux rapportés dans la revue de littérature, que nous présentons maintenant sous forme narrative, sont également synthétisés dans le tableau 17.

Des études relèvent l'existence de conséquences psychologiques négatives – grâce à des mesures d'anxiété ou de qualité de vie liée à la santé – par suite de la consultation d'information sur le dépistage, et ce, avant la réalisation des procédures¹⁰⁸⁸. Ces résultats sont concordants avec nos conclusions selon lesquelles la consultation de proposition de dépistage peut, par associativité avec des expériences vécues traumatiques passées, créer un appréhement par l'angoisse. Ces résultats peuvent également expliquer les éléments de détresse psychologique relevés dans les études qualitatives au moment de l'invitation à un dépistage, de l'ordre du choc et d'inquiétudes pour la santé¹⁰⁸⁹. Ils peuvent également expliquer l'émergence de représentations liées au cancer, certains patients évoquant l'expérience de proches ayant été malades de cancer¹⁰⁹⁰.

Mais d'autres études relèvent également des réactions positives à la réception de l'invitation. Certaines personnes se sentent par exemple heureuses et détendues¹⁰⁹¹. Quantitativement, de nombreuses études relèvent l'absence d'un impact psychologique négatif du dépistage, à court, moyen et long terme¹⁰⁹². Ces résultats nous semblent concordants avec la mobilisation de

¹⁰⁸⁸ K. a. M. van den Bergh et al., « Short-term health-related quality of life consequences in a lung cancer CT screening trial (NELSON) », art cit ; S. Kummer et al., « Psychological outcomes of low-dose CT lung cancer screening in a multisite demonstration screening pilot », art cit.

¹⁰⁸⁹ S. Kummer et al., « Mapping the spectrum of psychological and behavioural responses to low-dose CT lung cancer screening offered within a Lung Health Check », art cit.

¹⁰⁹⁰ R.S. Wiener et al., « “The thing is not knowing” », art cit.

¹⁰⁹¹ S. Kummer et al., « Mapping the spectrum of psychological and behavioural responses to low-dose CT lung cancer screening offered within a Lung Health Check », art cit.

¹⁰⁹² I.F. Gareen et al., « Impact of lung cancer screening results on participant health-related quality of life and state anxiety in the National Lung Screening Trial », art cit ; N. Taghizadeh et al., « Health-related quality of life and anxiety in the PAN-CAN lung cancer screening cohort », art cit ; K. a. M. van den Bergh et al., « Short-

mesures de préservation qui permettent une mise à distance des représentations de danger, un contre-investissement par des attitudes positives, optimistes, permettant de voir le bon côté des choses. Cela explique que l'angoisse-signal qui peut ou non être ressentie par le sujet, en fonction de la rapidité de la mobilisation du principe plaisir/déplaisir, ne s'installe pas dans le temps.

Le moment le plus propice au déploiement d'angoisse semble être, selon les études quantitatives et qualitatives étudiées, le moment du rendez-vous ou de l'attente des résultats¹⁰⁹³. Des réactions d'anxiété, de pensées obsédantes liées au cancer, l'interprétation de symptômes habituels comme étant des signes de cancer, sont observées¹⁰⁹⁴. Pour expliquer ces résultats au vu de ceux de la présente recherche, nous pourrions émettre cette hypothèse : pendant l'attente, l'incertitude sur le résultat, c'est-à-dire l'incertitude sur ce qui provoque le danger, rendrait caduque la mobilisation des mesures de préservation. Coexisteraient dans la psyché le résultat positif et le résultat négatif aux examens, l'appareil psychique étant alors en difficulté pour traiter cet état d'instabilité entre deux représentations n'impliquant pas le même niveau de danger.

En effet, il est probable que les mêmes mesures de préservation ne soient pas mobilisées en cas de présence ou d'absence de nodule. La présence d'un nodule rend par exemple caduque la défense consistant à considérer que cela ne peut arriver qu'aux autres. La non-adaptation des mesures de préservation à la nouvelle information en provenance de la réalité (le nodule) pourrait expliquer les conséquences psychologiques négatives plus importantes repérées chez les personnes recevant un résultat indéterminé au scanner¹⁰⁹⁵. De la souffrance pourrait par ailleurs survenir, en plus de la non-adaptabilité des mesures de préservation à la situation, de l'impossibilité de mobiliser l'appareil psychique du fait d'absence d'apprêtement par l'angoisse. Cela pourrait expliquer les résultats des études qualitatives observant des réactions psychologiques négatives plus importantes chez les personnes pour qui un nodule est détecté de manière fortuite¹⁰⁹⁶, et n'ayant donc pas pu s'apprêter par l'angoisse à l'occasion de la consultation d'information sur le dépistage. En effet, les études remarquent que les personnes

term health-related quality of life consequences in a lung cancer CT screening trial (NELSON) », art cit ; K. a. M. van den Bergh et al., « Long-term effects of lung cancer computed tomography screening on health-related quality of life », art cit ; K. Brain et al., « Long-term psychosocial outcomes of low-dose CT screening », art cit ; S. Kummer et al., « Psychological outcomes of low-dose CT lung cancer screening in a multisite demonstration screening pilot », art cit.

¹⁰⁹³ K. a. M. van den Bergh et al., « Short-term health-related quality of life consequences in a lung cancer CT screening trial (NELSON) », art cit ; S. Kummer et al., « Psychological outcomes of low-dose CT lung cancer screening in a multisite demonstration screening pilot », art cit.

¹⁰⁹⁴ S. Kummer et al., « Mapping the spectrum of psychological and behavioural responses to low-dose CT lung cancer screening offered within a Lung Health Check », art cit.

¹⁰⁹⁵ M.M. Byrne, J. Weissfeld et M.S. Roberts, « Anxiety, fear of cancer, and perceived risk of cancer following lung cancer screening », art cit ; J.F. Rasmussen et al., « Psychosocial consequences in the Danish randomised controlled lung cancer screening trial (DLCST) », art cit ; K. Brain et al., « Long-term psychosocial outcomes of low-dose CT screening », art cit.

¹⁰⁹⁶ C.G. Slatore et al., « What the heck is a “nodule”? », art cit ; R.S. Wiener et al., « “The thing is not knowing” », art cit.

qui ont un sentiment d'immunité ou qui ne sont pas préparées ont des réactions psychologiques négatives plus fortes, de l'ordre de la peur, du choc, d'un sentiment de bouleversement¹⁰⁹⁷.

Des conséquences négatives ont également été observées chez les personnes ayant reçu l'information sur le dépistage mais n'ayant finalement pas besoin, d'après les médecins, de recevoir les examens médicaux¹⁰⁹⁸. Cela pourrait être expliqué par le fait que le dépistage en lui-même peut être saisi comme une action réelle permettant de calmer l'angoisse-signal. Ces résultats peuvent également expliquer pourquoi certaines personnes se sentent rassurées, réconfortées, prises en charge, satisfaites de pouvoir se saisir de l'occasion positive du dépistage, lorsqu'elles reçoivent la proposition de dépistage, et donc avant même de recevoir les résultats du test¹⁰⁹⁹. L'utilisation du dépistage en renfort des mesures de préservation peut également expliquer pourquoi certaines personnes ne veulent pas arrêter la surveillance des nodules, même lorsque le médecin a écarté le danger¹¹⁰⁰. Cela est également concordant avec les observations des études repérant que le dépistage peut être vu comme une opportunité d'agir, et notamment en cas d'échec au sevrage tabagique¹¹⁰¹. Echec au sevrage pouvant être appréhendé, selon notre terminologie, comme l'échec d'autres mesures de préservation qui pourrait donc être compensé par la possibilité de se faire tester.

D'autres facteurs participent, selon les observations des études qualitatives, de la diminution de l'angoisse avec le temps. Il s'agit du constat de l'absence de symptômes pulmonaires, de résultats favorables aux examens de contrôle, de propos rassurants des soignants, des efforts pour ne pas penser au nodule, de la recherche d'information, de l'acceptation, de l'appel à la foi religieuse¹¹⁰². Ces différents moyens qui permettent de réduire l'anxiété ne sont rien d'autre que des mesures de préservation que nous avons repérées, relevant tantôt d'une mise à l'écart de la réalité du danger, tantôt de l'appel à des représentations collectives diverses – science, religion, médecine. La mobilisation de mesures de préservation diverses, certaines inscrites dans le système culturel dominant, d'autres personnellement mobilisées, peut expliquer les observations d'études quantitatives indiquant que la détresse se résorbe avec le temps¹¹⁰³. Au point que tout

¹⁰⁹⁷ C.G. Slatore et al., « What the heck is a “nodule”? », art cit ; R.S. Wiener et al., « “The thing is not knowing” », art cit.

¹⁰⁹⁸ K. Brain et al., « Long-term psychosocial outcomes of low-dose CT screening », art cit ; S. Kummer et al., « Psychological outcomes of low-dose CT lung cancer screening in a multisite demonstration screening pilot », art cit ; J.F. Rasmussen et al., « Psychosocial consequences in the Danish randomised controlled lung cancer screening trial (DLCST) », art cit.

¹⁰⁹⁹ S. Kummer et al., « Mapping the spectrum of psychological and behavioural responses to low-dose CT lung cancer screening offered within a Lung Health Check », art cit.

¹¹⁰⁰ *Ibid.*

¹¹⁰¹ E.R. Park et al., « A qualitative study of lung cancer risk perceptions and smoking beliefs among national lung screening trial participants », art cit ; S.B. Zeliadt et al., « Attitudes and Perceptions About Smoking Cessation in the Context of Lung Cancer Screening », art cit.

¹¹⁰² D.R. Sullivan et al., « “I still don't know diddly” », art cit ; R.S. Wiener et al., « “The thing is not knowing” », art cit.

¹¹⁰³ K. a. M. van den Bergh et al., « Long-term effects of lung cancer computed tomography screening on health-related quality of life », art cit ; K. Brain et al., « Long-term psychosocial outcomes of low-dose CT screening », art cit ; S. Kummer et al., « Psychological outcomes of low-dose CT lung cancer screening in a

écart en ce qui concerne les conséquences psychologiques négatives ait disparu entre les personnes qui ont reçu un résultat positif au test, et les personnes qui ont reçu un résultat négatif au test¹¹⁰⁴. Nous dirions que les mesures de préservation ont pu être adaptées à la réalité changeante, ce qui aboutit à la disparition de l'angoisse-signal malgré la présence du nodule. Une étude qualitative indique qu'avec le temps, la menace est en effet requalifiée¹¹⁰⁵.

Certains des résultats semblent conforter notre hypothèse selon laquelle les personnes ne sont pas les mêmes, avant et après le dépistage, et même si elles n'ont parfois pas conscience d'avoir par-là changé. Ainsi selon une revue des études quantitatives sur l'influence du dépistage sur le comportement tabagique, 7 à 23% des personnes arrêtent de fumer pendant leur inclusion dans le programme de dépistage¹¹⁰⁶. Par ailleurs, des études qualitatives repèrent des modifications comportementales n'ayant pas été mesurées par les études quantitatives, telles qu'une attention accrue aux symptômes somatiques, ou encore une modification du régime alimentaire. A l'inverse, certaines personnes ont, après l'expérience, des comportements inverses, et évitent plus largement les rendez-vous médicaux¹¹⁰⁷. Cela pourrait être dû à l'adaptation des mesures de préservation du fait du dépistage, certaines mesures tendant à accréditer le dépistage comme action capable de diminuer la souffrance, d'autres tendant à l'inverse à le discréditer.

Nos résultats pourraient également apporter un éclairage à certaines observations quant aux caractéristiques des personnes qui participent ou ne participent pas au dépistage. Des études observent une participation moindre chez les personnes moins instruites. Il y aurait de plus forts taux de participation chez les personnes qui ont des connaissances sur le cancer du poumon, qui ont une forte perception du risque personnel, et qui ont des antécédents de cancer du poumon dans leur famille¹¹⁰⁸. Cela pourrait être expliqué par la nécessité de convoquer le dépistage en renfort des mesures de préservation après avoir été exposé à des représentations informant le sujet sur la possibilité d'avoir un cancer, et donc sur sa précarité.

En revanche, d'autres résultats suggèrent que certaines personnes qui ont *a priori* été exposées à leur précarité, tendent à moins participer que les autres. Il s'agirait des personnes de plus de 74 ans, et des personnes qui fument actuellement¹¹⁰⁹. Cela pourrait s'expliquer par le fait que ces personnes ont dû, par le passé et en fonction des événements déjà vécus, développer des mesures de préservation leur permettant de vivre avec ces informations, sans que cela passe par la

multisite demonstration screening pilot », art cit ; J.F. Rasmussen et al., « Psychosocial consequences of false positives in the Danish Lung Cancer CT Screening Trial », art cit.

¹¹⁰⁴ C.G. Slatore et al., « Patient-centered outcomes among lung cancer screening recipients with computed tomography », art cit.

¹¹⁰⁵ D.R. Sullivan et al., « I still don't know diddly », art cit.

¹¹⁰⁶ D. Moldovanu, H.J. de Koning et C.M. van der Aalst, « Lung cancer screening and smoking cessation efforts », art cit.

¹¹⁰⁷ R.S. Wiener et al., « The thing is not knowing », art cit ; S. Kummer et al., « Mapping the spectrum of psychological and behavioural responses to low-dose CT lung cancer screening offered within a Lung Health Check », art cit.

¹¹⁰⁸ M.A. Lopez-Olivo et al., « Patient Adherence to Screening for Lung Cancer in the US », art cit.

¹¹⁰⁹ *Ibid.*

nécessité de se faire dépister des cancers. Ainsi, des études qualitatives¹¹¹⁰ repèrent ce qu’elles appellent des fausses perceptions et des dissonances cognitives, par exemple lorsque les personnes savent qu’elles sont à risque de cancer du poumon, mais continuent néanmoins à fumer. Ces dissonances cognitives pourraient être expliquées par l’existence du clivage au sein de l’appareil psychique, qui permet que coexistent acceptation du danger et refus simultané de ce même danger, pour une autre partie de la psyché. De même, une étude qualitative note que les personnes les plus âgées, ou ayant déjà des comorbidités, vivent mieux l’incertitude du résultat que les autres¹¹¹¹. Cela pourrait être dû à l’adaptation des moyens psychiques permettant de vivre avec la précarité, du fait de la pression exercée par la réalité, et du fait des expériences antérieures. L’utilisation de mesures psychiques discréditant l’utilisation du dépistage pourrait expliquer les taux globaux bas de non-observance mesurés par les études. Nous pouvons également penser que pour certaines personnes, le dépistage pourrait être une source d’accroissement du déplaisir, par exemple en remettant en question des mesures de préservation existantes, ou du fait de capacités réduites à traiter sur le plan psychique, les réalités perturbantes.

Tableau 17 Points de concordance avec les études à abord quantitatif ou cognitiviste	
Résultats issus des études de la revue de littérature	Résultats ou hypothèses issus de la présente étude
<p><u>Quanti</u> : Conséquences négatives de l'information sur le dépistage tant sur les personnes se faisant tester que sur celles ne se faisant pas tester</p> <p><u>Quali</u> : Gênes psychologiques à la réception de l'invitation : choc, inquiétudes pour la santé, attention à certains symptômes actuels</p> <p><u>Quali</u> : émergence de représentations liées au cancer. Participants qui évoquent des proches ayant eu un cancer, ou d'autres pathologies</p>	<p>Le dépistage crée de l'appréhension par l'angoisse, par associativité à des expériences déjà vécues ayant mobilisé ou exposé le sentiment de précarité du sujet</p>
<p><u>Quanti</u> : Pas d'impact du dépistage sur qualité de vie liée à la santé à court, moyen et long-terme</p> <p><u>Quali</u> : Réactions positives à la réception de l'invitation : se sentir bien, détendu, heureux. Avoir impatience de connaître les résultats du test de dépistage</p>	<p>L'appréhension par l'angoisse a pour but de mobiliser l'appareil psychique pour parer au développement de souffrance. Des mesures de préservation sont déjà en place préalablement au dépistage. Cela pourrait être la cause d'un contre-investissement positif à la réception de l'invitation</p>

¹¹¹⁰ E.R. Park et al., « A qualitative study of lung cancer risk perceptions and smoking beliefs among national lung screening trial participants », art cit ; S.B. Zeliadt et al., « Attitudes and Perceptions About Smoking Cessation in the Context of Lung Cancer Screening », art cit.

¹¹¹¹ R.S. Wiener et al., « “The thing is not knowing” », art cit.

<p><u>Quanti</u> : Certains moments sont plus propices au développement de peur ou de détresse : rendez-vous des examens médicaux et temps d'attente</p> <p><u>Quali</u> : Pendant attente, plus qu'ailleurs : anxiété, peur, inquiétudes, penser constamment au cancer + Interpréter les symptômes habituels comme pouvant être un cancer</p>	<p>Hypothèse issue des résultats, non vérifiée : Pendant l'attente, l'incertitude sur ce sur quoi porte le danger pourrait rendre temporairement caduques les mesures de préservation (anciennes mesures non adaptées à la perspective d'un résultat positif au test)</p>
<p><u>Quanti</u> : Anxiété et dépression à court et moyen terme plus élevée chez les personnes recevant un résultat indéterminé nécessitant contrôle</p> <p><u>Quali</u> : chez les personnes non préparées : inquiétudes omniprésentes, peur, choc, bouleversement</p> <p><u>Quali</u> : écarts de réactions entre les personnes qui pensaient recevoir un résultat positif ou celles avec un sentiment d'immunité</p>	<p>Pression de la réalité (nouvel élément comme imagerie, par exemple) entraîne la caducité des mesures de préservation précédemment mobilisées.</p> <p>Caducité plus marquée chez les personnes n'ayant pas pu être psychiquement préparées grâce à la mobilisation de l'appareil psychique dans la foulée de l'apprêtement par l'angoisse</p>
<p><u>Quanti</u> : Conséquences psychologiques négatives plus importantes chez les personnes ne pouvant par se faire tester après avoir reçu l'information</p> <p><u>Quali</u> : Réactions positives à la réception de l'invitation : se sentir rassuré, réconforté, pris en charge, vouloir saisir une occasion</p> <p><u>Quali</u> : certaines personnes ne veulent pas arrêter la surveillance même quand cela est recommandé par le médecin</p> <p><u>Quali</u> : dépistage vu positivement comme possibilité d'agir face à l'échec du sevrage tabac</p>	<p>Le dépistage peut être mobilisé en renfort des mesures de préservation (omnipotence, agir) et donc participer de la diminution de l'angoisse-signal. Pour certaines personnes particulièrement : nécessité d'agir pour parer à l'angoisse, et absence d'autres moyens pour se protéger de la menace et de la perspective de la souffrance</p>
<p><u>Quali</u> : absence de symptômes pulmonaires, résultats favorables aux examens de contrôle, propos rassurants des soignants, efforts de ne pas penser au nodule, recherche d'information, acceptation, appel à la foi = éléments qui diminuent l'anxiété</p>	<p>On retrouve là différentes mesures de préservation : représentations culturelles (religion, dépistage, appel au soignant), ou plus personnelles : recherche de sens, mobilisation du clivage</p>
<p><u>Quanti</u> : La détresse se résorbe avec le temps. Toute augmentation détresse a disparu à deux ans. Détresse à long terme similaire chez les participants qui ont des résultats positifs ou des résultats négatifs aux examens</p> <p><u>Quali</u> : globalement, diminution globale des inquiétudes avec le temps, la menace étant progressivement requalifiée</p>	<p>Adaptation des mesures de préservation. Les mesures de préservation permettent la disparition de l'angoisse-signal et du sentiment de détresse, grâce au clivage du moi, et ce quel que soit le niveau de menace (au niveau des représentations et informations reçues dans la réalité)</p>

<p><u>Quanti</u> : 7 à 23% arrêtent de fumer. 1 à 12% recommencent avant la fin de la surveillance. Prévalence du sevrage tabagique croît avec le temps</p> <p><u>Quali</u> : modifications comportementales : Attention accrue aux symptômes, augmentation du suivi médical, modification du régime alimentaire... Ou à l'inverse : évitement des rendez-vous</p>	<p>La personne est différente avant et après le dépistage, même si elle n'en a pas le sentiment. Evolution potentiellement graduelle des mesures de préservation. Soit en accord avec les représentations culturelles dominantes. Soit dans d'autres directions</p>
<p><u>Quanti</u> : Participation moindre chez les personnes moins instruites, fumant actuellement, ayant un faible risque de cancer perçu</p> <p><u>Quali</u> : connaissances sur le cancer du poumon, croyance en un risque personnel, antécédents familiaux de cancer du poumon augmentent la participation.</p>	<p>Absence de savoir sur le risque = non-apprêtement par l'angoisse, donc le dépistage non nécessaire pour diminuer un éventuel déplaisir.</p> <p>L'exposition accrue au danger éveille la nécessité de protection contre la souffrance anticipée, le dépistage pouvant offrir une telle protection psychique</p>
<p><u>Quanti</u> : taux global de non-observance de 28%.</p> <p><u>Quali</u> : manque de confiance dans l'auto-efficacité, des peurs très intenses, la stigmatisation perçue, la méfiance médicale, diminuent l'observance</p>	<p>Les mesures personnelles de préservation peuvent réduire le sentiment de risque personnel (inhibition représentation de danger) et donc diminuer les avantages perçus du dépistage. Notamment le cas des mesures de préservation ne s'inscrivant pas dans système culturel dominant</p>
<p><u>Quanti</u> : plus de 74 ans = taux d'observance bas</p> <p><u>Quali</u> : les personnes âgées vivent mieux l'incertitude du résultat, ainsi que les personnes ayant déjà des comorbidités</p>	<p>Evènements antérieurs (maladie, vieillissement) peuvent avoir déjà entraîné des adaptations des mesures de préservation et de l'idéal du moi sous la pression de la réalité</p>
<p><u>Quali</u> : Perceptions erronées et dissonances cognitives observées (savoir sur le danger qui coexiste avec le comportement 'dangereux').</p>	<p>Serait dû au clivage au sein de la psyché, qui fait que peuvent coexister reconnaissance du danger et refus d'une partie de la réalité (clivage nécessaire et normal)</p>

2.2. Divergences d'opinions et perspectives d'action et de recherche

Nous avons donc relevé un certain nombre de points de concordance entre les résultats issus de notre recherche et les résultats issus des études relevées dans la revue de littérature.

Mais souvent nos conclusions divergent, notamment lorsqu'il s'agit des pistes d'exploitation des résultats, dans une visée d'amélioration des pratiques.

2.2.1. Motifs du dépistage et effets sur les subjectivités

Une direction claire prise par les travaux visant l'amélioration des pratiques de dépistage est de favoriser l'adhésion de la population aux mesures préventives, qu'il s'agisse de prévention primaire ou secondaire. C'est cette insistance sur la nécessité d'augmenter les taux de participation, ainsi que les méthodes pour y parvenir, que nous voulons questionner ici.

Les études épidémiologiques servent par exemple à étudier les caractéristiques de la population éligible au dépistage afin de cibler les interventions et de cibler les populations visées par ces interventions de manière à accroître l'adhésion au dépistage. Les études psychologiques visent à mieux comprendre les comportements des personnes afin de pouvoir les influencer pour qu'ils deviennent plus favorables à la santé. Ces buts sont parfois, notamment aux Etats-Unis ou en Angleterre, clairement admis. Ils sont parfois, notamment en France, plus mesurés au vu de la nécessité de respecter le principe éthique de respect de la liberté individuelle. Dans les faits, les interventions mises en place visent tout de même à mieux éduquer les personnes afin qu'elles adoptent des comportements plus sains. Des intérêts économiques sont engagés, et les interventions ne seraient pas mises en place si l'éducation diminuait les taux d'adhésion. L'argument principal avancé est que les mesures préventives permettent réellement d'améliorer la santé de la population, ce qui comporte des avantages tant sanitaires qu'économiques.

Nos conclusions nous aident à mieux comprendre l'investissement collectif des pratiques préventives. Elles suggèrent que les motivations à la base des pratiques préventives ainsi que l'intérêt des pratiques préventives ne sont pas uniquement d'ordre médical et économique. En suivant notre révision du développement de Freud, ce n'est pas pour son meilleur attachement à la réalité, mais plutôt car elle permet une meilleure protection contre les dangers de la nature et face à notre condition de mortel, que la science a remplacé la religion comme système de pensée collectif dominant. Si la prévention a bien entendu un impact sanitaire réel, les motivations à la base de son expansion ne peuvent, dans la mesure où il s'agit d'anticiper un futur non advenu, qu'être ancrées dans des émois déjà passés. Cela peut être mis en lien avec les remarques de certains auteurs. Faure remarque par exemple que les philosophes de l'époque des Lumières entretiennent l'espoir d'une disparition complète des maladies grâce à des modifications d'ordre social et sanitaire¹¹¹². Cet espoir utopique est alimenté par la disparition réelle des maladies infectieuses, dont certaines ont décimé des populations pendant des siècles. Il est alimenté par l'imaginaire de l'horreur attaché au cancer, symbole de la mort agissant en soi. Le cancer est une maladie dont les symptômes mais également les traitements – rappelons les abus dont nous avons parlé dans la revue de la littérature, ayant eu lieu pendant des décennies – plongent les patients dans l'effroi et dans l'horreur¹¹¹³. Il n'est donc pas étonnant que la médecine puisse être investie comme le meilleur espoir de l'humanité de se protéger contre l'effroi des forces de la nature. Peretti-Watel et Moatti parlent quant à eux d'un caractère utopique de la prévention qui vise à

¹¹¹² O. Faure, « Les grandes étapes de l'histoire de la prévention », art cit.

¹¹¹³ S. Mukherjee, *L'Empereur de toutes les maladies*, op. cit.

purifier le futur et à écarter tous les dangers avant même leur survenue¹¹¹⁴. Il nous semble que ce n'est pas uniquement l'homme rationnel qui adhère si volontiers à la prévention, mais bien plutôt l'homme précaire qui s'en saisit comme moyen privilégié pour se protéger du déplaisir.

Nous ne nions pas l'efficacité réelle des méthodes préventives pour diminuer la mortalité de la population par la pathologie visée. L'intérêt de la prévention peut en effet relever d'une évidence : nous préférons tous finir notre vie et mourir sans souffrance plutôt que d'avoir une fin de vie et une mort remplies d'effroi et d'éprouvés traumatiques. Il peut également relever de l'évidence qu'à partir du moment où nous disposons d'un savoir et d'une possibilité d'agir sur une cause de fin de vie ou de décès qui serait source d'effroi, nous tentons de mettre en œuvre ces moyens. Mais il s'agit ici plutôt d'interroger la force qui nous pousse à développer tant de savoir qui nous permet de mesurer et de prédire notre avenir. Canguilhem rappelle que l'allongement de la durée de vie relève d'un mouvement normatif social¹¹¹⁵. C'est parce qu'est attribuée à la longévité une valeur positive que la durée de vie augmente. L'attribution d'une valeur positive à la vie, d'une valeur négative à la mort, mais surtout l'attribution de valeurs positives ou négatives aux moyens mobilisés pour pouvoir vivre avec le savoir sur la mort, est inscrite dans des choix de mesures de préservation qui sont collectivement déterminés, et donc différents en fonction des époques.

Ces propos n'ont pas pour visée de remettre en cause l'utilité de la prévention, mais ont peut-être au contraire pour résultat d'en remarquer d'autres effets positifs. Le but profond du dépistage serait autant de rendre la vie supportable aujourd'hui à la collectivité vis-à-vis du savoir qu'à l'homme sur sa mort à venir, qu'un impact réel sur la mortalité de la population. Il nous paraît donc trop restrictif de ne concevoir les avantages de la prévention qu'en termes de réduction de la mortalité de la population. Le dépistage a un intérêt pour les subjectivités. Il permet d'apporter une réponse collective en ce qui concerne notre impuissance face à la finitude et aux forces de la nature, et donc participe de rendre notre vie supportable alors que nous nous savons mortels. Nous ne sommes donc pas entièrement d'accord avec les auteurs qui pointent exclusivement des effets délétères du développement de la médecine techno-scientifique sur les subjectivités¹¹¹⁶. La diversification des techniques ferait selon eux courir le risque d'une expropriation des subjectivités, la souffrance individuelle étant désacralisée, les discours individuels étant exclus. Il nous semble au contraire que le développement exponentiel de certaines pratiques, dont les pratiques préventives, témoigne de l'intérêt de ces pratiques pour les subjectivités. La forte adhésion de la population à la prévention, et la rapidité avec laquelle celle-ci s'impose à l'agenda politique, alors même que ses effets bénéfiques réels ne concernent qu'une minorité de personnes, témoigne bien de ce que l'intérêt de la prévention dépasse l'intérêt réel, et implique également un intérêt du point de vue subjectif, pour les personnes qui y ont accès. Le dépistage est une des représentations permettant au sujet de vivre en se sachant mortel.

¹¹¹⁴ P. Peretti-Watel et J.-P. Moatti, *Le principe de prévention*, op. cit.

¹¹¹⁵ G. Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, op. cit.

¹¹¹⁶ R. Gori et M.-J. Del Volgo, *La santé totalitaire*, op. cit.

Mais les résultats de notre recherche nous permettent néanmoins d'isoler des effets potentiels délétères des pratiques préventives, pour les subjectivités. L'analyse du matériel clinique nous amène à caractériser d'une manière originale les préjudices potentiels, c'est-à-dire différemment par rapport à d'autres travaux pointant les effets iatrogènes du dépistage.

A partir du moment où l'homme est confronté à sa précarité et apprend qu'il va mourir, il développe des mesures psychiques qui lui permettent d'éviter le déplaisir lié à cela. Ces moyens n'ont pas pour but de repousser la mort, ils ont pour but de limiter la souffrance liée au savoir sur la mortalité. Parmi les différentes mesures de préservation potentiellement mobilisées par les personnes, certaines sont basées sur l'évitement, sur la fuite psychique, sur la compensation, sur le contre-investissement. D'autres sont basées sur l'omnipotence, sur la transformation de la passivité en activité. Si les premières peuvent être toutes personnelles, les secondes relèvent de représentations inscrites dans la culture dominante. Un type de mesures de préservation, une manière particulière de vivre avec le savoir sur la mort, est valorisé collectivement. Au-delà d'être valorisé collectivement, une tendance à discréditer toute autre mesure de préservation est repérée par l'étude des recherches sur le sujet.

Cela est rendu particulièrement évident par les tentatives d'influer sur les comportements de la population. Ainsi, Moldovanu et al. ou encore Harris et al., suggèrent que l'implémentation des pratiques de dépistage devrait être conditionnée à l'effet de ces pratiques sur les comportements tabagiques¹¹¹⁷. L'effet du dépistage sur les comportements tabagiques devrait donc être pris en compte dans la balance bénéfice-risque du dépistage, dans la mesure où le dépistage pourrait s'avérer plus délétère que bénéfique pour la santé de la population s'il était vu par les fumeurs comme un « permis » de fumer. Par ailleurs, selon les conclusions de Golden et al., il faudrait susciter des réactions émotionnelles négatives pour provoquer un arrêt du tabagisme, par exemple en informant les personnes sur leur risque de maladies cardiovasculaires si l'information sur le risque de cancer ne provoquait pas de réaction suffisamment forte¹¹¹⁸. Baldwin et al. et Harris et al. étudient des modèles de détermination des comportements pour identifier précisément sur quels facteurs agir de manière à transformer des inquiétudes de maladie en actions réelles et concrètes¹¹¹⁹. En ce sens, les comportements des fumeurs ou de certaines personnes éligibles au dépistage sont considérés négativement comme des perceptions erronées ou des biais cognitifs¹¹²⁰.

Or, il nous semble que tous les hommes mobilisent de telles distorsions cognitives, c'est-à-dire plutôt, mobilisent le clivage, de manière à inhiber les représentations de danger s'opposant

¹¹¹⁷ D. Moldovanu, H.J. de Koning et C.M. van der Aalst, « Lung cancer screening and smoking cessation efforts », art cit ; R.P. Harris, « The Psychological Effects of Lung Cancer Screening on Heavy Smokers », art cit.

¹¹¹⁸ S.E. Golden et al., « "I Already Know That Smoking Ain't Good for Me" », art cit.

¹¹¹⁹ L. Carter-Harris, L.L. Davis et S.M. Rawl, « Lung Cancer Screening Participation », art cit ; D.R. Baldwin, K. Brain et S. Quaife, « Participation in lung cancer screening », art cit.

¹¹²⁰ S.B. Zeliadt et al., « Attitudes and Perceptions About Smoking Cessation in the Context of Lung Cancer Screening », art cit.

à la stabilité et à la pérennité. Les fumeurs inhibent ces représentations de danger peut-être plus massivement que d'autres, en utilisant des mesures de préservation éloignées des prescriptions de l'*homo medicus*, pour continuer à vivre en se sachant mortel. L'*homo medicus*, quant à lui, se défend de l'idée de sa mort à venir en entretenant l'illusion qu'il peut, par ses actions, la tenir à distance. Les plus fervents adhérents de la prévention, les plus fervents combattants du tabagisme et d'autres comportements à risque, ne disposent peut-être que de ces moyens pour rendre supportable la vie. La stigmatisation des fumeurs pourrait découler de ce que, par leurs comportements, ils exposent les personnes les stigmatisant à leur propre manque de maîtrise vis-à-vis de la mort, remettant en cause l'illusion selon laquelle la rigueur pourrait permettre d'éviter l'effroi. Le fumeur, le gros, l'alcoolique, remettent en question l'omnipotence, la force du choix, de la maîtrise de son destin. Ils remettent en question l'illusion selon laquelle l'effroi pourrait être évité grâce à la maîtrise, illusion qui constitue pour certains le moyen privilégié, si ce n'est le seul, pouvant les protéger aujourd'hui du déplaisir causé par le fait de se savoir mortel.

Selon nous, la prescription de pratiques préventives pourrait être délétère lorsqu'elle tend à disqualifier d'autres mesures de préservation potentiellement mobilisées par les personnes. C'est-à-dire lorsque certaines mesures tendent, de dominantes, à devenir exclusives. Autrement dit, si l'omnipotence, la transformation de la passivité en activité, ne sont plus seulement considérées comme les mesures de préservation les plus efficaces, mais comme les seules permettant de vivre malgré la précarité, l'homme précaire se transformant en *homo medicus*, homme rationnel travaillant activement à repousser réellement sa mort.

Ces réflexions nous semblent avoir un impact sur les pratiques. Nous critiquons la tendance à transformer ce qui devrait être une offre de la culture en injonction de la culture. Cela pourrait être le cas lorsque l'augmentation des taux de participation est mise au premier plan des recherches et interventions ayant pour but d'améliorer les pratiques, c'est-à-dire lorsqu'il est considéré que l'augmentation des taux de participation ne peut être que bénéfique pour les personnes. Cela revient à ne pas prendre en considération les potentiels effets délétères sur les subjectivités et le fait que la participation à un dépistage et les confrontations répétées à la précarité pourraient, pour certaines personnes, remettre en question les capacités d'élaboration et d'évitement du déplaisir lié au savoir sur la mort. L'augmentation des taux de participation pourrait par ailleurs ne pas être un critère si nécessaire à la validation des pratiques préventives, si les effets positifs sur les subjectivités étaient pris en compte dans la balance bénéfico-risque, et non uniquement les effets réels sur la mortalité de la population par les cancers dépistés.

2.2.2. Conséquences sur la communication médecin-patient

Un second objectif des études qui portent sur l'expérience des personnes dans le cadre du dépistage des cancers est l'amélioration de la communication médecin-patient afin de respecter les principes éthiques de non-malfaisance, de respect de la liberté individuelle, et afin de minimiser les conséquences psychologiques négatives des procédures de dépistage.

Il semble y avoir aujourd'hui un consensus sur la nécessité de favoriser une meilleure information dans la communication médecin-patient. La plupart des études qui ont un abord

cognitif ou comportemental recommandent de mieux informer, de mieux éduquer, éventuellement de réparer les fausses perceptions et les distorsions cognitives des personnes¹¹²¹. Les rapports éthiques et guides de recommandations français¹¹²² concernant le dépistage du cancer du sein, le dépistage du cancer colorectal et le dépistage du cancer de la prostate recommandent tantôt le déploiement de programmes d'éducation à la santé pour mieux informer les populations. Ils recommandent également de mieux développer l'information au sein de la consultation médecin-patient pour respecter l'autonomie de la personne. Mieux informer serait donc la clé permettant d'assurer un meilleur respect de la personne.

Si l'information concerne le respect de la personne, il nous semble qu'il faille distinguer ici l'homme précaire, l'*homo medicus*, et le citoyen de droit. L'*homo medicus* entend réfléchir rationnellement afin de prendre les meilleures décisions concernant sa santé, l'amélioration de sa qualité de vie liée à la santé, la prolongation de sa durée de vie¹¹²³. A l'instar de l'*homo economicus*, il calcule les meilleures chances pour sa survie, n'étant que peu concerné par les dynamiques de plaisir et de déplaisir¹¹²⁴. Le citoyen de droit entend voir ses droits légaux respectés, et être considéré comme un individu autonome qui a un droit inaliénable à s'autodéterminer. Ces logiques de droit et de rationalité rendent nécessaires l'information et le respect de l'autonomie. Mais peut-être que l'homme qui fait l'expérience d'un dépistage des cancers est à ce moment précis plus homme précaire, ayant à cœur de pouvoir vivre dans un corps sujet à la fragilisation et à la mort en minimisant un maximum la douleur et la souffrance liée à cette perspective, qu'un homme rationnel concerné par le respect de son autodétermination.

Or, prendre en compte l'homme précaire dans la consultation médecin-patient peut amener à reconsidérer certaines vues sur la place de l'information. En effet, nous avons aussi repéré dans notre étude, comme d'autres auteurs, ce qui pourrait être considéré comme des fausses perceptions ou des incompréhensions. Il s'agit de tous ces moments où les personnes ne se considèrent pas, subjectivement, au même niveau de risque que les considèrent les médecins. Ou encore de ces moments où elles ont une perception différente du but du dépistage par rapport au but présenté par le médecin, en pensant par exemple que l'étude a pour objectif d'en apprendre plus sur les comportements liés à la santé. Ces fausses perceptions ou incompréhensions ne sont pas liées à un déficit en capacités cognitives de compréhension ou à la mauvaise qualité de transmission de l'information par le médecin, mais découlent plutôt du travail psychique mis en place. Travail psychique qui a pour but de protéger la personne contre les représentations qui seraient par trop source de souffrance – grâce à une mobilisation du clivage –, ou qui a pour but

¹¹²¹ E.R. Park et al., « A qualitative study of lung cancer risk perceptions and smoking beliefs among national lung screening trial participants », art cit ; S.E. Golden et al., « "I Already Know That Smoking Ain't Good for Me" », art cit.

¹¹²² ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé), *Éléments d'information des hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuel du cancer de la prostate*, op. cit. ; INCa (Institut National du Cancer), *Ethique et dépistage organisé du cancer du sein en France. Rapport du Groupe de réflexion sur l'éthique du dépistage (GRED)*, op. cit. ; INCa (Institut National du Cancer), GRED, *Ethique et dépistage organisé du cancer colorectal - Analyse du dispositif français*, op. cit.

¹¹²³ P. Peretti-Watel et J.-P. Moatti, *Le principe de prévention*, op. cit.

¹¹²⁴ S. Alvarez, *Prévention et vieillissement*, op. cit.

d'inclure l'évènement 'dépistage' dans la psyché afin qu'il y fasse sens plutôt que d'y rester étranger. Trop appuyer sur l'information pourrait dans ce contexte avoir des effets contreproductifs. En premier lieu, cela pourrait forcer le sujet à entendre quelque chose sur sa mortalité qui rendrait inutilement sa vie plus difficile – même du point de vue de la Santé publique, qu'importe si le sujet participe parce qu'il craint pour sa vie ou parce que cela lui offre un intérêt dans la relation avec le médecin ? Par ailleurs, trop d'information pourrait rendre l'évènement non intégrable dans la psyché du patient.

Nous avons par exemple observé les effets potentiellement délétères de l'utilisation du vocabulaire médical, ou encore les effets potentiellement délétères de certaines pratiques telles que la visite médicale ou même la prescription. L'étude des catégories « Evènements liés au diagnostic », « Traitements et hospitalisations » et « Interactions avec les médecins » nous a permis d'isoler dans le traitement médical, ce qui peut être traumatique pour les personnes mais également ce qui permet le traitement psychique des expériences. La qualité des interventions, la qualité du contact humain lors des consultations détermine si elles auront un effet désubjectivant ou au contraire si elles aideront le sujet à vivre avec sa précarité. Peut-être faut-il avoir assisté aux consultations d'inclusion dans l'étude pour percevoir l'effet étrange que pourrait produire la présentation de toutes les informations prescrites par les recommandations, lorsque le médecin propose à son patient un dépistage des cancers. A savoir : les bénéfices, les risques, les incertitudes des procédures ; des informations sur la maladie dépistée, son évolution naturelle, les traitements disponibles ; mais également les données actuelles de la science, en insistant sur les zones d'incertitudes ; ainsi que l'existence des faux-positifs, des faux-négatifs, du surdiagnostic, du surtraitement, des cancers radio-induits, des cancers de l'intervalle ; et encore les indications du dépistage, le risque personnel, l'avantage collectif et non uniquement personnel, la description du parcours de soin en fonction des différentes options de résultat, et les différentes alternatives au dépistage, etc.

Les modèles de la « décision partagée » dans la communication médecin-patient, visent à prendre en considération les préférences des personnes en ce qui concerne leur implication dans la prise de décision¹¹²⁵. Mais plutôt que de réduire la charge de la consultation – tant la charge du médecin que la charge pour le patient – il y est prescrit que le médecin et le patient ajoutent à l'information médicale une discussion sur les préférences et valeurs des personnes, le médecin adoptant une attitude proactive pour engager la discussion et la prise en considération de ces critères. Le patient devrait alors, selon certains modèles, non seulement comprendre tout ce que nous avons précédemment cité, mais également envisager comment ses valeurs et préférences personnelles sont mobilisées au regard des avantages et inconvénients possibles du test. Ce processus a pour but de promouvoir l'autonomie du patient et de respecter son droit à s'autodéterminer. Il nous semble que ce modèle de la décision partagée s'adresse, comme le modèle de la décision informée, à l'*homo medicus*, et non à l'homme précaire.

¹¹²⁵ S.L. Sheridan et al., « Shared decision making about screening and chemoprevention. a suggested approach from the U.S. Preventive Services Task Force », art cit.

L'observation des consultations médicales dans l'étude Detector confirme les résultats des études repérant la non-application de ces recommandations en pratique courante. Il nous a semblé – et bien que ces réflexions visent plus à ouvrir des perspectives de recherche qu'à présenter des résultats – que les consultations médicales n'étaient pas l'occasion d'une rencontre entre un représentant de la Santé publique et un *homo medicus* rationnel, mais plutôt l'occasion d'une rencontre entre deux hommes précaires, l'un ayant pour but d'assister l'autre dans sa tentative de vivre sa condition en minimisant un maximum la souffrance qui en est issue.

Reprenons à titre d'exemple, la rencontre que nous avons présentée en introduction de cette thèse, mettant en scène Mme Ouna et le Dr A. D'une manière que nous avons caricaturée, le médecin présente à sa patiente les issues possibles du test de façon binaire : soit elle apprendra qu'elle n'a pas de cancer et elle sera par-là rassurée, soit un cancer sera découvert mais il pourra être traité le plus tôt possible. Cette présentation est bien loin de respecter les recommandations de l'HAS, dans la mesure où elle ne prend pas en considération toutes les incertitudes de la médecine, l'absence possible de précision des résultats, les risques de complications, etc. Mais il semble que le Dr A prenne en considération que l'intérêt que pourrait retirer Mme Ouna de la procédure dépasse bien l'intérêt uniquement médical, puisqu'elle pourrait en bénéficier même si le résultat s'avérait négatif et donc que les examens s'avéraient avoir été inutiles du point de vue médical. Il s'agit bien ici d'un être précaire s'adressant à un autre être précaire, chacun arrivant dans la consultation avec la conscience de l'impact possible du dépistage sur le vécu de la précarité. Les échanges que nous avons observés n'étaient donc pas des échanges entre êtres uniquement rationnels, mais également entre être subjectifs ayant l'intuition que les enjeux à l'œuvre dépassent l'intérêt scientifique rationnel.

De ce même exemple apparaît l'influence potentielle des mesures de préservation subjectives du médecin sur son patient. Dans cette situation caricaturale, les mesures de préservation du Dr A – ou tout du moins celles qu'il véhicule dans la consultation, par ces propos –, semblent reposer sur une idéalisation de la puissance de la médecine. Une médecine qui ne ferait jamais d'erreur, dont le dépistage déboucherait sur un résultat binaire incontestable séparant l'absence de la présence d'un cancer, et qui pourrait éviter la mort à la patiente dans le cas où un cancer était détecté. Si la patiente ressort indéniablement rassurée de cet échange où elle est prise en charge par ce représentant d'une médecine toute-puissante, cela la dispense de développer ses propres mesures de préservation, qui lui seront bien nécessaires le jour qui ne manquera pas d'arriver où la médecine atteindra ses limites pour la préserver de la fragilisation et de la mort. Pourquoi en effet développer des mesures plus coûteuses du point de vue psychique, si une solution si radicale et efficace lui est de la sorte offerte sur un plateau ? Pourquoi ne pas décider de se reposer entièrement sur ce médecin qui paraît bien capable de prendre en charge tous ses maux ?

Tendance favorisée par l'attitude paternaliste adoptée par le médecin. Mais nous n'entendons pas ici, par paternalisme, le type « paternaliste » de modèle de décision qui s'oppose aux modèles informatif, interprétatif, délibératif en ce qui concerne l'implication du patient dans la décision. Il nous semble qu'aujourd'hui, bien rares sont les médecins qui n'ont pas à cœur de respecter le droit du patient à l'information, à l'autodétermination. Les médecins qui considèrent leurs

patients comme des personnes n'ayant pas suffisamment de capacités cognitives pour comprendre les décisions, et qui adoptent une posture d'expert tout-sachant qui impose ses décisions au patient sans explications, nous semblent bien plus rares qu'à l'époque où ces modèles ont été définis. En revanche, les médecins intimement convaincus de l'efficacité de la médecine, et adhérant aux représentations scientifiques collectives suggérant que la médecine est le moyen le plus efficace, sinon le seul, pour protéger de la fragilisation et de la mort, sont peut-être plus fréquents. Ils se reconnaissent peut-être dans les médecins ayant une tendance à l'acharnement thérapeutique, ne percevant que difficilement l'intérêt de la médecine palliative ou encore discréditant toutes autres formes de soins que celles validées par la science, telles que l'homéopathie, l'ostéopathie, etc.

Ces médecins s'opposent à ceux, sûrement plus nombreux, qui reconnaissent que, bien que la médecine ait une place de choix dans la préservation des personnes contre les souffrances traumatiques et l'effroi, elle a également des limites et se montre parfois impuissante à aider les patients. Ces médecins savent reconnaître qu'il est parfois plus opportun de privilégier l'acceptation par rapport à la lutte, et que d'autres méthodes sont également valables pour aider l'homme à vivre avec sa condition précaire d'homme mortel. Dans le cadre de l'étude *Detector*, aucune consultation n'a eu lieu de manière aussi caricaturale que l'échange que nous avons rapporté, entre le Dr A et Mme Ouna. Dans ces échanges humains, sont repérables à la fois la reconnaissance de buts du dépistage qui concernent l'homme précaire au-delà l'intérêt purement médical, mais également le respect des défenses et des mesures de préservation individuelles, et le fait d'accorder une place, tant aux incertitudes quant aux procédures, qu'à la subjectivité des patients. De telles attitudes nous semblent plus aptes à favoriser le développement des mesures de préservation personnelles, dans la mesure où est reconnue que la médecine n'est pas toute-puissante, et qu'arrivera peut-être un jour où l'homme ne pourra plus, pour soulager ses souffrances et éviter l'effroi, que compter sur ses propres ressources psychiques.

En ce qui concerne les modèles de communication, nous nous rapprochons ici plutôt du modèle de l'« empowerment »¹¹²⁶. Nous entendons ici l'empowerment comme une rencontre entre un médecin et un patient lors de laquelle l'interaction permet, ou tout du moins laisse la place au développement ou au renforcement de certaines fonctions psychiques. L'empowerment est un modèle étudié dans le but d'offrir un cadre qui favorise, pour les personnes, les possibilités d'ajuster leur vie et leur fonctionnement socio-psychologique à la survenue d'une maladie chronique. Dans ce cadre, l'empowerment est considéré comme une alternative à l'observance des prescriptions médicales, c'est-à-dire au fait de suivre les prescriptions uniquement parce qu'elles sont prescrites par le médecin. Les gains possibles pour le patient ne sont pas uniquement créés par le patient, ou donnés par le médecin aux patients, mais sont plutôt le résultat de l'interaction entre un médecin et son patient dans le cadre d'une relation de soin. Ces gains concernent la possibilité pour le sujet de vivre avec sa condition de malade, que cela concerne la

¹¹²⁶ Isabelle Aujoulat, William d'Hoore et Alain Deccache, « Patient empowerment in theory and practice: Polysemy or cacophony? », *Patient Education and Counseling*, 2007, vol. 66, n° 1, p. 13-20.

gestion de la maladie, ou que cela concerne la vie du patient non directement liée à cela, telle que la possibilité de réinvestir des activités de la vie quotidienne, ou la possibilité de traiter psychiquement des émotions négatives. Nous sommes ici proche des mesures de préservation décrites dans cette thèse, qui peuvent s'inscrire ou non dans le modèle dominant actuel.

Il ne s'agirait pas tant, selon nous, de transformer la consultation médicale en intervention d'empowerment et de rédiger des guides ou des aides à la communication, mais plutôt d'aider les médecins à identifier dans leur pratique ce qui semble favoriser ou ce qui semble au contraire s'opposer au développement, au maintien, ou au renforcement de fonctions psychologiques impliquées dans la possibilité, pour les personnes, de vivre les expériences les confrontant à leur précarité. Certaines attitudes qui ont déjà été identifiées comme favorisant l'empowerment¹¹²⁷ sont : de mettre en place une atmosphère positive, de montrer de l'intérêt pour le patient, de permettre au patient d'exprimer ses émotions, de ne pas être dans le jugement, de prendre en considération la temporalité du patient. Concernant spécifiquement la consultation de dépistage, nous pourrions rajouter le fait d'admettre les incertitudes de la méthode, de prendre en considération les avantages psychologiques et non pas uniquement médicaux, de ne pas discréditer les médecines alternatives ou la foi si le patient en fait mention, de respecter l'envie de ne pas accepter le dépistage même si le médecin n'en comprend pas les raisons, d'être disponible pour donner plus d'information ou de s'arrêter de communiquer des informations afin de respecter les défenses des patients, etc.

D'autres études ayant pour but d'étudier le fonctionnement psychologique des personnes et la communication actuelle des médecins – leur pratique semble selon nous prendre plus en compte les besoins de l'homme précaire que les recommandations – pourraient permettre de préciser les attitudes bénéfiques ou au contraire délétères au respect des personnes.

La complexité étant que certaines attitudes, telles l'admission d'incertitudes ou le fait de ne pas tenter de convaincre une personne de l'intérêt du dépistage, peuvent sembler *a priori* délétères pour les personnes, alors qu'elles peuvent en réalité l'aider à vivre sans être trop perturbée par sa condition de précarité. Un résultat central de cette recherche est que l'anxiété peut avoir, dans le cadre du dépistage, une fonction psychique utile de préparation, permettant à la personne de requalifier certains fonctionnements psychiques pour pouvoir prendre en compte une réalité changeante. Il nous paraît dès lors tout aussi regrettable de vouloir volontairement provoquer l'inquiétude afin de favoriser des comportements de santé, que de ne considérer l'anxiété que comme une conséquence psychologique négative à éliminer. Ces réflexions nous paraissent avoir des implications en ce qui concerne les études sur le processus d'annonce d'une maladie et plus particulièrement d'un cancer. Les études et recherches portant sur la consultation d'annonce s'intéressent parfois exclusivement au moment unique où le diagnostic final est délivré au patient. Plutôt que de considérer l'annonce comme une consultation unique, il pourrait être utile d'appréhender la communication diagnostique comme la transmission progressive d'une série

¹¹²⁷ *Ibid.*

d'informations, c'est-à-dire un processus en réalité fragmenté¹¹²⁸, rythmé par différentes consultations ou moments de communication. Nous pensons par exemple à la consultation de prescription de l'examen médical par le médecin généraliste, les différentes consultations de pré-résultat avant le diagnostic final, etc. Chacune de ces consultations peut être l'occasion pour le sujet d'un apprêtement par l'angoisse et donc une occasion de mobiliser par anticipation son appareil psychique afin de pouvoir mieux faire face, le cas échéant, à un diagnostic de cancer. Ainsi, il nous semble que si l'annonce d'un cancer implique toujours un bouleversement dans la vie de la personne, l'annonce n'est pas forcément un moment traumatique au sens d'un débordement d'excitation pulsionnelle, d'une effraction d'une pare-excitation et d'une impossibilité de traiter et de lier psychiquement les excitations. Il nous semble qu'un diagnostic pourrait être communiqué sans que se creuse massivement le clivage au sein de la psyché, sans créer une blessure qui attirera ensuite d'autres représentations et entraînera le sujet dans des cycles et schémas de répétition. Il est possible que des consultations préalables aient permis que l'annonce se fasse graduellement, de manière que l'appareil psychique ne se trouve pas violemment débordé, mais puisse se mobiliser pour éviter l'effraction traumatique et l'effroi. L'apprêtement par l'angoisse peut ainsi permettre au sujet de mobiliser des capacités identificatoires, lui permettre d'apprendre de l'expérience de ses pairs et de ses aïeux sur la manière de survivre à la maladie et de vivre avec l'idée de sa mort. En ce sens, trop rassurer le patient ou le priver de certaines informations pour le protéger car elles sont jugées anxiogènes, pourrait le priver d'une occasion de développer des mesures de préservation.

Ces réflexions ne constituent que des pistes, qui devraient être étayées grâce à de nouvelles études portant sur le fonctionnement psychique singulier des personnes ainsi que sur la communication médecin-patient. Il nous semble que les champs du dépistage, du diagnostic, de l'annonce de la maladie cancéreuse, pourraient profiter d'une prise en compte du fonctionnement psychique des personnes en lien à leur précarité et à leur mortalité. Cela nous semble particulièrement vrai à propos de la prise en compte de la fonction de l'angoisse, ou encore de l'existence de mesures de préservation qui impliquent diverses façons de pouvoir traiter psychiquement les événements confrontant les personnes à leur précarité.

Il pourrait nous sembler utile, plus que de mettre en place des guides de pratiques ou des recommandations, de sensibiliser les médecins aux enjeux psychiques inconscients animant les patients, et aux enjeux inconscients sous-jacents à la pratique même de la médecine.

3. Conclusion générale

Au long de cette recherche, nous avons cherché à expliquer comment les personnes vieillissantes et malades vivaient un dépistage des cancers liés au tabagisme. Nous avons

¹¹²⁸ Nicole Alby et Edwige Bourstyn, « Le dispositif d'annonce du cancer : de l'espoir aux contradictions » dans *Traité de Bioéthique II*, Toulouse, Erès, 2011, p. 374-385.

synthétisé nos résultats à ce propos, ainsi que les liens avec les résultats des autres études s'intéressant à l'expérience du dépistage, dans les points d'étape, dans les conclusions intermédiaires, et dans la partie discussion de cette thèse. Nous avons par ailleurs tenté d'extraire des pistes d'exploitation des résultats. Nous avons, pour isoler ces résultats, utilisé des concepts psychanalytiques portant sur le traitement psychique de la précarité. En retour, analyser l'expérience du dépistage faite par ces personnes nous a permis de dégager des connaissances sur le rapport subjectif à la précarité. Ce sont ces conclusions que nous résumons maintenant.

Nous entendons par l'expérience de la précarité, l'expérience de la vie dans un corps sujet à la fragilisation et à la mort. Lorsque nous parlons de traitement psychique de la précarité, nous entendons donc les mesures psychiques potentiellement mobilisées par les personnes lorsqu'elles font face à un gain de savoir ou d'expérience sur le caractère provisoire de leur vie, c'est-à-dire sur l'absence d'immuabilité, de solidité, de pérennité de leur vie.

Ce sont les études sur le vieillissement – présentées dans le chapitre 6 – qui nous ont semblé offrir le plus de pistes d'explications théoriques en ce qui concerne les implications intrapsychiques de l'expérience de la précarité. En effet, l'étude du fonctionnement psychique des personnes âgées ne peut faire l'économie de ces questions, dans la mesure où la fragilisation du corps et le rapprochement de l'échéance de la vie en représentent des défis majeurs. Ce moment de l'existence est caractérisé par ces auteurs comme un moment de fragilisation biologique, d'accumulation d'événements du registre de la perte, de raréfaction des objets d'investissement pulsionnel. Ces différents événements, d'origine interne et externe, exposeraient le sujet à des outrages et privations tant du point de vue de l'économie libidinale objectale que narcissique. L'approche inéluctable de la mort exposerait les limites du sujet d'une manière inédite, remettant en cause des schémas de sens – comme ceux de l'Œdipe – et certains fantasmes – comme le fantasme d'immortalité, de toute-puissance, etc. En conséquence, le point de vue dominant est une appréhension du vieillissement comme une crise psychique, qui pourrait déboucher sur une voie d'élaboration ou une voie de désorganisation. Les paradigmes de la névrose actuelle ou des troubles narcissiques sont privilégiés pour expliquer les solutions pathologiques du vieillissement. Une prévalence particulièrement élevée des troubles relevant d'une mauvaise répartition des investissements libidinaux est observée, s'exprimant par des troubles dépressifs, hypocondriaques, des régressions à l'érotisme pré-génital, etc. Éviter la régression sur ces positions pathologiques impliquerait le déploiement d'un travail psychique particulier chez l'agé, par rapport aux adultes plus jeunes, dont les facteurs principaux seraient : les renoncements et les deuils pour s'adapter à la réalité changeante ; la mobilisation des capacités sublimatoires pour maintenir des investissements par-delà la raréfactions des objets et la diminution des capacités à entrer en contact avec l'objet ; et enfin l'acceptation de la mort, de l'impuissance et le renoncement aux fantasmes concomitants d'immortalité, de toute-puissance.

C'est entre autres au prisme de ces hypothèses que nous avons analysé le matériel clinique. Et en retour, l'analyse du matériel clinique nous a amenée à mettre au travail ces théorisations, et à faire émerger des constructions originales permettant un abord différent de la problématique

du vieillissement et du rapport à la précarité par rapport aux propositions théoriques que nous avons à l'instant présentées.

3.1. Précarité et progrès psychiques : du bébé au jeune adulte

Une première étape en vue de présenter notre compréhension du vieillissement a été de mettre en évidence le fait que la précarité ne concerne pas uniquement la personne âgée, mais concerne l'homme tout au long de son existence. Mieux encore, le développement de l'appareil psychique est étroitement relatif à l'expérience de la précarité.

C'est par le biais de la seconde théorie freudienne de l'angoisse¹¹²⁹ que nous avons isolé la première expérience de la précarité faite par l'être humain. Lors de la naissance, le petit d'homme est soumis à un accroissement d'excitations intenses ressenties avec le plus grand déplaisir, conséquence de la première expérience de l'état extra-utérin. Les manifestations somatiques vécues à ce moment-là, qui ont une finalité vitale – mise en route de la respiration, etc. – sont incorporées à la vie d'âme comme précipité d'état d'affect. Elles s'inscrivent comme trace dans la psyché, trace de la première expérience d'exposition à la pure quantité d'excitation traumatique ; cet état d'affect – l'angoisse – sera remobilisé en anticipation lorsque le sujet se sentira de nouveau exposé à un risque d'excitation traumatique. Ce n'est donc pas tardivement que l'homme fait l'expérience de la précarité, puisqu'il naît dans le plus grand état de précarité, ne pouvant calmer seul et sans le concours de l'autre les besoins et excitations en provenance de son corps. L'homme naît dans un état réel de grande impuissance et de dépendance.

L'une des conséquences est que l'homme doit, non pas seulement dans la dernière tranche de son existence, mais tout au long de sa vie, s'arranger avec cette précarité qui lui est intrinsèque dès le début de son existence. Or selon la théorie psychanalytique, la quasi-totalité, si ce n'est tous les progrès psychiques sont liés à la nécessité de pallier cette précarité intrinsèque, de pallier nos limites à assouvir seul nos besoins, qui nous exposent à la souffrance, et à la frustration. Ce sont les augmentations de tension, les inadéquations entre notre constitution et notre environnement, qui poussent au développement et au changement. Si l'homme ne peut modifier le monde pour obtenir la satisfaction de ses besoins, la diminution des tensions de l'ordre du déplaisir et provoquant la souffrance, il est contraint à se modifier soi-même.

C'est de manière détournée puisque c'est en étudiant la façon dont le sujet pouvait être déstabilisé et réagir face à la pathologie somatique et au vieillissement que nous avons isolé toute une série de progrès psychiques qui ont lieu au cours du développement et qui ont pour but de survivre aux expériences infantiles de précarité.

Nous avons par exemple relevé en nous référant aux travaux de Villa¹¹³⁰, la potentialité inscrite en chaque humain du refoulement organique, c'est-à-dire la possibilité de circonscrire l'érogénéité du corps – le corps étant au départ entièrement érogène – à certaines zones. Ce

¹¹²⁹ S. Freud, « Inhibition, symptôme et angoisse », art cit.

¹¹³⁰ F. Villa, *La puissance du vieillir, op. cit.*

mouvement permet l'atténuation de l'érogénéité totale du corps qui expose le sujet à l'excitation traumatique, en restreignant cette excitabilité à des zones à partir desquelles se construira psychiquement le corps. Nous avons présenté avec Dejours¹¹³¹ puis avec Schwering¹¹³² la subversion libidinale, qui est l'opération somato-psychique par laquelle le petit d'homme peut progressivement s'affranchir des fonctions physiologiques, des instincts qui assujettissent le corps et vis-à-vis desquels l'enfant est d'abord impuissant. Cela permet une transformation par l'enfant de la pure quantité des excitations, en qualité psychique, le corps se construisant libidinalement, pulsionnellement. Cet étayage du corps érotique sur le corps organique permet que soient élus des objets adéquats qui permettent l'apaisement des tensions : le petit d'homme s'autonomise en affirmant un désir qui lui appartient, au-delà des besoins organiques du corps. Mais cela ne l'empêche pas d'être régulièrement exposé au refus des excitations, qui constituent toujours de nouvelles épreuves de réalité. L'enfant qui est de moins en moins soumis à la pure quantité est néanmoins toujours impuissant à se satisfaire lui-même. Cela le pousse à la coordination des pulsions partielles en diverses organisations en fonction de la zone érogène dominante à un stade donné du développement. C'est donc à nouveau dans le but de soulager l'afflux de tension source de déplaisir que l'enfant est forcé au progrès psychique. Nous voyons à nouveau avec Villa¹¹³³ que cela peut mener au développement de traits de caractère, qui sont la marque que l'enfant affirme sa propre volonté, qu'il découvre son espace de décision et de choix. Cela témoigne également de l'aptitude au détournement de l'érogénéité des organes aux profits des productions psychiques. Ces productions psychiques trouvent leur source dans l'énergie libidinale, dans l'érotisme d'organe qui est transposé en fonctions psychiques par défaut de satisfaction pulsionnelle.

Ce qui est valable pour la formation de traits de caractères est rendu encore plus saillant par l'étude de l'identification – ce que nous avons pu identifier grâce aux travaux de Florence¹¹³⁴ – et du développement du moi. L'enfant construit son rapport au monde de manière à faire face à la déprivation de la satisfaction. Il se défend au stade oral du retour des angoisses et excitations traumatiques aux moyens qui sont alors les siens, c'est-à-dire en rejetant le mauvais à l'extérieur, en prenant en lui le bon, en purifiant son moi des expériences d'effroi et de déplaisir, au profit des sensations de plaisir. La nécessité grandissante de prendre en compte la réalité pour éviter le retour des excitations traumatiques et la nécessité de limiter le déplaisir rend nécessaire la transformation progressive du moi-plaisir en moi-réalité. L'identification est ce moyen par lequel l'enfant peut transformer la libido d'objet en libido narcissique. Le moi lui-même peut devenir l'objet des pulsions, et emprunter au ça la force qui lui permet de développer des fonctions psychiques supérieures. Cela permet que soit intercalé entre le besoin et l'action, tout le travail de pensée, que soient exploitées les traces mnésiques de l'expérience pour déterminer les moyens adéquats de la satisfaction, afin de modifier à son avantage le monde extérieur et de dominer les

¹¹³¹ C. Dejours, *Le Corps d'abord*, op. cit.

¹¹³² K.-L. Schwering, *Corps d'outrance*, op. cit.

¹¹³³ F. Villa, *La notion de caractère chez Freud*, op. cit.

¹¹³⁴ J. Florence, *L'identification dans la théorie freudienne*, op. cit.

revendications pulsionnelles jusqu'à ce que soient atteintes les circonstances favorables dans le monde extérieur, etc.

L'étude du moment œdipien rend à nouveau saillante l'articulation étroite entre l'expérience de la précarité et le développement de l'appareil psychique, ainsi que le renforcement du moi. Freud postule une sexualité qui se développe en deux temps : la phase prégénitale de la sexualité est séparée de l'atteinte de l'organisation génitale à la puberté par la période de latence. Dans les phases précoces, les pulsions partielles parviennent à la satisfaction du plaisir indépendamment les unes des autres, elles ont une multitude de sources, de but, d'objets, le rapport au plaisir est dispersé, chaotique malgré les tentatives d'organisation que la libido se donne. Les différentes configurations adoptées par la pulsionnalité mènent nécessairement à constituer le parent comme l'objet privilégié de satisfaction pulsionnelle, dans la mesure où il a depuis la naissance tenu une place de choix dans l'assouvissement des besoins et l'atteinte du plaisir. Arrive un stade du développement où les organes génitaux acquièrent dans la géographie pulsionnelle une place prépondérante. Le renforcement des pulsions dans ce contexte de rapport au plaisir conduit à l'émergence de la problématique œdipienne. L'impossible assouvissement pulsionnel, le constat de la différence des sexes et des générations, l'introduction aux interdits culturels exposent l'enfant d'une manière plus forte qu'il ne l'a jamais été à ses limites fondamentales, à son impuissance, à l'impossibilité pour lui de tout être, de tout avoir. La menace de la castration et la conscience de son manque par l'enfant s'accompagnent d'une forte blessure narcissique, mais de manière corrélative cela va entraîner un sursaut narcissique qui va métamorphoser ces déceptions, cette expérience intense de la précarité, en divers gains psychiques. Ces progrès psychiques impliquent la déssexualisation des pulsions, qui découle sur le développement de nombre de qualités psychiques qui prédominent dans la période de latence : développement de la tendresse, des sentiments sociaux, de la curiosité intellectuelle ou autres activités déssexualisées comme l'activité sportive. Cela découle également sur la poursuite de la stratification du psychisme grâce à un clivage de la personnalité psychique, la formation du surmoi et l'internalisation des interdits culturels fondamentaux et parentaux. A défaut de pouvoir avoir l'objet ou prendre la place de l'objet dans la réalité, le sujet peut jouer son rôle sur la scène mentale et s'offrir comme objet des pulsions, par l'identification. Selon ce point de vue, c'est donc l'énergie sexuelle qui a dû être détournée de son but du fait du refus de la satisfaction, du fait de la limite à la toute-puissance de l'homme et de sa soumission nécessaire aux impératifs culturels, qui participe de ses vertus, intérêts déssexualisés et intégration à la culture.

L'adolescence est l'occasion de la reviviscence des pulsions sexuelles non inhibées quant au but. La force de la pulsionnalité et la nécessité de satisfaire ces besoins grandissants en provenance du corps impliquent de parfaire encore les progrès psychiques engagés dès la naissance. La résolution du conflit œdipien, l'ouverture au monde et le détachement des objets œdipiens, nécessite une souplesse dans l'utilisation des mécanismes de défense, une bonne adaptabilité à la réalité, une mobilité des investissements narcissiques et objectaux, des capacités

identificatoires, etc. Nous avons vu avec Parat¹¹³⁵ que ces divers progrès psychiques témoignent de l'atteinte d'une capacité d'équilibration, de l'atteinte d'une organisation génitale de la personnalité psychique. La mise en place progressive de cette organisation de la personnalité qui permet la synthèse pulsionnelle prend ses racines dans le sentiment d'impuissance, le refus, la frustration, dans le danger du retour d'excitations traumatiques, dans la transformation d'énergie psychique privées de décharge, dans la nécessaire prise en compte des limites.

Nous apportons ici différents éléments, à titre d'exemple des maints progrès psychiques rendus nécessaires, à toutes les étapes du développement, par l'expérience de la frustration, des insuffisances, de l'impuissance, de la dépendance. L'appareil psychique est bien une potentialité inscrite en chaque humain lui permettant de compenser son manque originare et son incapacité à survivre et à répondre seul à ses besoins. Une part du fonctionnement psychique a particulièrement attiré notre attention, du fait de son lien avec la dialectique précarité et pérennité, impuissance et toute-puissance. Selon certains auteurs et notamment Klein et Laplanche¹¹³⁶, la mégalomanie infantile caractéristique du début de l'existence est considérée comme une défense, permettant de survivre aux angoisses de morcellement et d'annihilation. Ce procédé psychique est rendu possible par les parents qui projettent sur leur enfant leur idéal, c'est-à-dire les rêves de puissance et de grandeur qui ont dû progressivement être abandonnés par eux. Ils l'introduisent par-là à la continuité de l'existence, et lui transmettent les moyens psychiques lui permettant de faire face aux angoisses archaïques.

Ces échanges identificatoires et projectifs seront les premiers d'une série d'interactions parent-enfant au cœur de la transmission psychique. L'étude des réflexions de Ciccone¹¹³⁷ sur l'identification projective – ici, normale – est éclairante en ce qui concerne l'implication des parents dans l'exploitation de ces potentialités psychiques. La qualité des opérations psychiques développées par l'enfant ne dépendent pas uniquement de ses propres capacités d'élaboration, mais autant de la qualité des projections des parents. L'enfant peut d'abord survivre aux éprouvés traumatiques grâce à l'appareil psychique d'un autre. Dans le cas où les parents sont suffisamment bons, selon la terminologie de Winnicott, l'enfant n'est introduit à sa précarité qu'au rythme lui permettant d'y survivre par ses propres moyens psychiques, à mesure de son autonomisation et de son dégagement de l'appui sur les fonctions psychiques parentales. D'une fonction parentale pare-excitante quasi-totale au début de l'existence, l'enfant est progressivement introduit aux privations, aux frustrations, en même temps que lui sont transmis les moyens psychiques permettant d'élaborer ces expériences et de leur survivre sans faire l'expérience du traumatisme.

C'est donc grâce à cet investissement parental que l'enfant peut faire l'expérience paradoxale, au début de son existence, d'une situation réelle de précarité extrême vécue subjectivement comme toute-puissance. Chasseguet-Smirgel¹¹³⁸ nous aide à suivre le destin de cette mégalomanie

¹¹³⁵ C. Parat, *L'organisation œdipienne du stade génital*, op. cit.

¹¹³⁶ J. Laplanche, *Vie et mort en psychanalyse*, op. cit.

¹¹³⁷ A. Ciccone, *La transmission psychique inconsciente*, op. cit.

¹¹³⁸ J. Chasseguet-Smirgel, *La maladie d'idéalité*, op. cit.

infantile. Nous nommerions plutôt Moi-Idéal ce qu'elle nomme, même avant le moment œdipien, Idéal du moi. C'est du fait de la chute de l'illusion de fusion primitive, c'est-à-dire du fait de l'introduction au déplaisir, à la souffrance, à l'impuissance, que l'enfant sera amené à constituer son Idéal, à le projeter sur différentes figures qui sont investies comme moyens de retour à la fusion primitive. L'enfant étant dans l'impossibilité d'abandonner un plaisir une fois connu, il en cherchera des formes substitutives, des succédanées dans sa quête de retour à cet état antérieur à toute perturbation. L'instance de l'idéal est une instance substitutive, compensatoire, qui a pour fonction de garder sur la scène psychique un projet grandiose tout en prenant également en compte la réalité qui confronte à l'impossibilité de sa réalisation. Au gré des désillusions et de la pression de la réalité, l'Idéal sera projeté sur différentes figures, jusqu'à leur projection sur les figures œdipiennes. L'internalisation du Surmoi signe un tournant du rapport à l'Idéal, dans la mesure où il est l'occasion d'une prise d'indépendance des idéaux de l'enfant par rapport aux idéaux parentaux. C'est la désillusion parentale, la prise de conscience que l'accès à l'âge adulte ne permettra pas mieux d'atteindre la toute-puissance que toutes les figures ayant été investies et abandonnées avant cela, qui pousse l'adolescent à projeter son idéal en dehors du cercle familial. Si le Surmoi parental permet la transmission d'une fonction et pas uniquement la soumission à un modèle, le processus d'identification devient moins important, le moi renforcé peut opposer une résistance aux objets d'identification, et gagne un espace de choix dans les figures sur lesquelles sera projeté l'idéal et au prisme duquel sera comparé le moi.

Nous pourrions dire que l'Idéal du moi est un concept limite entre le fantasme et la réalité, il permet le maintien du fantasme malgré la nécessaire prise en compte des désillusions quant à la possibilité de retour à la fusion primitive. Les moyens de retourner à cet état antérieur à toute perturbation évoluent au gré des évolutions pulsionnelles, qui est concomitante de l'évolution des sources d'exposition à l'effroi et de ce qui vient poser une limite à la décharge libidinale du sujet. Avec Triandafillidis¹¹³⁹, nous voyons que ce n'est qu'à l'adolescence que l'Idéal s'habille des caractéristiques de l'immortalité. Ce n'est en effet qu'à l'adolescence que la mort, d'inoffensive, devient mortifère, c'est-à-dire que le moi lui attribue un caractère de danger.

Il nous a dès lors paru nécessaire, pour mieux comprendre l'expérience adulte de confrontation à la perspective de la mort, de revenir au développement du rapport à la mort au cours de la maturation. Aucun contenu réel, aucun contenu d'expérience, aucune représentation de chose ne peut correspondre à la mort personnelle. La mort personnelle ne peut être que négatif, absence. L'idée de mort n'est donc pas dès le début de l'existence associée à un danger pour le moi. Ce qui pour l'enfant représente un danger est d'abord le risque de retour des excitations traumatiques, de l'effroi dont l'expérience a été faite lors de l'entrée en existence. Selon Zaltzman¹¹⁴⁰, l'expérience réelle de la mort au début de l'existence ne concerne pas la mort comme événement terminant la vie, mais plutôt correspond à cette force qui agit au sein de la vie et poussant au retour à l'inorganique, forces liées à des expériences de tension des besoins

¹¹³⁹ A. Triandafillidis, « Stratégies d'immortalité », art cit.

¹¹⁴⁰ N. Zaltzman, « Une volonté de mort », art cit.

corporels, non satisfaits et sans relais psychique possible. L'angoisse, nous l'avons vu, est l'affect associé à ces expériences précoces. Elle sera mobilisée lorsqu'est perçu par le moi un risque de résurgence des effrois traumatiques. Les situations qui sont sources de danger d'effroi évoluent au gré du développement de l'appareil psychique, au gré de l'évolution de la pulsionnalité, l'enfant développant progressivement les moyens somato-psychiques lui permettant de survivre aux différentes situations sources d'effroi. Au gré de l'enfance et jusqu'à l'adolescence, l'angoisse devient de perte d'objet, puis de castration, puis angoisse sociale.

La mort est au départ inoffensive, l'enfant ne dispose pas d'une capacité innée à reconnaître les dangers. La perspective de la mort propre s'associe progressivement et universellement à du déplaisir du fait d'un réseau associatif s'établissant entre ce mot et des situations de danger infantiles. Anticiper sur un avenir non advenu ne peut avoir de résonance psychique que par associativité à des affects déjà expérimentés. Des représentations de mot ne correspondant à aucune expérience réelle s'associent à des expériences réelles n'ayant pas de mots pour les border. Le déplaisir associé à l'idée de la mort sera définitivement marqué de son lien à la psychosexualité, c'est-à-dire au danger de la castration, danger de privation des moyens de satisfaction pulsionnelle, danger de punition face à la force de l'assouvissement des pulsions.

L'adolescence est donc selon Triandafillidis ce moment où le sujet a une entrevue avec le mortifère de la mort, ce pléonasme apparent rendant en réalité compte de l'évolution du statut de la mort dans la psyché. Au même titre que l'enfant a développé les moyens psychiques lui permettant de survivre aux différentes conditions d'angoisse, il développe des mesures psychiques lui permettant de faire face à la perspective de la mort. Des moyens psychiques spécifiques sont mis en place pour survivre à cette entrevue avec le mortifère. Pour élaborer un projet, pour que le sujet puisse vivre en se projetant dans un avenir qu'il sait devoir se terminer, doivent être développées des mesures psychiques permettant d'inhiber les représentations d'incertitude. L'adulte devrait, pour pouvoir vivre comme s'il n'allait jamais mourir, développer une conviction relative d'immortalité basée sur un déni de sa finitude. Grâce à la mobilisation du clivage, coexistent alors dans la psyché la perception consciente de la mortalité et le refus inconscient du caractère précaire de la vie.

3.2. Vivre avec la précarité : le vieillissement

Il nous a paru essentiel de revenir sur les liens étroits qu'entretiennent les progrès psychiques avec l'expérience de la précarité au cours du développement, de manière à correctement interpréter les processus somato-psychiques à l'œuvre dans l'expérience du vieillissement.

L'adulte vieillissant ne fait pas pour la première fois l'expérience de la précarité puisqu'il vit depuis le début de son existence dans un corps précaire, l'exposant à la souffrance, au déplaisir, au danger de l'effroi, au danger de la mort. Plutôt que de faire l'hypothèse, comme de nombreux auteurs l'ont suggéré avant nous, d'une nouvelle organisation de l'appareil psychique chez les personnes âgées du fait de la pression de la réalité les confrontant à la précarité, il nous paraît plus opportun de suggérer que c'est l'organisation psychique mise en place au cours du

développement et perfectionnée au cours de la vie d'adulte qui permet de survivre à cette pression de la réalité. Le refus, la perte, les outrages narcissique, l'impuissance, la perspective de la mort propre, sont des problématiques qui se réactualisent alors mais qui ne sont pas exclusives à la prise d'âge.

Une des particularités de cette étude est que nous n'avons pas pour objectif d'étudier directement le vieillissement, mais plutôt de cerner le travail psychique mobilisé autour d'un évènement en particulier auquel des personnes vieillissantes sont confrontées : le dépistage. Cet évènement est d'une part un évènement qui participe du vieillissement – au même titre que d'autres situations signifiantes comme la réception d'une carte Senior par la SNCF, le fait d'être progressivement exclu des jeux de séduction et de pouvoir, le fait qu'une personne jeune se lève pour laisser sa place à une personne dans le métro, etc. Mais cet évènement ne fait pas crise pour le sujet, la personne n'ayant que rarement l'impression d'être une personne différente avant et après cet évènement « dépistage » qui ne nécessite dans la grande majorité des cas pas de réorganisation de la personnalité psychique. Nous ne nous sommes donc pas uniquement concentrée sur les évènements extrêmes du vieillissement – pathologies somatiques, décès des personnes aimées, passage à la retraite, par exemple –, mais également sur les évènements invisibles qui participent de la continuité du vieillissement.

Pour nous décaler d'un modèle appréhendant le vieillissement comme une crise psychique, nous nous sommes appuyée sur un certain nombre d'auteurs appartenant à différentes épistémologies : par exemple l'étude du normal et du pathologique de Canguilhem¹¹⁴¹, l'étude philosophique du vieillissement de Jullien¹¹⁴², ou encore l'étude du concept de déprise par des sociologues tels que Caradec¹¹⁴³. Nous avons mis ces réflexions en dialogue avec des théories psychanalytiques, s'intéressant pour certaines directement au vieillissement (Villa, Verdon¹¹⁴⁴), pour d'autres à d'autres secteurs d'expérience. Il s'agit par exemple des études de la pathologie somatique par Schwering, du travail par Dejours, de l'amour par Parat, du tabagisme par Lesourne, ou encore de la mort par Triandafillidis et Valabrega. Nous retrouvons alors les expressions de « symptôme de la normalité »¹¹⁴⁵, de « métaphysique de la vie quotidienne »¹¹⁴⁶, ou encore du « domaine immense et modeste de la vie ordinaire, de la vie banale, on ose à peine dire normale, tant, à observer de près certains de ses éléments, on doit se convaincre qu'ils sont pleins d'« une certaine anormalité » »¹¹⁴⁷.

De manière alternative vis-à-vis de la perspective crisale, nous avons distingué le vieillissement invisible du vieillissement visible.

¹¹⁴¹ G. Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, *op. cit.*

¹¹⁴² F. Jullien, « Ce qui résiste à la pensée dans le phénomène du vieillissement », art cit.

¹¹⁴³ V. Caradec, « Intérêt et limites du concept de déprise. Retour sur un parcours de recherche », art cit.

¹¹⁴⁴ B. Verdon, *Le vieillissement psychique*, *op. cit.*

¹¹⁴⁵ Alexandra Triandafillidis, « Le projet : symptôme de la normalité », *Psychanalyse à l'université*, 1988, vol. 13, n° 50, p. 261-279.

¹¹⁴⁶ J.-P. Valabrega, « Représentations de mort », art cit, p. 165.

¹¹⁴⁷ O. Lesourne, *Le grand fumeur et sa passion*, *op. cit.* Empl. 201.

Le vieillissement implique un changement continu de forme, à chaque jour correspondant une nouvelle allure de vie adoptée par le corps. Ces changements continus de forme sont parfois vécus par le sujet sans qu'il se rende compte du changement, parfois sont vécus par lui comme changement ayant une valeur positive, parfois comme un changement ayant une valeur négative. La valeur accordée au changement dépend de son impact sur les possibilités pour le sujet d'habiter et de se satisfaire de son corps. Les changements de forme sont imperceptibles lorsque le processus d'équilibration permettant un étayage du corps érotique sur le corps organique n'est pas mis en échec, c'est-à-dire lorsque le processus de subversion libidinale est effectif. Les événements vécus n'entraînent pas de réorganisations ou désorganisations massives de l'appareil psychique tant qu'ils peuvent être intégrés dans la trame subjective, ce qui implique des changements continus, non seulement du corps, mais du fonctionnement somato-psychique global. Le moment pathologique survient lorsque le sujet ne peut plus rendre amies les différentes représentations, idées qui viennent à sa rencontre, ou lorsque le processus de subversion libidinale est enrayé. L'étrangement survient lorsque le travail psychique qui aurait dû se produire ne peut pas avoir lieu, lorsque la quantité de l'excitation ne peut être transformée en qualité, lorsqu'elle ne peut être psychiquement liée.

Ce qui devient dès lors pertinent pour expliquer les différents destins dans le vieillissement est de savoir combien de temps l'appareil psychique sera en mesure de traiter les événements qui viennent à sa rencontre et les changements de forme dont il fait l'expérience. Le vieillissement ne relève dès lors pas d'une nécessaire crise psychique du fait de la multiplication d'événements qui déstabiliseraient la personne âgée d'une manière particulière par rapport aux autres âges de la vie. Le destin dans le vieillissement dépend d'une rencontre entre des événements et un appareil psychique sommé de les traiter. Il dépend autant des caractéristiques de ces événements, que de l'organisation psychique singulière qui les reçoit. Nous sommes en cela en accord avec Villa, lorsqu'il suggère que la mort n'est pas la conséquence du vieillissement, mais relève plutôt de l'impossibilité de continuer à vieillir.

Les événements dont nous allons maintenant synthétiser les coordonnées, et les solutions psychiques mobilisées, peuvent donc concerner tous les âges de la vie.

Les personnes font d'une part l'expérience d'événements qui perturbent les possibilités de satisfaction libidinale. C'est-à-dire des événements qui peuvent être externes – rupture amoureuse ou décès, perte d'emploi, etc. –, ou internes – diminution des capacités de satisfaction libidinale du fait des changements du corps. Les personnes ne peuvent potentiellement plus s'engager dans les activités dans lesquelles elles s'engageaient ou être les personnes qu'elles étaient. Or l'engagement dans des activités et les caractéristiques de la personnalité reflètent des choix inconscients, en ce qui concerne les destins des pulsions et les destins des identifications. Le sujet peut dès lors être exposé au refusé ou au retour du refoulé, la voie vers la décharge de désirs potentiellement intolérables au moi étant barrée. Ces événements réels peuvent être l'occasion de blessures narcissique dans la mesure où se creuse l'écart entre le moi et l'Idéal du moi, ou dans la mesure où le moi est exposé au jugement par le surmoi, le sujet étant de nouveau face à son impuissance fondamentale. Les personnes font par ailleurs l'expérience d'événements pouvant

être directement traumatiques. Les symptômes corporels, certains traitements médicaux, sont l'occasion de retour d'excitations somatiques douloureuses, étranges, ne pouvant être psychiquement qualifiées. Ces expériences qui privent le sujet de l'usage de ses zones érogènes, qui marquant le corps par leur étrangeté, leur absence de familiarité, ont le potentiel de remettre en question l'étayage du corps érotique et du corps organique, et de remettre en question la capacité par le sujet d'habiter son corps. Le sujet est exposé au danger du retour de l'organicité au-devant de la scène, au détriment du corps pulsionnel. Le vital devant être soutenu par le sexuel et l'activité psychique prenant source dans des expériences corporelles, ces événements déstabilisants et traumatiques peuvent aller jusqu'à des vacillements identitaires, voire des remises en question du sentiment d'existence ou de faire partie de la communauté des humains.

Des événements ont le potentiel de déstabiliser le sujet sans qu'aucun changement n'ait lieu au niveau de sa forme corporelle ou au niveau de la possibilité de s'engager dans le commerce intersubjectif. Les personnes sont liées entre elles par des liens identificatoires et projectifs, les identités des uns se forgeant grâce à des analogies perçues entre les moi ou grâce à des mouvements projectifs permettant l'exclusion hors de certaines communautés identificatoires. Une personne peut être confrontée à sa précarité et à ses limites du fait des changements vécus par ses pairs ou par des inconnus appartenant à la même génération voire à d'autres générations. Si la vieillesse comme moment d'existence n'a pas de réalité individuelle, dans la mesure où tous les événements survenant lors du vieillissement peuvent, au niveau individuel, survenir à n'importe quel âge, la vieillesse a une réalité collective et populationnelle, car les pertes, les changements corporels et la mort sont plus fréquents chez les personnes les plus âgées par rapport aux plus jeunes. Cette réalité de la vieillesse qui n'est que populationnelle, a des effets sur les subjectivités. Nous avons dans ce cadre opposé les perturbations réelles aux perturbations de l'ordre imaginaire ou symbolique. Des événements peuvent donc déstabiliser le sujet du fait d'une permutation des places dans l'ordre générationnel ou du fait d'assignations – par exemple, dans le cas du diagnostic présymptomatique – en dehors de toute expérience réelle. La réduction de l'écart entre soi et des représentations internalisées – du vieux, du malade, du handicapé – peut être l'occasion de sentiments d'étrangeté, de vacillements identificatoires et identitaires. Cela, notamment car le vieux, le malade, le handicapé, sont les figures auxquelles sont associées les représentations de mort, de maladie, c'est-à-dire les situations annonçant un danger pour le moi, exposant à un potentiel retour des éprouvés traumatiques s'ils s'appliquent à soi.

Cela témoigne également de la capacité de l'appareil psychique à anticiper sur le retour des éprouvés traumatiques et à être perturbé en ce sens sans être réellement soumis, au présent, à des excitations non qualifiables. Le Moi du sujet peut en effet mobiliser l'angoisse-signal, mobilisation anticipée de l'affect associé aux éprouvés traumatiques, afin que l'appareil psychique s'apprête et déploie les mesures psychiques permettant d'éviter l'effroi dont le retour est anticipé.

Il nous paraît intéressant, dans une perspective clinique, de nous décaler des constructions profanes et théoriques qui séparent les différents événements entre eux – pathologie somatique, vieillissement, handicap, etc. – pour plutôt nous concentrer sur l'origine des perturbations en ce qui concerne les différents opérateurs du fonctionnement psychique.

Face à ces perturbations, le sujet peut mobiliser son appareil psychique pour éviter la désorganisation somato-psychique, soit en réaction soit en anticipation. Il nous serait impossible de présenter de manière exhaustive les mesures psychiques potentiellement mobilisées par les personnes. Nous en présenterons certaines coordonnées qui ont été rendues apparentes par l'étude des entretiens avec les 22 personnes qui ont participé à cette étude portant sur l'impact psychologique du dépistage.

Nous avons en premier lieu présenté le potentiel de remobilisation libidinale, face aux expériences exposant le sujet au refus. Le sujet peut mobiliser les progrès psychiques développés lors de l'accès à l'organisation génitale adulte – qui implique un potentiel d'équilibration, de synthèse pulsionnelle – pour faire face au refus. Les pulsions, sexualisées et désexualisées, sont mobiles, plastiques, elles peuvent s'offrir à la place des autres, la satisfaction de l'une offrant un dédommagement en cas de refus d'une autre. Les destins des pulsions sont divers : renversement dans le contraire, retournement sur la personne propre, sublimation, inhibition quant au but, etc. Envisager l'organisation génitale comme une étape du développement débouchant sur les progrès psychiques qui rendent possibles l'atteinte d'un équilibre pulsionnel rend caduque l'hypothèse d'un stade postgénéral. Par ailleurs, cela implique de recréer de valeur toutes les solutions trouvées par les personnes pour obtenir du plaisir, et non uniquement les activités désexualisées. La désexualisation des pulsions est essentielle à tous les âges de la vie, et non particulièrement pour la personne âgée. Les propositions théoriques mettant au centre l'atteinte d'un stade postgénéral ou la désexualisation des pulsions nous semblent inscrites dans un imaginaire collectif de la personne âgée opposant le vieillard aigri, décati et déchéant, et le vieillard sage, noble et ayant renoncé au plaisir de la chair. Des investissements pulsionnels riches alimentent les activités les plus banales et quotidiennes de l'homme, et correspondent à une synthèse de buts pulsionnels divers : génitaux et pré-génitaux, inhibés ou non inhibés quant aux buts. La capacité de mobiliser l'élan vital et la libido nous paraît être un élément essentiel de la capacité de vivre les expériences confrontant au mortifère, élément qui nous semble bien souvent négligé dans la littérature portant sur le rapport à la précarité. Cette capacité a été rendue particulièrement apparente par l'étude des réactions des personnes à l'étude de dépistage. Leurs réactions témoignent de la capacité des personnes à investir libidinalement les procédures en subvertissant leur but fonctionnel grâce à un apport fantasmatique issu d'une économie subjective singulière.

L'étude des entretiens avec les personnes qui ont participé à cette étude nous a également permis de caractériser le pôle de protection contre la souffrance dans le fonctionnement de l'appareil psychique qui vise à favoriser le plaisir et à éviter le déplaisir. Nous avons parlé en ce sens de mesures de préservation en empruntant un terme rarement utilisé par Freud. Ces mesures de préservation sont donc les mesures psychiques mobilisées par l'appareil psychique, non pas pour augmenter le plaisir, mais plutôt pour éviter le déplaisir, et bien que ces deux actions soient souvent liées entre elles. Nous les avons rattachées à d'autres concepts, tels que les stratégies

d'immortalité de Triandafillidis ou encore les stratégies de survie de Roussillon¹¹⁴⁸. Les stratégies de survie correspondent à des mesures psychiques mises en place dans des situations extrêmes remettant en question la survie, telles que l'expérience des camps de concentration, de l'incarcération pénitentiaire ou encore de maladies somatiques graves. Nous nous intéressons plutôt dans cette thèse aux expériences de souffrance telles que nous les retrouvons dans la vie quotidienne. Avec Triandafillidis, nous avons séparé les mesures de préservation en deux pôles : un pôle d'évitement des représentations dérangeantes, et un pôle de compensation du déplaisir.

Certaines représentations, et notamment celles confrontant à la mortalité, s'opposent à la continuation de la vie et doivent être inhibées pour que le sujet puisse continuer à vivre. Il nous a fallu commencer par séparer l'attitude consciente et l'attitude inconsciente vis-à-vis de la mort. Il nous semble que continuer à vieillir et continuer à vivre implique de refuser, sur le plan inconscient, sa finitude. Nous nous opposons en cela à de nombreuses théories qui mettent au centre du travail du vieillir l'acceptation de la mort et la disparition des mesures défensives vis-à-vis d'elle. L'acceptation de l'approche de la mort au niveau conscient ne dispense pas de se protéger de la perspective de la finitude sur le plan inconscient. Nous avons rapproché l'acceptation inconsciente de la mort de situations pathologiques de l'ordre de la mélancolie, témoignant d'une impossibilité à continuer à vieillir, d'un déploiement de la mort dans le psychisme et de l'accélération du processus normalement progressif de désintronisation pulsionnelle. La plupart des personnes que nous avons rencontrées trouvaient au contraire les moyens de s'adapter à la réalité les confrontant toujours plus à leur mortalité approchante, tout en trouvant des moyens de s'en défendre. Ces défenses reposent sur l'existence d'un clivage au sein de la psyché qui permet que coexistent acceptation consciente de la mort et refus concomitant de celle-ci. Les défenses mobilisées sont de l'ordre du déni et témoignent de différents niveaux d'élaboration : refus massif de la réalité du danger, refus partiel de la réalité ne portant que sur une répression des affects, etc. Ces défenses sont renforcées par des contre-investissements, la mise en place de théories partagées collectivement ou inscrites dans l'histoire individuelle, etc. La qualité des défenses mobilisées peut évoluer du fait de la pression de la réalité. Nous avons repéré une telle évolution des mesures défensives au niveau collectif, ce qui a permis un rapprochement avec la théorie de Jaques¹¹⁴⁹ – bien qu'il nous ait fallu mesurer ses conclusions – en ce qui concerne l'importance de l'élaboration de la position dépressive dans le rapport à la mort. Le dépassement relatif du clivage et l'accès à l'ambivalence dans le rapport à la mort, permet la disqualification du fantasme d'immortalité au profit de l'investissement de la bonne mort par rapport à la mauvaise mort. Cela nous semble constituer un progrès nécessaire dans la possibilité pour les personnes de continuer à vivre malgré la perspective approchante de la mort.

A côté de la nécessité d'inhiber les représentations s'opposant à la continuation de la vie, nous avons isolé des mécanismes psychiques qui offrent des compensations au sujet vis-à-vis de la nécessité de s'éloigner toujours plus du fantasme de retour à la fusion primitive sous la pression

¹¹⁴⁸ R. Roussillon, « Les situations extrêmes et la clinique de la survivance psychique », art cit.

¹¹⁴⁹ E. Jaques, « Mort et crise du milieu de la vie », art cit.

de la réalité. Nous avons présenté l'Idéal du moi comme l'instance qui règle le rapport à l'impuissance et à la toute-puissance. Face aux désillusions et outrages narcissiques, l'illusion d'omnipotence et de toute-puissance doit progressivement être abandonnée, en même temps que le sujet réussit à en maintenir des succédanées grâce à la projection de l'idéal sur des figures substitutives. Il nous semble que le vieillissement nécessite de telles innovations psychiques qui permettent de maintenir, sous une forme qui soit compatible avec l'expérience, le fantasme de retour à la fusion primitive. Nous nous inscrivons en cela à contrecourant de certaines théories suggérant qu'il soit nécessaire, pour vivre un vieillissement heureux, de renoncer au fantasme d'omnipotence. Il nous semble au contraire qu'il y a bien longtemps que le fantasme d'omnipotence a dû être abandonné, en même temps qu'il a été maintenu sous une autre forme au sein de la psyché. L'évolution des modèles à la comparaison desquels sera comparé le moi nous semble un facteur essentiel des possibilités, pour le sujet, de vivre heureux malgré la pression de la réalité rendant plus apparente son impuissance. Ce secteur de travail psychique a également été appelé autonormativité. Ces mouvements psychiques sont facilités par les capacités identificatoires des personnes qui peuvent continuer à apprendre de l'expérience d'autres personnes qui ont avant elles vécu ce à quoi elles doivent faire face, même s'il s'agit de la manière de s'approcher de la mort. L'homme peut survivre à la désillusion progressive sur son état et à la restriction de sa puissance grâce à l'inscription dans un univers culturel. La personne qui s'approche de la mort n'est pas seule dans sa tâche d'avoir à apprendre à vivre avec l'idée de sa mort qui approche, car elle peut en cela profiter des représentations de sens qui ont été collectivement élaborées et qui lui sont offertes par la culture. Nous pensons par exemple à la religion ou au recours à la science, et bien que jusqu'à la fin de sa vie, l'homme doive trouver les moyens correspondant à son organisation psychique singulière pour s'arranger avec la mortalité.

Nous arrivons maintenant aux limites potentielles du travail psychique permettant de continuer à vieillir. Nous ne nous sommes pas attardée dans cette conclusion sur les troubles du développement psychique qui impliquent que certaines personnes auront plus de difficultés que d'autres à adapter, à mettre au travail leur appareil psychique pour faire face à la réalité changeante. Certaines fixations ou failles peuvent agir comme aimant attirant à elles les énergies d'investissement. Toutes les personnes ne disposent pas de la même souplesse du fonctionnement psychique, du fait de la violence des événements rencontrés lors du développement. Quoi qu'il en soit, nous sommes en accord avec Villa lorsqu'il dit que la capacité de transformer la quantité en qualité n'est pas illimitée. Considérer les choses de cette manière mène à appréhender le vieillissement comme la capacité de continuer à mobiliser l'appareil psychique et à se modifier pour trouver de nouveaux équilibres. Nous nous inscrivons en cela à contrecourant des théorisations qui appréhendent le vieillissement comme relevant d'une crise psychique qui serait vécue de manière relativement uniforme par tous les sujets. En dernier lieu, le vieillissement relève toujours de la possibilité pour une économie psychique singulière de traiter des événements qui surviennent, de l'intérieur et de l'extérieur, événements qui seront de plus en plus difficile à traiter du fait de l'accumulation des restes non liés au fil de l'expérience.

Bibliographie

ABERLE D.R., BERG C.D., BLACK W.C., CHURCH T.R., FAGERSTROM R.M., GALEN B., GAREEN I.F., GATSONIS C., GOLDIN J., GOHAGAN J.K., HILLMAN B., JAFFE C., KRAMER B.S., LYNCH D., MARCUS P.M., SCHNALL M., SULLIVAN D.C., SULLIVAN D. et ZYLAK C.J., « The National Lung Screening Trial: overview and study design », *Radiology*, 2011, vol. 258, n° 1, p. 243-253.

AGGESTRUP L.M., HESTBECH M.S., SIERSMA V., PEDERSEN J.H. et BRODERSEN J., « Psychosocial consequences of allocation to lung cancer screening: a randomised controlled trial », *BMJ Open*, 2012, vol. 2, n° 2, p. e000663.

AIACH Pierre et DELANOË Daniel, *L'ère de la médicalisation*, Paris, Economica, 1998.

ALBY Nicole et BOURSTYN Edwige, « Le dispositif d'annonce du cancer : de l'espoir aux contradictions » dans *Traité de Bioéthique II*, Toulouse, Erès, 2011, p. 374-385.

ALVAREZ Stéphane, *Prévention et vieillissement : l'expérience individuelle du vieillissement face à la norme contemporaine du « bien vieillir »*, Thèse de doctorat, Université de Grenoble, Grenoble, 2014.

ANAES (AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE), *Guide méthodologique : Comment évaluer a priori un programme de dépistage ?*, Saint-Denis La Plaine, 2004.

ANAES (AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE), *Éléments d'information des hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuel du cancer de la prostate - Document à l'usage des professionnels de santé. Recommandations*, Saint-Denis La Plaine, 2004.

ANCET Pierre, « Identité narrative, déprise et vécu du vieillissement », *Gérontologie et société*, 2018, vol. 40, n° 155, p. 45-57.

ANCET Pierre, « Après l'accident : renaître à un autre corps » dans *Corps abîmés*, Paris, Hermann, 2014, p. 109-118.

ANDERSON Carryn M. et NOTTINGHAM James M., « Bridging the knowledge gap and communicating uncertainties for informed consent in cervical cytology screening; we need unbiased information and a culture change », *Cytopathology: Official Journal of the British Society for Clinical Cytology*, 1999, vol. 10, n° 4, p. 221-228.

ANDRE Jacques, *La sexualité féminine*, 3e édition., Paris, PUF, 2004.

ANDRE Jacques, « Prolongements et critiques de la théorie freudienne » dans *La Sexualité féminine*, 3e édition., Paris, PUF, 2004, p. 41-57.

ANZIEU Didier, « Les signifiants formels et le Moi-Peau », *Annuel de l'APF*, 2014, vol. 1, p. 175-197.

ARMSTRONG David, « The rise of surveillance medicine », *Sociology of Health & Illness*, 1995, vol. 17, n° 3, p. 393-404.

ASSOUN Paul-Laurent, « Le vieillissement saisi par la psychanalyse », *Communications*, 1983, vol. 37, p. 167-179.

ATTIAS-DONFUT Claudine, « Vieillir au féminin » dans *Quand est-ce que je vieillis ?*, Paris, France, PUF, 2007, p. 91-101.

AUBERT GODARD Anne, « Quand la reconnaissance réciproque est rompue, que se passe-t-il ? » dans *Ethique et handicap*, Bordeaux, LEH Edition, 2011, p. 195-216.

AUJOUAT Isabelle, « De l'analyse descriptive à la théorisation » dans *Les recherches qualitatives en santé*, Malakoff, Armand Colin, 2016, p. 199-211.

AUJOUAT Isabelle, HOORE William D' et DECCACHE Alain, « Patient empowerment in theory and practice: Polysemy or cacophony? », *Patient Education and Counseling*, 2007, vol. 66, n° 1, p. 13-20.

AULAGNIER Piera, « Se construire un passé », *Adolescence*, 2015, vol. 33, n° 4, p. 713-740.

AULAGNIER Piera, *La violence de l'interprétation : Du pictogramme à l'énoncé*, Paris, PUF, 2003.

AUSTOKER Joan, « Gaining informed consent for screening. Is difficult-but many misconceptions need to be undone », *BMJ (Clinical research ed.)*, 1999, vol. 319, n° 7212, p. 722-723.

BALBO Gabriel, « D'un vieillissement outre âge » dans *La Question du vieillissement : Perspectives psychanalytiques*, Paris, Bordas, 1989, p. 74-106.

BALDWIN D. R., BRAIN K. et QUAIFFE S., « Participation in lung cancer screening », *Translational Lung Cancer Research*, 2021, vol. 10, n° 2, p. 1091-1098.

BALIER Claude, « Des changements de l'économie libidinale au cours du vieillissement » dans *Le temps et la vie : les dynamismes du vieillissement*, Réédition numérique., Paris, FeniXX, 1981, p. 63-70.

BALIER Claude, « Pour une théorie narcissique du vieillissement », *L'information psychiatrique*, 1979, vol. 55, n° 6, p. 635-645.

BARRIER Philippe, *La blessure et la force : La maladie et la relation de soin à l'épreuve de l'auto-normativité. Préface de Bernard Stiegler*, Paris, PUF, 2010.

BARRIER Philippe, « L'autonormativité du patient chronique : un concept novateur pour la relation de soin et l'éducation thérapeutique », *Alter*, 2008, vol. 2, n° 4, p. 271-291.

BEAUVOIR Simone DE, *La Vieillesse*, Paris, Gallimard, 1970.

BENOIT-LAPIERRE Nicole, « Guérir de vieillesse », *Communications*, 1983, vol. 37, n° 1, p. 149-165.

BERGERET Jean, « La deuxième crise d'adolescence. Sénescence et crise d'identité. » dans *Le temps et la vie : les dynamismes du vieillissement*, Réédition numérique., Paris, FeniXX, 1981, p. 71-78.

BERGH K.a.M. VAN DEN, ESSINK-BOT M.L., BORSBOOM G.J.J.M., SCHOLTEN E.T., KLAVEREN R.J. VAN et KONING H.J. DE, « Long-term effects of lung cancer computed tomography screening on health-related quality of life: the NELSON trial », *The European Respiratory Journal*, 2011, vol. 38, n° 1, p. 154-161.

BERGH K.a.M. VAN DEN, ESSINK-BOT M.L., BORSBOOM G.J.J.M., TH SCHOLTEN E., PROKOP M., KONING H.J. DE et KLAVEREN R.J. VAN, « Short-term health-related quality of life consequences in a lung cancer CT screening trial (NELSON) », *British Journal of Cancer*, 2010, vol. 102, n° 1, p. 27-34.

BERGH K.a.M. VANDEN, ESSINK-BOT M.L., BUNGE E.M., SCHOLTEN E.T., PROKOP M., IERSEL C.A. VAN, KLAVEREN R.J. VAN et KONING H.J. DE, « Impact of computed tomography screening for lung cancer on participants in a randomized controlled trial (NELSON trial) », *Cancer*, 2008, vol. 113, n° 2, p. 396-404.

BESSIN Marc, « Les catégories d'âge face aux mutations temporelles de la société », *Gérontologie et société*, 1996, vol. 77, p. 45-57.

BIANCHI Henri, « Vieillir, ou les destins de l'attachement » dans *La Question du vieillissement : Perspectives psychanalytiques*, Paris, Bordas, 1989, p. 33-63.

BIANCHI Henri, *Le Moi et le temps : Psychanalyse du temps et du vieillissement*, Paris, Bordas, 1987.

BIANCHI Henri, « Travail du vieillir et "travail du trépas" ». », *Psychanalyse à l'université*, 1980, vol. 5, n° 20, p. 613-620.

BILLE Michel, « Vieillir, comme une chance » dans *Comment l'esprit vient aux vieux*, Toulouse, Erès, 2016, p. 43-61.

BINTEIN F., YANNOUSOS A., CHATELLIER G., FONTAINE M., DAMOTTE D., PATERLINI-BRÉCHOT P., MEYER G., DUCHATELLE V., MARINI V., SCHWERING K.-L., LABROUSSE C., BEAUSSIER H., ZINS M., SALMERON S., LAJONCHÈRE J.-P., PRIOLLET P., EMMERICH J. et TRÉDANIEL J., « Patients with atherosclerotic peripheral arterial disease have a high risk of lung cancer: Systematic review and meta-analysis of literature », *Journal De Medecine Vasculaire*, 2021, vol. 46, n° 2, p. 53-65.

BONNET Marc, « Représentations infantiles du mort et destins pulsionnels », *Topique*, 1991, vol. 48, p. 207-225.

BOURDELAIS Patrice, « L'histoire de la prévention : hygiénisme et promotion de la santé » dans *Traité de prévention*, Paris, Flammarion, 2009, p. 9-13.

BRAIN K., LIFFORD K.J., CARTER B., BURKE O., MCRONALD F., DEVARAJ A., HANSELL D.M., BALDWIN D., DUFFY S.W. et FIELD J.K., « Long-term psychosocial outcomes of low-dose CT

screening: results of the UK Lung Cancer Screening randomised controlled trial », *Thorax*, 2016, vol. 71, n° 11, p. 996-1005.

BRAUNSCHWEIG Denise et FAIN Michel, *La nuit, le jour : Essai psychanalytique sur le fonctionnement mental*, 1e édition., Paris, PUF, 1975.

BRENNER A.T., MALO T.L., MARGOLIS M., ELSTON LAFATA J., JAMES S., VU M.B. et REULAND D.S., « Evaluating Shared Decision Making for Lung Cancer Screening », *JAMA Internal Medicine*, 2018, vol. 178, n° 10, p. 1311-1316.

BRIDOU Morgiane, *Etude des principaux freins et leviers psychologiques envers l'examen de dépistage du cancer colorectal : Le rôle particulier de l'anxiété envers la santé dans l'adoption de cette démarche*, Thèse de doctorat, Université François-Rabelais, Tours, 2012.

BRODERSEN J., THORSEN H. et KREINER S., « Consequences of Screening in Lung Cancer: Development and Dimensionality of a Questionnaire », *Value in Health*, 2010, vol. 13, n° 5, p. 601-612.

BUISSON Minh, *Décision médicale partagée : observation des pratiques de dépistage du cancer de la prostate en médecine générale*, Thèse d'exercice, Université de Nantes, Nantes, 2010.

BUNGE E.M., BERGH K.a.M. VAN DEN, ESSINK-BOT M.-L., KLAVEREN R.J. VAN et KONING H.J. DE, « High affective risk perception is associated with more lung cancer-specific distress in CT screening for lung cancer », *Lung Cancer (Amsterdam, Netherlands)*, 2008, vol. 62, n° 3, p. 385-390.

BYDLOWSKI Monique, « La crise parentale de la première naissance. L'apport de la psychopathologie », *Informations sociales*, 2006, vol. 132, n° 4, p. 64-75.

BYRNE M.M., WEISSFELD J. et ROBERTS M.S., « Anxiety, fear of cancer, and perceived risk of cancer following lung cancer screening », *Medical Decision Making: An International Journal of the Society for Medical Decision Making*, 2008, vol. 28, n° 6, p. 917-925.

CADHAM C.J., JAYASEKERA J.C., ADVANI S.M., FALLON S.J., STEPHENS Jennifer L., BRAITHWAITE D., JEON J., CAO P., LEVY D.T., MEZA R., TAYLOR K.L. et MANDELBLATT J.S., « Smoking cessation interventions for potential use in the lung cancer screening setting: A systematic review and meta-analysis », *Lung Cancer*, 2019, vol. 135, p. 205-216.

CANGUILHEM Georges, *Le normal et le pathologique*, 12e édition., Paris, PUF, 2013.

CARADEC Vincent, « Intérêt et limites du concept de déprise. Retour sur un parcours de recherche », *Gérontologie et société*, 2018, vol. 40, n° 155, p. 139-147.

CARADEC Vincent, « Être vieux ou ne pas l'être », *L'Homme & la Société*, 2003, vol. 1, n° 147, p. 151-167.

CARADEC Vincent, « Les transitions biographiques, étapes du vieillissement », *Prévenir*, vol. 35, p. 131-137.

CARADEC Vincent et VANNIENWENHOVE Thomas, « L'expérience corporelle du vieillissement », *Gérontologie et société*, 2015, vol. 37, n° 148, p. 83-94.

CARTER-HARRIS L., BRANDZEL S., WERNLI K.J., ROTH J.A. et BUIST D.S.M., « A qualitative study exploring why individuals opt out of lung cancer screening », *Family Practice*, 2017, vol. 34, n° 2, p. 239-244.

CARTER-HARRIS L., CEPPA D.P., HANNA N. et RAWL S.M., « Lung cancer screening: what do long-term smokers know and believe? », *Health Expectations*, 2017, vol. 20, n° 1, p. 59-68.

CARTER-HARRIS L., DAVIS L.L. et RAWL S.M., « Lung Cancer Screening Participation: Developing a Conceptual Model to Guide Research », *Research and Theory for Nursing Practice*, 2016, vol. 30, n° 4, p. 333-352.

CATALDO Janine K., « High-risk older smokers' perceptions, attitudes, and beliefs about lung cancer screening », *Cancer Medicine*, 2016, vol. 5, n° 4, p. 753-759.

CHABERT Catherine, *Psychanalyse et méthodes projectives*, Paris, Dunod, 2013.

CHABERT Catherine et BRELET-FOULARD Françoise, *Nouveau manuel du TAT. Approche psychanalytique*, 2e édition., Paris, Dunod, 2003.

CHAN E.L., BELEM P., CIOCCA R.G., MADSEN D., CODY Ronald P., MACKENZIE J.W., BOYD C.D. et GRAHAM A.M., « Incidence of Cancer and Abdominal Aortic Aneurysms: A Logistic Regression Analysis », *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1996, vol. 800, n° 1, p. 68-73.

CHARLES C., GAFNI A. et WHELAN T., « Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango) », *Social Science & Medicine (1982)*, 1997, vol. 44, n° 5, p. 681-692.

CHASSEGUET-SMIRGEL Janine, *La maladie d'idéalité : Essai psychanalytique sur l'idéal du moi*, Paris; Montréal, L'Harmattan, 1999.

CHIRPAZ François, *L'Homme précaire*, Paris, PUF, 2001.

CICCONE Albert, *La transmission psychique inconsciente*, 2e édition., Paris, Dunod, 2012.

CLARK M.E., BEDFORD L.E., YOUNG B., ROBERTSON J.F.R., NAIR Roshan DAS, VEDHARA K., LITTLEFORD R., SULLIVAN F.M., MAIR F.S., SCHEMBRI S., RAUCHHAUS P. et KENDRICK D., « Lung cancer CT screening: Psychological responses in the presence and absence of pulmonary nodules », *Lung Cancer*, 2018, vol. 124, p. 160-167.

CLOAREC Maurice, « MEDECINE - Médecine préventive » dans *Encyclopædia Universalis [en ligne]*

CORNUZ J., JUNOD N., PASCHE O. et GUESSOUS I., « Dépistage des cancers en pratique clinique : une place privilégiée pour le partage de la décision. », *Revue médicale suisse*, 2010, n° 256, p. 1410.

DALGALARRONDO Sébastien et HAURAY Boris, « Interpréter son vieillissement », *Gérontologie et société*, 2015, vol. 37, n° 148, p. 23-34.

DANON-BOILEAU Henri, « Du narcissisme de l'adolescent au narcissisme du sujet âgé : un éventail de trajectoires » dans *Devenir vieux : Les enjeux de la psychiatrie du sujet âgé*, Rueil-Malmaison, Doin, 2011, p. 33-42.

DANON-BOILEAU Henri, *De la vieillesse à la mort, point de vue d'un usager*, Paris, Calmann-Lévy, 2000.

DEJOURS Christophe, « L'énigme psychosomatique : essai de conceptualisation », *Revue française de psychosomatique*, 2021, vol. 60, n° 2, p. 65-84.

DEJOURS Christophe, *Le Corps d'abord*, Paris, Payot, 2003.

DELABBE Jean, « A chacun son vieillissement » dans *Le corps vécu chez la personne âgée et la personne handicapée*, Paris, Dunod, 2010, p. 35-46.

DEPPEN S.A., GROGAN E.L., ALDRICH M.C. et MASSION P.P., « Lung cancer screening and smoking cessation: a teachable moment? », *Journal of the National Cancer Institute*, 2014, vol. 106, n° 6, p. 1-2.

DESPRATS-PEQUIGNOT Catherine, *La Psychanalyse*, Paris, La Découverte, 2002.

DESSUANT Pierre, « L'idéal du moi » dans *Le narcissisme*, Paris, PUF, 2007, p. 89-108.

DOURLENS Christine, « Les usages de la fragilité dans le champ de la santé : Le cas des personnes âgées », *Alter, European Journal of Disability*, 2008, vol. 2, n° 2, p. 156-178.

DRAUCKER C.B., RAWL S.M., VODE E. et CARTER-HARRIS L., « Understanding the decision to screen for lung cancer or not: A qualitative analysis », *Health Expectations*, 2019, vol. 22, n° 6, p. 1314-1321.

DUNN C.E., EDWARDS A., CARTER B., FIELD J.K., BRAIN K. et LIFFORD K.J., « The role of screening expectations in modifying short-term psychological responses to low-dose computed tomography lung cancer screening among high-risk individuals », *Patient Education and Counseling*, 2017, vol. 100, n° 8, p. 1572-1579.

ELWYN G, EDWARDS A, KINNERSLEY P et GROL R, « Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. », *The British Journal of General Practice*, 2000, vol. 50, n° 460, p. 892-899.

ELWYN Glyn, « Idealistic, impractical, impossible? Shared decision making in the real world », *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 2006, vol. 56, n° 527, p. 403-404.

EMANUEL Ezekiel J. et EMANUEL Linda L., « Four models of the physician-patient relationship », *JAMA*, 1992, vol. 267, n° 16, p. 2221-2226.

FAURE Olivier, *Les grandes étapes de l'histoire de la prévention*, <https://www.millenaire3.com/Interview/2005/les-grandes-etapes-de-l-histoire-de-la-prevention>, consulté le 17 janvier 2022.

FAYA-ROBLES Alfonsina, « La personne âgée « fragile ». La construction scientifique d'une catégorie sanitaire et ses enjeux », *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 2018, n° 17, p. 1-20.

FERENCZI Sándor, « Pour comprendre les psychonévroses du retour d'âge » dans *Psychanalyse III. Œuvres complètes (1919-1926)*, Paris, Payot, 1990, p. 150-155.

FLORENCE Jean, *L'identification dans la théorie freudienne*, Format Kindle., Bruxelles, Presses de l'Université Saint-Louis, 2019.

FOUCAULT Michel, *La Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France*, Paris, Le Seuil, 2004.

FREDERIC Worms, « Cinq questions à Frédéric Worms » dans *La mort*, Paris, Flammarion, 2017, p. 7-13.

FREUD Sigmund, « Trois essais sur la théorie sexuelle » dans *OCF VI (1901-1905)*, Paris, PUF, 2006, p. 59-181.

FREUD Sigmund, « Le poète et l'activité de fantaisie » dans *OCF VIII (1906-1908)*, Paris, PUF, 2007, p. 158-171.

FREUD Sigmund, « Un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci » dans *OCF X (1909-1910)*, Paris, PUF, 2009, p. 79-164.

FREUD Sigmund, « Formulation sur les deux principes de l'advenir psychique » dans *OCF XI (1911-1913)*, 3e édition., Paris, PUF, 2009, p. 13-21.

FREUD Sigmund, « Des types d'entrée dans la maladie névrotique » dans *OCF XI (1911-1913)*, 3e édition., Paris, PUF, 2009, p. 117-126.

FREUD Sigmund, « Totem et Tabou » dans *OCF XI (1911-1913)*, 3e édition., Paris, PUF, 2009.

FREUD Sigmund, « Le motif du choix des coffrets » dans *OCF XII (1913-1914)*, Paris, PUF, 2006, p. 51-65.

FREUD Sigmund, « Pour introduire le narcissisme » dans *OCF XII (1913-1914)*, Paris, PUF, 2006, p. 213-245.

FREUD Sigmund, « Actuelles sur la guerre et la mort » dans *OCF XIII (1914-1915)*, 3e édition., Paris, PUF, 2005, p. 127-158.

FREUD Sigmund, « Pulsions et destins de pulsions » dans *OCF XIII (1914-1915)*, 3e édition., Paris, PUF, 2005, p. 163-188.

FREUD Sigmund, « Deuil et mélancolie » dans *OCF XIII (1914-1915)*, 3e édition., Paris, PUF, 2005, p. 261-280.

FREUD Sigmund, « Leçons d'introduction à la psychanalyse » dans *OCF XIV (1915-1917)*, Paris, PUF, 2000, p. 5-480.

FREUD Sigmund, « Au-delà du principe de plaisir » dans *OCF XV (1916-1920)*, Paris, PUF, 2002, p. 273-338.

FREUD Sigmund, « L'inquiétant » dans *OCF XV (1916-1920)*, Paris, PUF, 2002, p. 147-188.

FREUD Sigmund, « L'organisation génitale infantile » dans *OCF XVI (1921-1923)*, 3e édition., Paris, PUF, 2010, p. 303-309.

FREUD Sigmund, « Le Moi et le Ça » dans *OCF XVI (1921-1923)*, 3e édition., Paris, PUF, 2010, p. 255-301.

FREUD Sigmund, « Psychologie des masses et analyse du moi » dans *OCF XVI (1921-1923)*, 3e édition., Paris, PUF, 2010, p. 1-83.

FREUD Sigmund, « “Psychanalyse” et “Théorie de la libido” » dans *OCF XVI (1921-1923)*, 3e édition., Paris, PUF, 2010, p. 181-208.

FREUD Sigmund, « Inhibition, symptôme et angoisse » dans *OCF XVII (1923-1925)*, Paris, PUF, 1992, p. 203-286.

FREUD Sigmund, « La disparition du complexe d'Œdipe » dans *OCF XVII (1923-1925)*, Paris, PUF, 1992, p. 25-33.

FREUD Sigmund, « Le malaise dans la culture » dans *OCF XVIII (1926-1930)*, 2e édition., Paris, PUF, 2002, p. 245-333.

FREUD Sigmund, « L'avenir d'une illusion » dans *OCF XVIII (1926-1930)*, 2e édition., Paris, PUF, 2002, p. 141-197.

FREUD Sigmund, « Nouvelle suite des leçons d'introduction à la psychanalyse » dans *OCF XIX (1931-1936)*, Paris, PUF, 2004, p. 83-268.

FREUD Sigmund, « Le clivage du moi dans le processus de défense » dans *OCF XX (1937-1939)*, Paris, PUF, 2010, p. 219-224.

FREUD Sigmund, « Abrégé de psychanalyse » dans *OCF XX (1937-1939)*, Paris, PUF, 2010, p. 225-305.

FUCITO L.M., CZABAFY S., HENDRICKS P.S., KOTSEN C., RICHARDSON D., TOLL Benjamin A. et for the Association for the Treatment of Tobacco Use and Dependence (ATTUD)/Society for Research on Nicotine and Tobacco (SRNT) Synergy Committee, « Pairing smoking-cessation services with lung cancer screening: A clinical guideline from the Association for the Treatment of Tobacco Use and Dependence and the Society for Research on Nicotine and Tobacco », *Cancer*, 2016, vol. 122, n° 8, p. 1150-1159.

GAGEY Jacques, « Raisonner psychanalytiquement le vieillir » dans *La Question du vieillissement : Perspectives psychanalytiques*, Paris, Dunod. Bordas, 1989, p. 7-32.

GAGNON Éric, « La déprise comme interrogations : autonomie, identité, humanité », *Gérontologie et société*, 2018, vol. 40, n° 155, p. 33-44.

GANDINI S., BOTTERI E., IODICE S., BONIOL M., LOWENFELS A.B., MAISONNEUVE P. et BOYLE P., « Tobacco smoking and cancer: a meta-analysis », *International Journal of Cancer*, 2008, vol. 122, n° 1, p. 155-164.

GAREEN I.F., DUAN F., GRECO E.M., SNYDER B.S., BOISELLE Phillip M., PARK E.R., FRYBACK D. et GATSONIS C., « Impact of lung cancer screening results on participant health-related quality of life and state anxiety in the National Lung Screening Trial », *Cancer*, 2014, vol. 120, n° 21, p. 3401-3409.

GARGIULO Marcela, *Psychopathologie de la temporalité : médecine prédictive, psychologie de l'anticipation. Etude sur la qualité de vie d'une population à risque pour la maladie de Huntington*, Thèse de doctorat, Université Paris 7, Paris, 1999.

GARGIULO MARCELA et MISSONNIER SYLVAIN, *Handicap et génétique: prédiction, anticipation et incertitude*, Format Kindle., Toulouse, Erès (coll. « Connaissances de la diversité »), 2020.

GAUCHER Jacques, « Quelques réflexions sur la psychodynamique de la vieillesse. », *Psychothérapies*, 1996, vol. 16, n° 3, p. 133-143.

GIORDANO L., WEBSTER P., ANTHONY C., SZAREWSKI A., DAVIES P., ARBYN M., SEGNAN N. et AUSTOKER J., « Improving the quality of communication in organised cervical cancer screening programmes », *Patient Education and Counseling*, 2008, vol. 72, n° 1, p. 130-136.

GIROUX Elodie, « Vieillir : normal ou pathologique ? » dans *Comprendre la vieillesse : Essai sur les sciences sociales et médicales*, Ottignies-Louvain-la-Neuve, EME éditions, 2015, p. 33-52.

GOLDEN S. E., ONO S.S., THAKURTA S.G., WIENER R.S., IACCARINO J.M., MELZER A.C., DATTA S.K. et SLATORE C.G., « "I'm Putting My Trust in Their Hands": A Qualitative Study of Patients' Views on Clinician Initial Communication About Lung Cancer Screening », *Chest*, 2020, vol. 158, n° 3, p. 1260-1267.

GOLDEN S.E., ONO S.S., MELZER A., DAVIS J., ZELIADT Steven B., HEFFNER J.L., KATHURIA H., GARCIA-ALEXANDER G. et SLATORE Christopher G., « "I Already Know That Smoking Ain't

Good for Me”: Patient and Clinician Perspectives on Lung Cancer Screening Decision-Making Discussions as a Teachable Moment », *Chest*, 2020, vol. 158, n° 3, p. 1250-1259.

GORI Roland et DEL VOLGO Marie-José, *La santé totalitaire : essai sur la médicalisation de l'existence*, Paris, Flammarion, 2009.

GORZ André, *Le traître/Le vieillissement*, Paris, Folio, 2005.

GOUGEON Alain, « La ménopause physiologique et pathologique » dans *La reproduction animale et humaine*, Versailles, Editions QUAE GIE, 2014, p. 251-273.

GREEN André, *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, Format Kindle., Paris, Minuit, 2016.

GRESSARD L., DEGROFF A.S., RICHARDS T.B., MELILLO S., KISH-DOTO J., HEMINGER C.L., ROHAN E.A. et ALLEN K.G., « A qualitative analysis of smokers' perceptions about lung cancer screening », *BMC Public Health*, 2017, vol. 17, n° 1, p. 589.

GUILBERT Claude, *Les enjeux psychiques dans la prévention de l'infection à VIH et dans le sida*, Thèse de doctorat, Université Paris 7, Paris, 2005.

GUILLAUMIN Jean, « Le devenir des identifications et des objets internes au cours de la vie », *Etudes psychothérapeutiques*, 1988, 19^e année, 1, p. 9-22.

GUILLAUMIN Jean et REBOUL Hélène, *Le temps et la vie : les dynamismes du vieillissement*, Réédition numérique., Paris, FeniXX, 1981.

GUTTON Philippe, « Travail d'adolescence, travail du vieillir » dans *Comment l'esprit vient aux vieux*, Toulouse, Erès, 2016, p. 23-42.

GUTTON Philippe, « Essai sur le fantasme d'immortalité à la puberté », *Cliniques méditerranéennes*, 1993, n° 39/40, p. 141-154.

GUTTON Philippe et AUBRAY Marie-Christine, *L'art de vieillir : être soi... toujours*, Paris, In press, 2018.

HAN P.K.J., LARY C., BLACK A., GUTHEIL C., MANDEVILLE H., YAHWAK J. et FUKUNAGA M., « Effects of Personalized Risk Information on Patients Referred for Lung Cancer Screening with Low-Dose CT », *Medical Decision Making*, 2019, vol. 39, n° 8, p. 950-961.

HANON Cécile, « Avant-propos. Le premier jour du reste de ta vie » dans *Devenir vieux : Les enjeux de la psychiatrie du sujet âgé*, Rueil-Malmaison, Doin, 2011, p. IX-XIV.

HANON Cécile, PASCAL Jean-Charles, DANON-BOILEAU Henri et GUIRLINGER Lucien, *Devenir vieux : Les enjeux de la psychiatrie du sujet âgé*, Rueil-Malmaison, Doin, 2011.

HANUS Michel, *La Mort retrouvée*, Paris, Frison Roche, 2002.

HANUS Michel, « Le travail de deuil » dans *Le deuil*, Paris, PUF, 1998, p. 13-32.

- HANUS Michel, « Pulsion de vie, pulsion de mort », *Thanatologie*, 1991, n° 85/86, p. 85-100.
- HARRIS R.P., SHERIDAN S.L., LEWIS C.L., BARCLAY C., VU Maihan B., KISTLER C.E., GOLIN C.E., DEFRANK J.T. et BREWER N.T., « The harms of screening: a proposed taxonomy and application to lung cancer screening », *JAMA internal medicine*, 2014, vol. 174, n° 2, p. 281-285.
- HARRIS Russell P., « The Psychological Effects of Lung Cancer Screening on Heavy Smokers: Another Reason for Concern », *JAMA internal medicine*, 2015, vol. 175, n° 9, p. 1537-1538.
- HAS (HAUTE AUTORITE DE SANTE), *Dépistage du cancer bronchopulmonaire par scanner thoracique faible dose sans injection : Actualisation de l'avis de 2016*, Saint-Denis La Plaine, 2021.
- HAS (HAUTE AUTORITE DE SANTE), *Pertinence du dépistage du cancer broncho-pulmonaire en France. Point de situation sur les données disponibles - Analyse critique des études contrôlées randomisées*, Saint-Denis La Plaine, 2016.
- HEIDEGGER Martin, *Être et Temps*, Paris, Gallimard, 1992.
- HENDERSON L.M., JONES L.M., MARSH M.W., BRENNER A.T., GOLDSTEIN Adam O, BENEFIELD T.S, GREENWOOD-HICKMAN M.A., MOLINA P.L., RIVERA M.P. et REULAND D.S., « Opinions, practice patterns, and perceived barriers to lung cancer screening among attending and resident primary care physicians », *Risk Management and Healthcare Policy*, 2018, vol. 10, p. 189-195.
- HERFRAY Charlotte, *La vieillesse en analyse*, Format Kindle., Toulouse, Strasbourg, Erès, 2015.
- HUMMEL Cornelia, « Représentations de la vieillesse chez des jeunes adultes et des octogénaires », *Gérontologie et société*, 2001, vol. 24, n° 98, p. 239-252.
- IACCARINO J.M., DURAN C., SLATORE C.G., WIENER R.S. et KATHURIA H., « Combining smoking cessation interventions with LDCT lung cancer screening: A systematic review », *Preventive Medicine*, 2019, vol. 121, p. 24-32.
- INCA (INSTITUT NATIONAL DU CANCER), *Ethique et dépistage organisé du cancer du sein en France. Rapport du Groupe de réflexion sur l'éthique du dépistage (GRED)*, Boulogne-Billancourt, 2012.
- INCA (INSTITUT NATIONAL DU CANCER), GRED, *Ethique et dépistage organisé du cancer colorectal - Analyse du dispositif français*, Boulogne-Billancourt, 2016.
- IONESCO Eugène, *La Quête intermittente*, Paris, Gallimard, 1988.
- IONESCU Serban, JACQUET Marie-Madeleine et LHOTE Claude, *Les mécanismes de défense - Théorie et clinique*, 3e édition., Malakoff, Dunod, 2020.
- JAEGER Christophe DE, « Les théories du vieillissement », *Médecine & Longévité*, 2011, vol. 3, n° 4, p. 153-154.

JAEGER Christophe DE et CHERIN P., « Les théories du vieillissement », *Médecine & Longévité*, 2011, vol. 3, n° 4, p. 155-174.

JANKELEVITCH Vladimir, *La mort*, Paris, Flammarion, 2017.

JAQUES Eliott, « Mort et crise du milieu de la vie » dans *Crise, rupture et dépassement*, 2e édition., Paris, Dunod, 2013, p. 277-305.

JEANDEL Claude, « Les différents parcours du vieillissement », *Les Tribunes de la sante*, 2005, vol. 2, n° 7, p. 25-35.

JONNALAGADDA S., BERGAMO C., LIN J.J., LURSLURCHACHAI L., DIEFENBACH M., SMITH C., NELSON J.E. et WISNIVESKY J.P., « Beliefs and attitudes about lung cancer screening among smokers », *Lung Cancer*, 2012, vol. 77, n° 3, p. 526-531.

JULLIEN François, « Ce qui résiste à la pensée dans le phénomène du vieillissement » dans *Quand est-ce que je vieillis ?*, Paris, PUF, 2007, p. 47-69.

JUNG Johann, *Le sujet et son double : La construction transitionnelle de l'identité*, Malakoff, Dunod, 2015.

JUNG Johann, « Le narcissisme primaire, le double et l'altérité », *Recherches en psychanalyse*, 2015, vol. 19, n° 1, p. 77-86.

KAERLEV L., IACHINA M., PEDERSEN J.H., GREEN A. et NØRGÅRD B.M., « CT-Screening for lung cancer does not increase the use of anxiolytic or antidepressant medication », *BMC cancer*, 2012, vol. 12, p. 188.

KANODRA N.M., POPE C., HALBERT C.H., SILVESTRI G.A., RICE L.J. et TANNER N.T., « Primary Care Provider and Patient Perspectives on Lung Cancer Screening. A Qualitative Study », *Annals of the American Thoracic Society*, 2016, vol. 13, n° 11, p. 1977-1982.

KESTEMBERG Evelyne, « L'identité et l'identification chez les adolescents » dans *L'Adolescence à vif*, Paris, PUF, 1999, p. 7-96.

KHAIRY M., DUONG D.K., SHARIF-MARCO S., CHENG I., JAIN J., BALAKRISHNAN A., LIU L., GUPTA A., CHANDRAMOULI R., HSING A., LEUNG A., SINGH B. et NAIR V.S., « An Analysis of Lung Cancer Screening Beliefs and Practice Patterns for Community Providers Compared to Academic Providers », *Cancer Control*, 2018, vol. 25, n° 1, p. 1073274818806900.

KLEIN Melanie, « Notes sur quelques mécanismes schizoïdes » dans *Développements de la psychanalyse*, 4e édition., Paris, PUF, 2009, p. 274-300.

KLEIN Melanie, « Contribution à l'étude de la psychogenèse des états maniaco-dépressifs » dans *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot & Rivages, 2005, p. 311-340.

KLEIN Melanie, « Le deuil et ses rapports avec les états maniaco-dépressifs » dans *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot & Rivages, 2005, vol. 341-369/.

- KORFF-SAUSSE Simone, « Entre honte et idéal : la vieillesse » dans *23ème journée de l'ARAGP: Entre honte et idéal : la vieillesse*, Lyon, ARAGP, 2010, p. 6-24.
- KORFF-SAUSSE Simone, « Une figure de l'inquiétante étrangeté : Méduse » dans *D'Edipe à Frankenstein: figures du handicap*, Paris, France, Desclée de Brouwer, 2001, p. 17-27.
- KUMMER S., WALLER J., RUPAREL M., DUFFY S.W., JANES S.M. et QUAIFFE S.L., « Psychological outcomes of low-dose CT lung cancer screening in a multisite demonstration screening pilot: the Lung Screen Uptake Trial (LSUT) », *Thorax*, 2020, vol. 75, n° 12, p. 1065-1073.
- KUMMER S., WALLER J., RUPAREL M., CASS J., JANES S.M. et QUAIFFE S.L., « Mapping the spectrum of psychological and behavioural responses to low-dose CT lung cancer screening offered within a Lung Health Check », *Health Expectations*, 2020, vol. 23, n° 2, p. 433-441.
- LAM A.C.L., AGGARWAL R., CHEUNG S., STEWART E.L., DARLING Gail, LAM S., XU W., LIU G. et KAVANAGH J., « Predictors of participant nonadherence in lung cancer screening programs: a systematic review and meta-analysis », *Lung Cancer*, 2020, vol. 146, p. 134-144.
- LAPLANCHE Jean, *Sexual. La sexualité élargie au sens freudien.*, Paris, PUF, 2014.
- LAPLANCHE Jean, *Vie et mort en psychanalyse*, Manchecourt, Flammarion, 1970.
- LAPLANCHE Jean et PONTALIS Jean-Bertrand, *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF, 2007.
- LAROQUE Pierre, GUILLEMARD Anne-Marie et RUELLAN Rolande, *Rapport Laroque. Commission d'étude des problèmes de la vieillesse du Haut comité consultatif de la population et de la famille*, Paris, L'Harmattan, 2014.
- LE BLANC Guillaume, « En quoi une philosophie de la vie ne peut-elle être qu'une philosophie de la vieillesse ? » dans *Anthropologies du corps vieux*, Paris, PUF, 2008, p. 87-109.
- LE GOUES Gérard, *L'âge et le principe de plaisir: Introduction à la clinique tardive*, Paris, Dunod, 2000.
- LESOURNE Odile, *Le grand fumeur et sa passion*, Format Kindle., Paris, PUF, 2008.
- LINDENMEYER Cristina, *Approche clinique psychanalytique de personnes soumises aux techniques de détections précoces du cancer*, Thèse de doctorat, Université Paris 7, Paris, 1998.
- LOPEZ-OLIVO M.A., MAKI K.G., CHOI N.J., HOFFMAN R.M., SHIH Y.C.T., LOWENSTEIN L.M., HICKLEN R.S. et VOLK R.J., « Patient Adherence to Screening for Lung Cancer in the US: A Systematic Review and Meta-analysis », *JAMA Network Open*, 2020, vol. 3, n° 11, p. e202510.
- LOWENSTEIN M., VIJAYARAGHAVAN M., BURKE N.J., KARLINER L., WANG Sunny, PETERS M., LOZANO A. et KAPLAN C.P., « Real-world lung cancer screening decision-making: Barriers and facilitators », *Lung Cancer*, 2019, vol. 133, p. 32-37.
- LUPTON Deborah, *The imperative of health: Public health and the regulated body*, First Edition., London ; Thousand Oaks, Calif, SAGE Publications Ltd, 1995.

MALRAUX André, *L'Homme précaire et la Littérature*, Paris, Folio, 2014.

MANNONI Octave, « Préface » dans *Des psychanalystes nous parlent de la mort*, Paris, Tchou, 1979.

MARGARITI C., KORDOWICZ M., SELMAN G., NAIR A., AKANDE Y., SALEEM A. et RUA T., « Healthcare professionals' perspectives on lung cancer screening in the UK: a qualitative study », *BJGP Open*, 2020, vol. 4, n° 3.

MASSON Anne, *Médecine prédictive et maladies à révélation tardive : l'émergence d'une clinique du risque. Le modèle de la maladie de Huntington et des formes familiales de cancers*, Thèse de doctorat, Université Paris 7, Paris, 2002.

MEIDANI Anastasia et CAVALLI Stefano, « Vivre le vieillir : autour du concept de déprise », *Gérontologie et société*, 2018, vol. 40, n° 155, p. 9-23.

MESSY Jack, *La personne âgée n'existe pas*, Paris, Payot, 2002.

MIJOLLA-MELLOR Sophie DE, *Le besoin de savoir. Théories et mythes magico-sexuels dans l'enfance*, Paris, Dunod, 2002.

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, *Priorité prévention. Rester en bonne santé tout au long de la vie*, Paris, 2018.

MISSONNIER SYLVAIN, « Rudiments au profit d'une clinique psychanalytique de l'anticipation » dans *Handicap et génétique: prédiction, anticipation et incertitude*, Format Kindle., Toulouse, Erès (coll. « Connaissances de la diversité »), 2020.

MOLDOVANU D., KONING H.J. DE et AALST C.M. VAN DER, « Lung cancer screening and smoking cessation efforts », *Translational Lung Cancer Research*, 2021, vol. 10, n° 2, p. 1099-1109.

MORIN Edgar, « Vieillesse des théories et théories du vieillissement », *Communications*, 1983, n° 37, p. 203-211.

MUKHERJEE Siddhartha, *L'Empereur de toutes les maladies*, Paris, Flammarion, 2016.

PAILLE Pierre, « L'analyse par théorisation ancrée », *Cahiers de recherche sociologique*, 1994, n° 23, p. 147-181.

PALACIO ESPASA Francisco, « La place de la parentalité dans les processus d'organisation et de désorganisation psychique chez l'enfant », *Psychologie clinique et projective*, 2000, vol. 6, n° 1, p. 15-29.

PARAT Catherine, *L'organisation œdipienne du stade génital*, Réédition numérique., Paris, PUF, 1966.

PARK E.R., GAREEN I.F., JAIN A., OSTROFF J.S., DUAN F., SICKS J.D., RAKOWSKI W., DIEFENBACH M. et RIGOTTI N.A., « Examining whether lung screening changes risk perceptions: National Lung Screening Trial participants at 1-year follow-up », *Cancer*, 2013, vol. 119, n° 7, p. 1306-1313.

- PARK E.R., STRECK J.M., GAREEN I.F., OSTROFF J.S., HYLAND K.A., RIGOTTI N.A., PAJOLEK H. et NICTER M., « A qualitative study of lung cancer risk perceptions and smoking beliefs among national lung screening trial participants », *Nicotine & Tobacco Research: Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 2014, vol. 16, n° 2, p. 166-173.
- PATEL D., AKPOROBARO A., CHINYANGANYA N., HACKSHAW A., SEALE C., SPIRO S.G. et GRIFFITHS C., « Attitudes to participation in a lung cancer screening trial: a qualitative study », *Thorax*, 2012, vol. 67, n° 5, p. 418-425.
- PEDERSEN J.H., TØNNESEN P. et ASHRAF H., « Smoking cessation and lung cancer screening », *Annals of Translational Medicine*, 2016, vol. 4, n° 8, p. 1-5.
- PEDINIELLI Jean-Louis, *Le « travail de la maladie » chez les insuffisants respiratoires chroniques*, Thèse de doctorat, Université Paris Descartes, Paris, 1986.
- PERETTI-WATEL Patrick, « Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites à risque », *Revue française de sociologie*, 2004, vol. 45, n° 1, p. 103-132.
- PERETTI-WATEL Patrick et MOATTI Jean-Paul, *Le principe de prévention : Le culte de la santé et ses dérives*, Paris, Seuil, 2009.
- PERUCHON Marion, « Travail de deuil du moi chez le sujet âgé », *Gérontologie*, 1993, vol. 87, p. 13-15.
- PERUCHON Marion et THOME-RENAULT Annette, *Destins ultimes de la pulsion de mort. Figures de la vieillesse*, Paris, Dunod, 1993.
- PIERRON Jean-Philippe, « Corps vieillissant, corps vil ? » dans *Le corps vécu chez la personne âgée et la personne handicapée*, Malakoff, Dunod, 2014, p. 101-120.
- PIÑEIRO B., SIMMONS V.N., PALMER A.M., CORREA J.B. et BRANDON T.H., « Smoking cessation interventions within the context of Low-Dose Computed Tomography lung cancer screening: A systematic review », *Lung Cancer*, 2016, vol. 98, p. 91-98.
- PROUST Marcel, *A la recherche du temps perdu*, Paris, Gallimard, 1999.
- PUA B.B., DOU E., O'CONNOR K. et CRAWFORD C.B., « Integrating smoking cessation into lung cancer screening programs », *Clinical Imaging*, 2016, vol. 40, n° 2, p. 302-306.
- QUAIFE S.L., JANES S.M. et BRAIN K.E., « The person behind the nodule: a narrative review of the psychological impact of lung cancer screening », *Translational Lung Cancer Research*, 2021, vol. 10, n° 5, p. 2427-2440.
- QUAIFE S.L., MCEWEN A., JANES S.M. et WARDLE J., « Attitudes towards lung cancer screening within socioeconomically deprived and heavy smoking communities: a qualitative study », *The Lancet*, 2014, vol. 384.

QUINODOZ Danielle, « L'angoisse de la mort chez les personnes âgées en psychothérapie », *Psychothérapies*, 1996, n° 3, p. 145-149.

QUINODOZ Danielle, « Le travail de vieillir » dans *10ème journée de l'ARAGP: Le travail du vieillir...enrichissement ou appauvrissement*, Lyon, ARAGP, 1993, p. 4-16.

RASMUSSEN J.F., SIERSMA V., MALMQVIST J. et BRODERSEN J., « Psychosocial consequences of false positives in the Danish Lung Cancer CT Screening Trial: a nested matched cohort study », *BMJ Open*, 2020, vol. 10, n° 6, p. e034682 (1-9).

RASMUSSEN J.F., SIERSMA V., PEDERSEN J. H. et BRODERSEN J., « Psychosocial consequences in the Danish randomised controlled lung cancer screening trial (DLCST) », *Lung Cancer (Amsterdam, Netherlands)*, 2015, vol. 87, n° 1, p. 65-72.

RAZ D.J., WU G.X., CONSUNJI M., NELSON R., SUN Canlan, ERHUNMWUNSEE L., FERRELL B., SUN V. et KIM J.Y., « Perceptions and Utilization of Lung Cancer Screening Among Primary Care Physicians », *Journal of Thoracic Oncology*, 2016, vol. 11, n° 11, p. 1856-1862.

RECHARDT Eero, « Les destins de la pulsion de mort » dans *La pulsion de mort*, Paris, PUF, 1989, p. 39-48.

REIHANI A.R., AHARI J., MANNING E.P., CAIN H.C., BADE B.C. et ZIMMERMAN H.G., « Barriers and facilitators to lung cancer screening in the United States: A systematic review of the qualitative literature », *Journal of Health and Social Sciences*, 2021, vol. 6, n° 3, p. 333-348.

REXAND-GALAIS Franck, « Humeurs sénescences : la question narcissique dans le vieillissement », *Psychologie Clinique*, 2019, vol. 2, n° 48, p. 96-109.

RICADAT Élise, *Destins du sexuel et sexualité à l'épreuve du cancer : Etude qualitative d'une population d'adolescents et de jeunes adultes traités dans une unité d'hématologie dédiée*, Thèse de doctorat, Sorbonne Paris Cité, Paris, 2016.

RICHARD François, *Les Troubles psychiques à l'adolescence*, Paris, Dunod, 2000.

RODRÍGUEZ-RABASSA M.S., SIMMONS V.N., VEGA A., MORENO D., IRIZARRY-RAMOS J. et QUINN G.P., « Perceptions of and Barriers to Lung Cancer Screening Among Physicians in Puerto Rico: A Qualitative Study », *Journal of health care for the poor and underserved*, 2020, vol. 31, n° 2, p. 973-991.

ROTH J.A., CARTER-HARRIS L., BRANDZEL S., BUIST D.S.M. et WERNLI K.J., « A qualitative study exploring patient motivations for screening for lung cancer », *PLoS ONE*, 2018, vol. 13, 7 e0196758.

ROUSSILLON René, « Les situations extrêmes et la clinique de la survivance psychique » dans *La santé mentale en actes*, Ramonville Saint-Agne, Érès, 2005, p. 221-238.

ROWE John W. et KAHN Robert L., « Successful Aging », *The Gerontologist*, 1997, vol. 37, n° 4, p. 433-440.

SCHAEFFER Jacqueline, « Vieillesse et différence des sexes » dans *24ème journée de l'ARAGP. Masculin, Féminin : le genre à vieillir*, Lyon, ARAGP, 2011, p. 13-34.

SCHMITT Eric-Emmanuel, *La porte du ciel*, Paris, Albin Michel (coll. « La traversée des temps »), 2021.

SCHÜTTE S., DIETRICH D., MONTET X. et FLAHAULT A., « Participation in lung cancer screening programs: are there gender and social differences? A systematic review », *Public Health Reviews*, 2018, vol. 39, n° 23.

SCHWERING Karl-Leo, *Corps d'outrance. Souffrance de la maladie grave à l'hôpital*, Paris, PUF, 2015.

SCHWERING Karl-Leo, « L'idéal en quête d'identité », *Cahiers de psychologie clinique*, 2011, vol. 1, n° 36, p. 35-59.

SCHWERING Karl-Leo, « Techniques chirurgicales et techniques magiques », *Cliniques méditerranéennes*, 2007, vol. 2, n° 76, p. 91-105.

SEBERT Anne-laure, *La construction identitaire à l'épreuve de la maladie grave : étude qualitative chez les Adolescents et Jeunes Adultes (AJA) traités dans une Unité d'hématologie dédiée*, Thèse de doctorat, Université de Paris, Paris, 2021.

SHERIDAN S.L., HARRIS R.P., WOOLF S.H. et Shared Decision-Making Workgroup of the U.S. Preventive Services Task Force, « Shared decision making about screening and chemoprevention. a suggested approach from the U.S. Preventive Services Task Force », *American Journal of Preventive Medicine*, 2004, vol. 26, n° 1, p. 56-66.

SILVESTRI G.A., NIETERT P.J., ZOLLER J., CARTER C. et BRADFORD D., « Attitudes towards screening for lung cancer among smokers and their non-smoking counterparts », *Thorax*, 2007, vol. 62, n° 2, p. 126-130.

SKRABANEK Petr, *La Fin de la médecine à visage humain*, Paris, Odile Jacob, 1995.

SLATORE C.G., BAUMANN C., PAPPAS M. et HUMPHREY L.L., « Smoking Behaviors among Patients Receiving Computed Tomography for Lung Cancer Screening. Systematic Review in Support of the U.S. Preventive Services Task Force », *Annals of the American Thoracic Society*, 2014, vol. 11, n° 4, p. 619-627.

SLATORE C.G., PRESS N., AU D.H., CURTIS J.R., WIENER R.S. et GANZINI L., « What the heck is a "nodule"? A qualitative study of veterans with pulmonary nodules », *Annals of the American Thoracic Society*, 2013, vol. 10, n° 4, p. 330-335.

SLATORE C.G., SULLIVAN D.R., PAPPAS M. et HUMPHREY L.L., « Patient-centered outcomes among lung cancer screening recipients with computed tomography: a systematic review », *Journal*

of Thoracic Oncology: Official Publication of the International Association for the Study of Lung Cancer, 2014, vol. 9, n° 7, p. 927-934.

SLATORE Christopher G. et WIENER Renda S., « Pulmonary Nodules: A Small Problem for Many, Severe Distress for Some, and How to Communicate About It », *Chest*, 2018, vol. 153, n° 4, p. 1004-1015.

SMITS S.E., MCCUTCHAN G.M., HANSON J.A. et BRAIN K.E., « Attitudes towards lung cancer screening in a population sample », *Health Expectations : An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 2018, vol. 21, n° 6, p. 1150-1158.

SOURNIA Jean-Charles, *Histoire de la Santé Publique*, <https://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx1982x017xspec1/HSMx1982x017xspec1x0027.pdf>, consulté le 17 janvier 2022.

STELIGA Matthew A. et YANG Ping, « Integration of smoking cessation and lung cancer screening », *Translational Lung Cancer Research*, 2019, 8 (Suppl 1), p. S88-S94.

STIEGLER Bernard, « Préface » dans *La blessure et la force : La maladie et la relation de soin à l'épreuve de l'auto-normativité.*, Paris, PUF, 2010.

STIKER Henri-Jacques, « Âges et handicaps », *Gérontologie et société*, 2004, vol. 27, n° 110, p. 13-27.

SULLIVAN D.R., GOLDEN S.E., GANZINI L., HANSEN L. et SLATORE C.G., « “I still don't know diddly”: a longitudinal qualitative study of patients' knowledge and distress while undergoing evaluation of incidental pulmonary nodules », *NPJ primary care respiratory medicine*, 2015, 25 (15028).

SZASZ Thomas S. et HOLLENDER Marc H., « A contribution to the philosophy of medicine; the basic models of the doctor-patient relationship », *A.M.A. Archives of Internal Medicine*, 1956, vol. 97, n° 5, p. 585-592.

TAGHIZADEH N., TREMBLAY A., CRESSMAN S., PEACOCK S., MCWILLIAMS A.M., MACEACHERN P., JOHNSTON M.R., GOFFIN J., GOSS G., NICHOLAS G., MARTEL S., LABERGE F., BHATIA R., LIU G., SCHMIDT H., ATKAR-KHATTRA S., TSAO M.S., TAMMEMAGI M.C. et LAM S.C., « Health-related quality of life and anxiety in the PAN-CAN lung cancer screening cohort », *BMJ Open*, 2019, vol. 9, n° 1, p. e024719.

TALPIN Jean-Marc, *Psychologie du vieillissement normal et pathologique*, Paris, Armand Colin, 2013.

TALPIN Jean-Marc, « Deuil partiel, deuil total » dans *17ème journée de l'ARAGP : Corps et psyché : comment vieilliront-ils ensemble ?*, Lyon, ARAGP, 2003, p. 57-66.

TALPIN Jean-Marc et TALPIN-JARRIGE Odile, « Vieillesse et handicap », *Le Divan familial*, 2002, vol. 1, n° 8, p. 127-137.

TANNER N.T., EGEDE L.E., SHAMBLIN C., GEBREGZIABHER M. et SILVESTRI G.A., « Attitudes and Beliefs Toward Lung Cancer Screening Among US Veterans », *Chest*, 2013, vol. 144, n° 6, p. 1783-1787.

TOROK Maria et ABRAHAM Nicolas, *L'écorce et le noyau*, Paris, Flammarion, 2009.

TRIANDAFILLIDIS Alexandra, « Stratégies d'immortalité », *Adolescence*, 2010, vol. 2, n° 72, p. 443-460.

TRIANDAFILLIDIS Alexandra, « Le projet : symptôme de la normalité », *Psychanalyse à l'université*, 1988, vol. 13, n° 50, p. 261-279.

TRIPLETTE M., KROSS E.K., MANN B.A., ELMORE J.G., SLATORE C.G., SHAHRIR S., ROMINE P.E., FREDERICK P.D. et CROTHERS K., « An Assessment of Primary Care and Pulmonary Provider Perspectives on Lung Cancer Screening », *Annals of the American Thoracic Society*, 2018, vol. 15, n° 1, p. 69-75.

VALABREGA Jean-Paul, « Représentations de mort », *Topique*, 1991, vol. 48, p. 165-205.

VALENTINE R.J., PEARSON A.S., MCINTIRE D.D., HAGINO R.T., TURNAGE R.H. et CLAGETT G.P., « Abdominal aortic aneurysms and malignant neoplasia: Double jeopardy », *Surgery*, 1998, vol. 123, n° 2, p. 228-233.

VERDON Benoît, *Le vieillissement psychique*, 2e édition., Paris, PUF, 2016.

VIERIKKO T., KIVISTÖ S., JÄRVENPÄÄ R., UTTI J., OKSA P., VIRTEMA P. et VEHMAS T., « Psychological impact of computed tomography screening for lung cancer and occupational pulmonary disease among asbestos-exposed workers », *European journal of cancer prevention: the official journal of the European Cancer Prevention Organisation (ECP)*, 2009, vol. 18, n° 3, p. 203-206.

VILLA François, *La notion de caractère chez Freud*, Format Kindle., Paris, PUF, 2015.

VILLA François, « La participation du refoulement organique à la formation du caractère », *Revue française de psychanalyse*, 2014, vol. 78, n° 4, p. 978-989.

VILLA François, « Quand la psychanalyse rencontre la question du vieillissement », *Le Carnet PSY*, 2014, vol. 4, n° 180, p. 21-26.

VILLA François, « Devenir ami ou rester étranger avec ce qui vient incidemment à notre rencontre ? », *Revue française de psychanalyse*, 2013, vol. 77, n° 4, p. 1018-1029.

VILLA François, *La puissance du vieillir*, Paris, PUF, 2010.

VILLA François, « Entre fidélité et mobilité. Effets du temps sur les processus psychiques » dans *12ème journée de l'ARAGP : Les effets du temps*, Lyon, ARAGP, 1996, p. 1-22.

VITALE MARTA, *Psychanalyse et prédiction génétique du cancer : La certitude de la probabilité*, Toulouse, Erès, 2018.

VOLICH Rubens Marcelo, *Sein réel et sein imaginaire: une approche psychosomatique des pathologies mammaires et des risques oncologiques: répercussions sur le dépistage et sur la surveillance médicale mammaire*, Université Paris 7, Paris, 1992.

VOLTAIRE, « Caractère » dans *Dictionnaire philosophique et compléments*, Paris, cédérom Redon, 1765.

WEISMANN-ARCACHE Catherine, « Rêver d'amour pour penser la mort. Les théories sexuelles infantiles comme traitement psychique de la mort » dans *Mort et travail de pensée: Points de vue théoriques et expériences cliniques*, Ramonville Saint-Agne, Erès, 2011, p. 171-188.

WIENER R.S., GOULD M.K., WOLOSHIN S., SCHWARTZ L.M. et CLARK Jack A., « "The thing is not knowing": patients' perspectives on surveillance of an indeterminate pulmonary nodule », *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 2012, vol. 18, n° 3, p. 355-365.

WIENER R.S., KOPPELMAN E., BOLTON R., LASSER K.E., BORRELLI Belinda, AU D.H., SLATORE C.G., CLARK J.A. et KATHURIA H., « Patient and Clinician Perspectives on Shared Decision-making in Early Adopting Lung Cancer Screening Programs: a Qualitative Study », *Journal of General Internal Medicine*, 2018, vol. 33, n° 7, p. 1035-1042.

WINNICOTT Donald, *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 2015.

WOOLF Steven H. et KRIST Alex H., « Shared Decision Making for Prostate Cancer Screening: Do Patients or Clinicians Have a Choice? », *Archives of Internal Medicine*, 2009, vol. 169, n° 17, p. 1557-1559.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. DIVISION OF HEALTH PROMOTION, EDUCATION AND COMMUNICATION, *Glossaire de la promotion de la santé*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1998.

WU G.X., RAZ D.J., BROWN L. et SUN V., « Psychological Burden Associated With Lung Cancer Screening: A Systematic Review », *Clinical Lung Cancer*, 2016, vol. 17, n° 5, p. 315-324.

ZALTZMAN Nathalie, « Une volonté de mort », *Topique*, 2007, n° 100, p. 85-102.

ZELIADT S.B., HEFFNER J.L., SAYRE G., KLEIN D.E., SIMONS C., WILLIAMS J., REINKE L.F. et AU D.H., « Attitudes and Perceptions About Smoking Cessation in the Context of Lung Cancer Screening », *JAMA Internal Medicine*, 2015, vol. 175, n° 9, p. 1530-1537.

Table des matières

REMERCIEMENTS	5
SOMMAIRE	6
INTRODUCTION	9
PREMIERE PARTIE - CONTEXTE DE LA RECHERCHE : ETAT DES CONNAISSANCES ET CADRE EPISTEMOLOGIQUE	19
Chapitre 1. Revue de la littérature : la prévention en santé.....	20
1. Introduction.....	20
2. La prévention d’hier à aujourd’hui : des évolutions scientifiques et politiques.....	22
2.1. Le fonctionnement actuel de la prévention	22
2.2. De l’hygiénisme à la santé publique : le cas des maladies infectieuses	24
2.3. Des impasses et des avancées scientifiques : la prévention du cancer.....	27
2.3.1. Les débuts de la recherche sur le cancer	27
2.3.2. Du traitement à la palliation et à la prévention.....	28
2.3.3. Les débuts difficiles de la prévention du cancer	30
2.3.4. Percées scientifiques et nécessité de renouvellement constant	32
2.4. De la prévention à la promotion de la santé : le cas du vieillissement.....	35
2.4.1. Prévention collective et problèmes pour la collectivité.....	35
2.4.2. La vieillesse : un problème économique, social, sanitaire	37
2.4.3. La médicalisation de la vieillesse : <i>Gerocomia</i> , gériologie, gériatrie	38
2.4.4. Prévention du vieillissement : de la maladie vers la santé	40
2.4.5. Perspectives actuelles et difficultés d’opérationnalisation	41
3. Limites et critiques de la prévention	44
3.1. Le paradigme épidémiologique	44
3.2. Le dilemme éthique des gouvernements	47
3.3. Biopouvoir et processus de normalisation	50
3.4. Critique de la médicalisation de l’existence	53
4. Etat de la recherche sur l’expérience par les personnes du dépistage	56
4.1. La balance bénéfice-risque du dépistage par LDCT	58
4.1.1. Etudes quantitatives portant sur l’impact psychologique du dépistage par LDCT	59
4.1.2. Etudes qualitatives portant sur l’impact psychologique du dépistage par LDCT	63
4.1.3. L’impact du dépistage sur les comportements tabagiques	67
4.1.4. Perspectives de recherche et modélisations de l’impact psychologique	73
4.2. L’étude de la balance coût-efficacité.....	78
4.3. Recommandations pour le respect des exigences éthiques.....	86
4.3.1. Cadre éthique et modèles de communication.....	86
4.3.2. Les méthodes de dépistage consensuelles	88
4.3.3. Les méthodes de dépistage controversés ou non consensuels	91
4.4. Etudes inscrites dans l’épistémologie psychanalytique	94
4.4.1. Médecine technoscientifique et subjectivités	97

4.4.2. Clinique de la temporalité : prédiction et anticipation	99
5. Conclusion intermédiaire.....	102
Chapitre 2. Méthodologie et premiers résultats : l'émergence d'un objet de recherche	103
1. Introduction.....	103
1.1. Objectifs et modalités d'inclusion dans le protocole de recherche	103
1.2. Théorisation ancrée : but, mode d'analyse et de recueil des données.....	104
2. 1 ^{er} volet. Interdisciplinarité, déconstruction des <i>a priori</i> et affirmation de la méthodologie	106
2.1. Modalités du recueil des données, mise en place de la recherche-action.....	107
2.2. Recherche comme processus et perspectives de travail interdisciplinaire	108
3. 2 nd volet. Des entretiens de recherche à la rédaction, la construction d'une problématique ...	114
3.1. Entretien et méthode psychanalytique : association libre et attention flottante	114
3.2. Emergence du matériel clinique et limites au travail interprétatif	118
3.3. Codage et catégorisation : introduction à l'analyse transversale.....	121
3.4. Sensibilité théorique et validation de la recherche	126
3.5. Articulation du banal et de l'original	127
3.6. Interprétation psychanalytique et mise en lien des catégories au niveau individuel	129
3.7. Sollicitations latentes du dispositif de recherche.....	131
3.8. La modélisation : un approfondissement de l'investigation	133
4. Limites de la recherche.....	135
5. Conclusion intermédiaire.....	136

DEUXIEME PARTIE - VIEILLIR ET ETRE MALADE : FRAGILISATION SOMATO-PSYCHIQUE ET (RE)CONFRONTATION A LA PRECARITE

139

Chapitre 3. La pathologie somatique : coordonnées d'évènements perturbateurs	143
1. Introduction.....	143
2. Pathologies somatiques et restrictions libidinales	148
2.1. Introduction aux théories de l'étayage et de la subversion libidinale.....	149
2.2. Plaisirs pulsionnels dans la vie quotidienne de l'adulte	151
2.3. Destins des pulsions dans la vie quotidienne	153
3. Effets des pathologies somatiques sur l'issue identificatoire.....	158
3.1. Des pulsions partielles aux organisations de la libido	159
3.2. Des organisations libidinales à la constitution du moi : l'identification	160
3.3. Identifications et identité : l'exemple du cas Léonard	162
3.4. Caractéristiques issues de la situation œdipienne et pathologie somatique	165
3.5. Division de la psyché en instances et pathologie somatique	167
4. Situations extrêmes et retour en force de l'organicité.....	173
4.1. Une augmentation du registre économique	173
4.2. L'appropriation du corps : transposition de la quantité en qualité.....	176
4.3. Remise en question de la souveraineté du sujet sur son corps.....	178
4.4. Une captation du corps par la maladie et le médical	181
4.5. Un repérage du vécu traumatique au chevet du patient	186
4.6. Un retour en force de l'organicité	188
5. Conclusion intermédiaire.....	193

Chapitre 4. Du vieillir au devenir vieux : des perturbations réelles et symboliques.....	196
1. Introduction.....	196
2. Corps, maladie et vieillissement.....	200
2.1. Une vision scientifique du normal et du pathologique.....	201
2.2. Une vision philosophique du normal et du pathologique.....	203
2.3. Une vision du normal et du pathologique à l'épreuve du vieillissement.....	205
2.4. Normativité vitale et normativité individuelle.....	206
2.5. Vieillesse, normes vitales et individuelles.....	208
2.6. Normativité vitale et individuelle ; corps organique et corps pulsionnel.....	210
2.7. Abrasion de la distinction entre pathologie et vieillissement.....	212
3. Imaginaire de la vieillesse et ordre générationnel.....	214
3.1. D'une distinction entre le vieillissement et le « devenir vieux ».....	215
3.2. Corrélation entre l'âge et le rapport au corps et à l'existence.....	216
3.3. L'âge, du social à l'individuel.....	219
3.4. La place de l'autre dans la constitution du moi.....	220
3.5. Construction identitaire et mouvements identificatoires et projectifs.....	221
3.6. Age et projection : un exemple fictif par le philosophe André Gorz.....	223
3.7. Devenir vieux : permutation des places dans l'ordre générationnel.....	226
3.8. Devenir vieux : un mouvement collectif et générationnel.....	233
4. Maladie et vieillesse : devenir un autre.....	238
4.1. L'inquiétante étrangeté.....	244
4.2. Double, mort et animisme : un vacillement identitaire.....	247
4.3. L'élaboration d'un rapport à la mort : entre Moi-Idéal et Idéal du Moi.....	251
5. Conclusion intermédiaire.....	254
Chapitre 5. La proposition de dépistage : un évènement perturbateur ?	257
1. Introduction.....	257
2. L'angoisse comme répétition d'un état d'affect.....	258
3. La construction du rapport à la mort.....	260
4. Dépistage et situations vécues traumatiques.....	265
Conclusion de la partie II.....	276
TROISIEME PARTIE - ENTRE PRECARITE ET PRESERVATION : COORDONNEES DU TRAITEMENT PSYCHIQUE	279
Chapitre 6. Les théories du vieillissement : points d'accord et de divergence	281
1. Introduction – Mr Paut.....	281
2. La théorie narcissique du vieillissement par Balier.....	290
2.1. Vieillesse saine et vieillissement pathologique selon Balier.....	290
2.2. Points d'accord et de divergence avec la théorie de Balier.....	292
3. D'autres propositions théoriques sur le travail du vieillir.....	295
3.1. Une inflexion dynamique propre au processus du vieillir.....	296
3.2. Deuils et renoncements.....	300
3.3. Une relance des investissements : quelle place pour la sublimation ?.....	305
3.4. Des évolutions du rapport à la mort.....	308

4.	Conclusion intermédiaire.....	312
Chapitre 7. La remobilisation libidinale face à l'expérience de la précarité		314
1.	La remobilisation libidinale au prisme du refus et de la déprise	314
1.1.	Le refus dans la série étiologique.....	314
1.2.	La notion sociologique de déprise	316
1.3.	Des exemples de réaménagements de l'existence.....	318
2.	L'« organisation œdipienne du stade génital » chez l'adulte	331
2.1.	Destin des pulsions partielles dans les relations adultes.....	332
2.2.	Les progrès psychiques de l'accès à l'organisation génitale.....	335
2.3.	Refus et organisation génitale adulte	337
3.	Critique de la prévalence de la sublimation	338
3.1.	Sublimation et déssexualisation.....	339
3.2.	Importance de la déssexualisation dans le développement	340
3.3.	Diversité des aménagements pulsionnels chez l'adulte.....	342
4.	Variations de l'équilibre libidinal chez les participants de l'étude	345
4.1.	Souffrance et satisfaction hallucinatoire de désir	345
4.2.	Des variations des moyens de satisfaction libidinale	346
4.3.	Rétablissement d'un équilibre plutôt que relance des investissements	353
5.	Conclusion intermédiaire.....	356
Chapitre 8. Des mesures de préservation face à l'expérience de la précarité		359
1.	Deuil, renoncement, acceptation de la finitude	360
1.1.	Perte des objets d'amour et des parties du corps propre.....	360
1.2.	Discussion de la notion de deuil du moi	364
1.3.	Trois cas de déplétion narcissique : Mme Taac, Mr Leje, Mr Paut	367
1.4.	Limite et finitude : du renoncement à la défense	376
1.5.	Le rapport à la finitude des participants de l'étude	386
2.	Le rapport à la mort : psychologie collective et individuelle	392
2.1.	Science, religion et superstition chez les participants.....	392
2.2.	La mort dans les systèmes animiques, religieux, et scientifiques	396
2.3.	Systèmes de pensée collectifs et progrès psychiques collectifs/individuels	398
2.4.	Retour sur les procédés défensifs mobilisés face à la finitude	401
2.5.	Porosité des systèmes au niveau individuel	408
2.6.	Système de pensée scientifique et omnipotence.....	410
3.	Les mesures de préservation, entre renoncements et compensations	416
3.1.	L'idéal du moi : sa fonction au sein du psychisme.....	427
3.2.	Evolutions de l'Idéal du moi au cours du développement	430
3.3.	Evolution de l'idéal du moi : les jeunes et les vieux	431
3.4.	Qualité de l'internalisation du Surmoi et évolutivité de l'Idéal.....	439
3.5.	Défaut d'internalisation et troubles de l'adaptabilité	441
3.6.	De l'immortalité à la bonne mort	445
4.	Bilan sur les mesures de préservation : l'évitement du déplaisir	450
4.1.	Le pôle inhibition des représentations dérangeantes	451
4.2.	Narcissisme et pôle compensatoire.....	454
5.	Conclusion intermédiaire.....	457

Chapitre 9. Dépistage et travail psychique	461
1. Introduction – Mr Soje.....	461
2. Saisie de l'évènement par l'organisation psychique.....	472
3. Travail de la maladie, subversion libidinale et « œdipification »	476
3.1. Subversion libidinale des parties du corps	477
3.2. Réappropriation subjective et pratiques médicales	480
4. Dépistage – signal d'angoisse et mobilisation défensive.....	486
5. La dimension subversive du rapport à la mort	490
6. Evènement et vieillissement.....	495
6.1. Vieillesse invisible : subversion ou « rendre ami ».....	495
6.2. Vieillesse visible : ruptures, crises et réorganisations.....	497
6.3. Critique de l'exclusivité du « modèle crisal »	503
6.4. Vieillesse impossible : échecs et limites du travail psychique.....	506
7. Conclusion intermédiaire.....	506
POUR CONCLURE - DISCUSSION, PISTES D'EXPLOITATION ET SYNTHÈSE DES RESULTATS	
.....	509
1. Synthèse des résultats sur l'impact psychologique du dépistage	512
1.1. De la consultation de dépistage à l'apprêtement par l'angoisse	512
1.1.1. Anticipation et mobilisation du « fonds de mémoire »	512
1.1.2. Angoisse-signal et chaîne de l'effroi	515
1.2. Traitement psychique de l'évènement dépistage	518
1.2.1. Mesures de protection contre le déplaisir associé au dépistage.....	518
1.2.2. Des mesures de préservation qui discréditent ou accréditent le dépistage.....	520
1.2.3. Le dépistage : non-évènement, crise ou désinvestissement ?.....	524
2. Discussion des résultats et perspectives d'exploitation et de recherche	527
2.1. Des résultats qui se corroborent mutuellement et se complètent	527
2.2. Divergences d'opinions et perspectives d'action et de recherche	533
2.2.1. Motifs du dépistage et effets sur les subjectivités.....	534
2.2.2. Conséquences sur la communication médecin-patient.....	537
3. Conclusion générale	543
3.1. Précarité et progrès psychiques : du bébé au jeune adulte	545
3.2. Vivre avec la précarité : le vieillissement.....	550
BIBLIOGRAPHIE	557
TABLE DES MATIERES	577
LISTE DES TABLEAUX ET DES VIGNETTES CLINIQUES	582
RESUME	583
ABSTRACT	584

Liste des tableaux et des vignettes cliniques

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques des études quantitatives de l'impact psychologique du dépistage	60
Tableau 2 : Caractéristiques des études qualitatives de l'impact psychologique du dépistage.....	65
Tableau 3 : Caractéristiques des études qualitatives de l'impact du dépistage sur le tabagisme	71
Tableau 4 : Caractéristiques des études évaluant les freins et barrières à la participation.....	81
Tableau 5 : Caractéristiques des études psychanalytiques en médecine préventive et prédictive	95
Tableau 6 : Items relevés lors de l'observation des consultations médicales	107
Tableau 7 : Informations générales sur la participation à l'étude psychologique.....	115
Tableau 8 : Catégories d'analyse issues de l'analyse par théorisation ancrée	125
Tableau 9 : Perturbations de l'ordre du réel : liens entre les notions et les catégories.....	194
Tableau 10 : Perturbations imaginaires et symboliques : liens entre les notions et les catégories.....	256
Tableau 11 : Dépistage et angoisse-signal : liens entre les notions et les catégories	275
Tableau 12 : La remobilisation libidinale : liens entre les notions et les catégories	358
Tableau 13 : Les mesures de préservation : liens entre les notions et les catégories.....	458
Tableau 14 : Dépistage et travail psychique : liens entre les notions et les catégories	508
Tableau 15 : Exposition de la précarité et fragilisation somatique : catégories et concepts	517
Tableau 16 : Traitement psychique de la précarité : catégories et concepts.....	523
Tableau 17 : Points de concordance avec les études à abord quantitatif ou cognitiviste.....	531

LISTE DS VIGNETTES CLINIQUES

Mr Leje : la perte de soi.....	143
Mr Sial : atteindre l'âge d'or.....	196
Mme Heau : être Œdipe et Jocaste	229
Mme Glaa : avoir ou être, vivre ou devenir.....	238
Mr Node : dévoilement associatif d'un rapport à la mort.....	265
Mr Paut : atteintes du corps et plainte mélancolique.....	282
Mme Kcoa : la réalité mise au service du Moi.....	321
Mme Taac : un cas de déplétion narcissique actuel.....	367
Mr Leje (suite)	371
Mr Paut (suite).....	373
Mr Liam : l'immortalité mise à l'épreuve	379
Mr Chez : remaniement tardif du rapport à l'omnipotence.....	417
Mr Soje : le dépistage saisi par la conflictualité psychique	461

Résumé

LA VIE PSYCHIQUE DE L'HOMME PRECAIRE. UNE ETUDE QUALITATIVE AUPRES DE PERSONNES VIEILLISSANTES ET MALADES FAISANT L'EXPERIENCE D'UN DEPISTAGE DES CANCERS LIES AU TABAGISME

Introduction : L'intérêt pour la médecine préventive croît de manière exponentielle et mène au développement de nouvelles méthodes de dépistage des cancers. Cette recherche universitaire explore les possibilités de traitement psychique de la précarité par des personnes vieillissantes et atteintes d'artériopathies, afin de comprendre la façon dont elles vivent les procédures de dépistage des cancers liés au tabac. Ceci est primordial dans un contexte où ces procédures sont proposées à des personnes dont la majorité n'en tirera pas de bénéfices médicaux.

Méthode : Cette recherche suit une méthodologie inductive et itérative. Des entretiens non-directifs sont menés et analysés à l'aide d'un alliage des méthodes de la théorisation ancrée et de la psychanalyse.

Résultats : Nous avons rencontré 22 personnes. Lorsqu'un professionnel de santé propose à une personne d'adopter des comportements préventifs, y compris de participer à un dépistage des cancers, il l'invite implicitement à se projeter dans un avenir qui pourrait être habité par la maladie et la mort, de manière à agir pour éviter cette perspective. Anticiper un avenir non encore advenu implique la mobilisation de traces psychiques représentatives et affectives des expériences passées. Comprendre la façon dont les personnes vivent les procédures de dépistage implique l'étude des précédentes expériences vécues de confrontation à la précarité, notamment les pathologies passées et le vieillissement. Les personnes disposent d'un appareil psychique qui leur a permis de vivre dans un corps fragile les rendant sujettes à la souffrance et de vivre en se sachant mortelles, pas uniquement à la fin de leur vie mais tout au long de leur existence. Elles ont développé des mesures de préservation, composées de moyens psychiques d'évitement et de procédés de compensation de la souffrance, qui seront mobilisées et évolueront au gré de la pression de la réalité exposant toujours davantage la précarité fondamentale des sujets.

Conclusion : Les méthodes de dépistage confrontent les personnes à leur précarité mais elles font aussi partie des mesures collectives les aidant à la supporter.

Mots clés : Dépistage, Détection précoce, Médecine préventive, Cancer, Maladie chronique, Vieillesse, Tabagisme, Mortalité, Psychologie, Psychanalyse, Recherche qualitative

Abstract

THE PSYCHIC LIFE OF THE PRECARIOUS MAN. A QUALITATIVE STUDY WITH AGING AND ILL PERSONS EXPERIENCING SCREENING FOR SMOKING-RELATED CANCERS

Introduction: Interest in preventive medicine is growing exponentially and leading to the development of new methods of cancer screening. This academic research explores the possibilities of psychic processing of precariousness by aging, arterial disease-affected, and smoking individuals to understand how they experience the screening procedures. This is essential in a context where these procedures are offered to people who, for the most part, will not benefit medically from them.

Method: This research follows an inductive and iterative methodology. Non-directive research interviews are conducted and analyzed using a combination of grounded theory and psychoanalytic methods.

Results: We met with 22 people. When a health professional suggests that a person adopts preventive behaviors, including participating in cancer screening, he or she is implicitly inviting the person to project him or herself into a future that could be inhabited by illness and death, so as to act to avoid this prospect. Anticipating a future that has not yet happened implies the mobilization of representative and affective psychic traces of past experiences. To understand the way in which people live the screening procedures implies the study of previous experiences of confrontation with precariousness, particularly in the context of past pathologies and aging. People have a psychic apparatus that has enabled them to live in a fragile body that makes them subject to suffering and to live knowing that they are mortal, not only at the end of their life but throughout their existence. They have developed preservation measures, composed of psychic means of avoidance and processes of compensation of suffering, which will be mobilized and will evolve under the pressure of the reality exposing the subjects more and more to their fundamental precariousness.

Conclusion: Screening methods confront people with their precariousness, but they are also part of the collective measures helping them to cope with it.

Key Words: Screening, Early detection, Preventive medicine, Cancer, Chronic disease, Aging, Smoking, Mortality, Psychology, Psychoanalysis, Qualitative Research