



**HAL**  
open science

# Destins de femmes sous le regard de la psychosomatique intégrative

Habiba Montoya Ramirez

► **To cite this version:**

Habiba Montoya Ramirez. Destins de femmes sous le regard de la psychosomatique intégrative. Psychologie et comportements. 2015. dumas-01269817

**HAL Id: dumas-01269817**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01269817>**

Submitted on 5 Feb 2016

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

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

UNIVERSITE DE PARIS VI PIERRE ET MARIE CURIE  
FACULTE DE MEDECINE DE LA PITIE-SALPETRIERE  
ET SERVICE FORMATION PERMANENTE

**DIPLOME UNIVERSITAIRE DE  
PSYCHOSOMATIQUE INTEGRATIVE**  
« Médecine, Psychanalyse et Neurosciences »

**Membres du Jury de septembre 2015:**

**Pr. Marc Olivier BITKER, Pr. Jean Benjamin STORA, Stéphane FLAMANT,  
Michael STORA, Dr. Frédérique TAFFOREAU.**

**DESTINS DE FEMMES SOUS LE REGARD DE  
LA PSYCHOSOMATIQUE INTEGRATIVE**

**Mémoire de psychosomatique  
présenté par MONTROYA RAMIREZ Habiba**

**Jury du vendredi 4 septembre et du samedi 5 septembre 2015  
Faculté de Médecine La Pitié-Salpêtrière**

## **Remerciements**

Mes remerciements tout particuliers au Professeur STORA qui m'a permis, comme à beaucoup, de toucher de près la psychosomatique intégrative. Sans lui et ce diplôme, ma formation n'aurait pas eu la même saveur.

Je remercie le Docteur PYGRENIER qui m'a ouvert les portes de son service et m'a accordé sa confiance.

Merci également au Docteur ACHATZ avec qui j'ai pu échanger sur l'état de santé des patientes.

Un remerciement bien singulier au Docteur MONTOYA RAMIREZ, mon mari, toujours présent et encourageant dans mes projets et sans qui tant de choses auraient été plus difficiles.

Je remercie mes trois enfants, mes sœurs qui n'ont cessé d'être à mes côtés et m'ont soutenue.

Un merci du fond de l'âme à ma mère que la maladie a emportée trop tôt et qui m'a, sans le savoir, ouvert la voie de la psychosomatique.

Enfin et surtout, je remercie les patientes qui ont accepté de coopérer en dévoilant leur histoire.

« Nous pouvons nous changer, nous *réparer*, regagner notre intégrité perdue. Pour cela, il faut nous décider à considérer de plus près le savoir que notre corps a emmagasiné sur les événements passés, et à les faire émerger à notre conscience ».

Alice MILLER

« Il était une fois un homme qui avait une cervelle d'or (...)  
À dix-huit ans seulement, ses parents lui révélèrent le don monstrueux qu'il tenait du destin ; et, comme ils l'avaient élevé et nourri jusque-là, ils lui demandèrent en retour un peu de son or. L'enfant n'hésita pas ; sur l'heure même, — comment ? par quels moyens ? la légende ne l'a pas dit, — il s'arracha du crâne un morceau d'or massif, un morceau gros comme une noix, qu'il jeta fièrement sur les genoux de sa mère...(...)  
Malgré ses airs de conte fantastique, cette légende est vraie d'un bout à l'autre... Il y a par le monde de pauvres gens qui sont condamnés à vivre de leur cerveau, et payent en bel or fin, avec leur moelle et leur substance, les moindres choses de la vie. C'est pour eux une douleur de chaque jour ; et puis, quand ils sont las de souffrir... »

Alphonse DAUDET

Je dédie ce mémoire à mes parents, Christiane et Abdelkader

## **RESUME**

Ce mémoire regroupe deux cas de patientes atteintes respectivement d'un cancer du sein pour l'une et d'une polyarthrite rhumatoïde pour l'autre.

Gaia, au moment où je la rencontre, souffre d'un néoplasme mammaire multi métastatique. Son histoire personnelle met en lumière un traumatisme lié à la non reconnaissance de son existence manifestée par le non désir du deuxième enfant de la part du père. Plus tard, Gaia souffrant d'infertilité sera soumise à de multiples tentatives d'inséminations puis de fertilisations in vitro. Quand enfin elle aura sa fille, on lui découvrira un carcinome. Ce dernier, traité par chimiothérapie et radiothérapie, sera son nouveau combat. Très fragilisée par une atteinte narcissique ancienne, le premier noyau du Moi finira par être définitivement touché puisqu'une désorganisation progressive aura fait son chemin. La sphère somatique, désorganisée elle aussi, fera le lit de la désintringation pulsionnelle aboutissant à la mort de la patiente.

Basma, quant à elle, enceinte lors de nos rencontres, souffre d'une polyarthrite rhumatoïde depuis la petite enfance. Son vécu traumatique auprès des enfants de son âge ainsi que son éloignement géographique du milieu familial, puisqu'elle vivait en centre de rééducation pendant de nombreuses années, ont affaibli son Moi. L'existence de sa dimension masochique lui a permis de supporter un environnement familial de base et un contexte conjugal actuel tous deux mortifères. Son Idéal du Moi, lui servant de référence pour apprécier ses réalisations, va la guider et l'amener à conserver sa grossesse, à donner naissance à sa fille et à envisager un avenir différent et meilleur.

**Mots-clés. : néoplasme, atteinte narcissique, désorganisation progressive, désintringation pulsionnelle, polyarthrite rhumatoïde, dimension masochique, Idéal du Moi.**

# TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION .....	p. 7
2. ETUDES CLINIQUES	
A. Cas de Gaia	
1. Anamnèse .....	p. 10
2. Eléments du dossier médical .....	p. 21
3. Evaluation du risque psychosomatique	
3.1. Tableau synthétique des événements de vie et des troubles somatiques.....	p. 21
3.2. Synthèse du questionnaire de santé psychosomatique .....	p. 24
3.3. Analyse des données .....	p. 28
B. Cas de Basma	
1. Anamnèse .....	p. 39
2. Eléments du dossier médical .....	p. 43
3. Evaluation du risque psychosomatique	
3.1. Tableau synthétique des événements de vie et des troubles somatiques.....	p. 44
3.2. Synthèse du questionnaire de santé psychosomatique .....	p. 45
3.3. Analyse des données .....	p. 49
3. CONCLUSION .....	p. 57
4. BIBLIOGRAPHIE.....	p. 59
5. ANNEXES .....	p. 62
- annexe 1 : méthode d'évaluation et de diagnostic de la santé psychosomatique	
- annexe 2 : données scientifiques sur le cancer du sein	
- annexe 3 : données scientifiques sur la polyarthrite rhumatoïde	

Note : dans le texte, les nombres entre parenthèses correspondent à la nomenclature psychosomatique du Pr Jean Benjamin STORA qui se trouve en annexe.

## **INTRODUCTION**

Bien que je sois issue d'une formation de base en lettres classiques -formation qui m'a menée vers l'enseignement- j'ai été intéressée, dès l'adolescence, par ce qui avait trait au domaine du psychisme. C'est pourquoi, j'ai fait une analyse personnelle durant plusieurs années et ai suivi une formation de cinq ans pour devenir moi-même thérapeute.

La psychosomatique intégrative est venue à moi ou je suis allée vers elle comme l'aboutissement d'un long processus de vie. Comme tout le monde, j'avais entendu parlé de la psychosomatique et j'utilisais le terme usuel « c'est psychosomatique » sans en mesurer la véritable substance. En découvrant Pierre MARTY puis en lisant les ouvrages de Jean Benjamin STORA, j'ai vraiment compris que la psychosomatique était un nouveau regard sur l'homme malade, j'ai touché du doigt combien les termes grecs –que je connaissais bien- *psyché* et *soma* formaient une unité. J'ai appris alors avec le Professeur STORA que « l'être humain constituait une unité psychosomatique ».

La psychosomatique part de l'homme malade et de son fonctionnement psychique pour comprendre les conditions dans lesquelles a pu se développer une maladie somatique (SMADJA, 2008). Nous sommes convaincus aujourd'hui de l'influence des états émotionnels et mentaux sur les fonctionnements somatiques.

C'est pourquoi l'approche du Professeur STORA m'a très vite séduite puisqu'elle faisait des liens entre psychanalyse, médecine et neurosciences. Les interrelations des cinq systèmes à savoir le système psychique, le système nerveux central (SNC), le système nerveux autonome (SNA), le système immunitaire et le système génétique, étudiées dans un environnement culturel et social particulier, me semblaient d'une richesse dont ma formation ne pouvait faire l'économie.

Cette « approche multidimensionnelle » (J.B STORA) a le mérite d'être décloisonnante, d'amener à la fois vers le lien et l'ouverture.

Afin de pouvoir mettre en pratique les notions abordées en cours et les nombreuses lectures en rapport avec la psychosomatique intégrative, j'ai effectué un stage au Groupe Hospitalier de la Région de Mulhouse (GHRM) dans le pôle médical appelé « Pôle Femme-Mère-Enfant ».

Les deux cas cliniques que je présenterai dans ce mémoire sont issus respectivement l'un du service de *la clinique du sein*, l'autre du service d'*échographie*.

Le service de *la clinique du sein* a pour objectif d'optimiser la prise en charge initiale des tumeurs mammaires en répondant rapidement aux patientes qui posent un problème au niveau du sein que ce soit bénin ou malin. Dans tous les cas, la suspicion d'avoir quelque chose est très anxiogène pour les patientes.

Par conséquent, arriver dans ce service médical n'est, je crois, simple pour personne, encore moins pour la stagiaire que j'étais. En tant que soignant, on se retrouve face à des patients avec de lourdes pathologies puisqu'il s'agit de femmes atteintes du cancer du sein. En tant que stagiaire en psychosomatique intégrative, j'ai dû apprendre à évoluer dans un milieu où patientes, familles des patientes et personnel soignant (médecins, infirmières, aides-soignantes) sont quotidiennement confrontés à la souffrance physique et psychique.

Le service du Dr. PYGRENIER offre une prise en charge multidisciplinaire (chirurgien, radiothérapeute, oncologue...) et s'étend de la consultation d'annonce du cancer à un suivi après cancer « à vie » c'est-à-dire tous les six mois pendant cinq ans puis de façon annuelle.

Lors de mon stage, je suis allée rencontrer les patientes en salle de chimiothérapie. Selon l'évolution de leur cancer et la chimiothérapie administrée, elles venaient à des rythmes variables, certaines de façon hebdomadaires, d'autres toutes les trois semaines etc.... Suivant l'évolution de la maladie, le traitement chimiothérapique pouvait être modifié, la séance de chimiothérapie repoussée et donc nos rencontres également. C'est dans ce cadre-là que j'ai connu Gaia.

*L'unité d'échographie* du Dr MONTROYA RAMIREZ se charge d'effectuer le dépistage, le diagnostic et le traitement des pathologies fœtales. Pour cela, les femmes enceintes viennent faire des échographies réalisées par des médecins ou des sages-femmes échographistes.

Lors d'une échographie de contrôle, une femme enceinte souffrant de polyarthrite rhumatoïde a accepté un entretien avec moi.

C'est dans ce contexte que j'ai rencontré Basma.

Après des mois au contact de ces femmes, le titre de mon mémoire s'est imposé comme une évidence et c'est entre autre pour leur rendre hommage que je l'écris.

Dans le cadre de ce mémoire, je m'attacherai dans un premier temps à présenter, selon l'approche de la psychosomatique intégrative, le cas de Gaia que j'ai pu suivre pendant cinq mois. Dans un deuxième temps, j'exposerai le cas de Basma.

Par souci d'honnêteté, de transparence et de respect des lecteurs, l'information théorique médicale sur les pathologies abordées se trouve dans l'annexe. Celle-ci n'a pas la prétention d'un développement approfondi mais simplement de fournir un outil pour permettre la compréhension des maladies évoquées.

# CAS CLINIQUE

## Gaia

### 1. Anamnèse

Ma première rencontre avec Gaia se passe en salle de chimiothérapie dans le service de *la clinique du sein* de l'hôpital. Je m'approche d'elle, me présente, elle accepte de me suivre en lançant au passage : « c'est pour faire plaisir ». Je remarque que Gaia est une femme soignée, jeune -elle a 39 ans- portant une perruque. Elle me suit dans le bureau avec sa potence. D'emblée je lui demande ce que signifie la phrase qu'elle a prononcée il y a quelques minutes. Elle répond que son mari et son entourage s'inquiètent et qu'ils voulaient qu'elle consulte un « psy ».

Lorsque je lui propose de me raconter son histoire, elle évoque de suite ses F.I.V (fertilisation in vitro) qu'elle a vécues sur une période de quinze ans, de l'Espagne grâce à laquelle elle a pu avoir sa fille qui va avoir deux ans. Gaia me dit qu'elle a été opérée en mai puis qu'elle a appris en septembre qu'elle avait des métastases, c'est pourquoi elle parle de sa chimiothérapie en termes de « chimio à vie ». Jusque là, la patiente relate les événements avec une certaine distance et je m'interroge sur l'affect et la pensée opératoire. Elle se dit d'un esprit positif et quelque peu résigné « si je dois partir, je ne peux rien faire contre ça ». Elle ajoute que son mari en revanche a très mal vécu l'annonce du cancer, mais qu'elle parvient à en parler ouvertement avec lui et avec ses parents car « je veux tout organiser si je dois partir » livre-t-elle. A cet effet, elle met sa fille en crèche trois heures par semaine ainsi que chez sa mère pour qu'elle s'habitue tout doucement à son absence. Lorsque sa fille est née, elle ne l'a pas allaitée car « elle avait du mal à téter » mais Gaia dit avoir bien vécu cette situation. Elle a pu vivre quelques mois (6 ou 7) avec son bébé avant l'annonce de la maladie. Quand elle a su qu'elle avait le cancer, elle l'a plutôt bien pris « pas de souci » a-t-elle dit, car « un cancer du sein aujourd'hui ça se guérit ». Mais, lorsqu'en septembre on lui a annoncé qu'elle avait des métastases, là elle s'est mise à pleurer puis s'est très rapidement reprise afin de rassurer son mari et son entourage familial. Enfin, pour résumer elle dit ne pas pleurer et ne pas penser au cancer ni même en rêver.

Gaia a une sœur aînée mais elle ajoute que c'est elle qui endosse le rôle de l'aînée car elle est plus « posée ». Sa sœur dit elle-même « être la petite sœur ». Cette dernière vit très mal le

cancer de sa sœur, mais Gaia est là « pour consoler tout le monde ». Elle habite une maison jumelée à celle de ses parents. J'apprends au cours de l'entretien que ceux qu'elle appelle ses parents sont sa mère et son beau-père. Je l'interroge alors sur son père biologique. Elle réplique qu'il ne voulait pas de deuxième enfant, et qu'elle pense qu'elle a reporté à l'égard de sa mère l'agressivité qu'elle avait envers son père : « à l'adolescence, on était comme chien et chat ». Elle dit ne plus avoir de lien avec son père et avoir fait le choix avec sa sœur de rompre le contact, la relation. La patiente me fait remarquer qu'elle n'a pas de souvenirs de l'époque où elle a vécu avec ses deux parents « je n'ai aucun souvenir et ma sœur non plus ». Cela me semble étrange car le divorce des parents s'est produit lorsqu'elle avait cinq à six ans. A-t-elle voulu occulter cette période ? Elle se souvient néanmoins du cauchemar récurrent qu'elle faisait avant chaque week-end chez son père : « nous étions dehors, dans la rue ma mère, ma sœur et moi, et un landau quand alors mon père arrivait et ma mère disait *cachez-vous, il arrive !* ».

Au moment de terminer l'entretien, elle ajoute que sa mère a refait sa vie et que le monsieur avec lequel elle vit, Gaia le considère comme son père. Je sais alors qu'à chaque fois qu'elle parlera de son père, il s'agira de cet homme. « C'est le papy de ma fille, sans lui, je n'aurai jamais eu ma fille ! » prononce-t-elle. Elle expliquera plus tard que c'est lui qui a eu l'idée de la F.I.V en Espagne et qui a aidé au financement des frais. Bien sûr, une phrase aussi forte n'a pas manqué de m'interpeller.

La deuxième fois, Gaia m'accueille avec le sourire. Elle me parle de son mari et quelques larmes perlent. Cela fait vingt ans qu'ils se connaissent et forment « un couple soudé ». Ils se sont certainement recherchés, dit-elle, car ils sont issus tous les deux de parents divorcés, et lui a perdu son père lorsqu'il était jeune. « Nous avons besoin, en fondant une famille, de ne pas reproduire ce que nous avons vécu ». Des précisions viennent alors nourrir des informations précédentes : elle a subi six inséminations et trois F.I.V, son mari a des problèmes de fertilité et elle d'ovulation : « quand ça prenait, ils mouraient en labo ». « En Espagne, ça a marché du premier coup » énonce-t-elle, et elle révèle qu'il s'agit de « donneurs des deux côtés ». Elle me confie que deux embryons avaient été implantés mais qu'elle en a perdu un au cours de la grossesse ce qui avait causé beaucoup de stress à son mari puisqu'il avait fallu courir aux urgences plusieurs fois. Son mari anxieux, ne pouvait être rassuré qu'une fois le bébé dans les bras. Gaia en revanche sentait qu'elle pourrait mener sa grossesse à terme et n'a cessé de rassurer son mari jusqu'au bout. Sa fille est née par césarienne. Elle ne l'a donc pas tout de suite eu dans les bras mais elle n'en ressentait pas le besoin puisqu'elle

voyait son mari faire du peau à peau avec son bébé et comme cela le comblait de bonheur, pour elle cela suffisait « je lui ai donné ce qu'il voulait » dit-elle tendrement. Quand elle a pu entrer en contact avec sa fille, elle dit avoir éprouvé « un bonheur parfait car je n'ai pas refait le schéma de mes parents ». Son objectif dans la vie était d'avoir un mari et des enfants « c'est fait, j'ai atteint mon but ». Cependant, aujourd'hui elle aimerait « avoir plus de temps » pour être avec son mari et sa fille, et cette pensée la fait pleurer. Deux éléments semblent l'inquiéter :

- que sa fille n'ait pas de souvenirs d'elle, sa mère « on se construit par rapport à ce qu'on a »
- que son mari soit anéanti après son « départ » et qu' « il n'assume pas » pour leur fille (car il lui dit qu'il n'y arrivera pas).

Etrangement, Gaia, avant même qu'elle ne soit malade, prenait quelque peu de distance avec son enfant en pensant intérieurement « on ne sait jamais ce qu'il peut arriver dans la vie ». Ainsi, elle n'allait pas systématiquement elle-même la coucher le soir mais demandait au papa de le faire.

Gaia fume depuis vingt ans(dix à quinze cigarettes par jour) mais enceinte, elle avait réduit sa consommation. Elle aime cuisiner, coudre ou tricoter, et n'aime pas être inactive à tel point qu'actuellement lorsqu'elle se trouve dans sa cuisine et que sa hanche lui fait mal à cause des métastases osseuses elle poursuit et minimise sa douleur « ce n'est pas grave » en comparaison du plaisir que le repas qu'elle prépare procurera à son mari.

Elle n'aime pas le silence et s'endort toujours avec la télévision.

Quand elle a besoin de parler avec quelqu'un, c'est vers son mari qu'elle se dirige en premier puis vers une amie qu'elle aime beaucoup mais elle se rend compte maintenant qu'elle non plus n'est pas aussi forte que Gaia le croyait. Souvent, elle doit la rassurer, la consoler. La devise de la patiente serait « faire du bien » pour que, dit-elle, ça rejaillisse sur elle.

Lorsque je l'interroge sur des deuils qui auraient marqué son histoire, elle me parle de celui de sa grand-mère maternelle quand Gaia avait quatorze ou quinze ans. D'ailleurs, sa fille porte le prénom de cette grand-mère en second prénom. C'était une « mamie câlins » et Gaia regrette que son mari et sa fille n'aient pas pu la connaître. Il y a un grand mystère autour de son décès : « peut-être est-elle morte d'un cancer ? Personne ne dit rien » conclura la patiente. Sur le point de sortir du bureau, elle me demande s'il est possible que son mari s'entretienne avec moi car « il en a besoin et ça lui ferait du bien ».

Vingt jours plus tard, je retrouve la patiente en chambre, elle est hospitalisée. Suite à sa semaine de pause (chimiothérapie trois semaines puis arrêt une semaine), Gaia a ressenti des

douleurs intenses, insupportables au niveau de la hanche droite. Elle a été transfusée. Quand j'entre dans sa chambre, elle sourit, elle est contente de me voir et le manifeste. Elle dit aller mieux mais un reportage à la TV sur l'accompagnement à la mort en Suisse et l'euthanasie l'a fait réfléchir. Elle a évoqué sérieusement à son mari le fait que ce serait peut-être mieux qu'elle le quitte maintenant. « On s'aime tellement, est-ce-que je suis obligée de lui faire vivre ça ? ». Son mari est paniqué, dit-elle, elle a du mal à le raisonner car il craint qu'ils soient entrés dans le processus de l'hospitalisation et qu'elle n'en sortira plus maintenant. Gaia à ce moment-là est préoccupée par les angoisses de son mari et par conséquent formule également les siennes propres en pensant comme un leitmotiv à l'idée de ce qu'il fera quand elle ne sera plus là. Elle exprime donc son besoin de se rassurer en imaginant un scénario construit par anticipation. En effet, elle aimerait pouvoir savoir, en observant le temps qu'il lui reste, que son mari sera capable de prendre les choses en main quand elle ne sera plus là. Pour cela, elle lui a proposé qu'ils se séparent et que son mari se mette à chercher quelqu'un d'autre. Elle s'inquiète pour sa fille. Devant un tel script et un tel désespoir, j'accepte après une nouvelle demande de rencontrer son mari.

Je pose des questions à Gaia sur ses parents, sur son père biologique. Elle me dit que sa fille n'a pas connaissance de l'existence de ce grand-père et m'explique que c'est parce qu'« elle estime qu'il n'existe pas ». Lors de cet entretien, elle m'avouera avoir « quelques flashes pas du tout sympas » de cette période avec lui. Lorsqu'elle avait cinq ou six ans par exemple, qu'il donnait des bonbons à sa sœur et qu'il ne lui en donnait pas à elle. Elle se souvient aussi qu'il était violent avec sa mère et qu'elle en a été traumatisée. C'est quand elle avait dix ans, qu'ils sont venus vivre en Alsace et qu'elle n'a plus jamais eu de contact avec ce père. Elle souligne que lui n'a jamais cherché à la contacter.

Quant à sa relation avec sa mère, elle dit « je l'aime, je l'adore mais j'ai toujours été un peu distante ». Elle avouera ne pas supporter que sa mère la touche.

Début décembre, quand j'entre dans la salle de chimiothérapie, Gaia semble m'attendre. Son visage s'illumine, elle s'empresse de se lever et me suit. Son protocole a été changé car elle ne répond pas suffisamment au précédent. Je lui offre des gâteaux de Noël, elle est émue et m'embrasse. Elle me témoigne sa satisfaction suite à l'entretien que j'ai eu avec son mari il y a quinze jours. Elle dit que son mari va mieux, elle est ravie parce qu'elle peut aussi se sentir plus libre d'exprimer ce qu'elle ressent et moins se retenir « si j'ai mal, je peux le dire devant lui sans qu'il s'affole ».

Je lui demande de me donner quelques renseignements sur sa gastrectomie en 2000 (lue dans le dossier médical). Elle me répond qu'il s'agissait d'une tumeur bénigne de l'estomac et qu'on lui avait enlevé la moitié de l'estomac. Elle ajoute qu'elle n'avait que des aigreurs donc ne s'était pas alarmée outre mesure. Elle avait pris beaucoup de poids (45 kg de plus) et dit avoir eu du mal à accepter de voir son corps maigrir ensuite « je me trouvais bien, ronde ». Par la suite, en remplissant le questionnaire que je lui propose, elle fera quelques commentaires surprenants comme par exemple : « pour l'instant, j'estime que je l'ai la santé ».

La semaine suivante, Gaia, en salle de chimiothérapie, m'accueille avec un grand sourire et se lève sans même que je lui demande de me suivre. Elle est déstabilisée par le nouveau protocole de chimiothérapie qui lui provoque nausées et grosse fatigue. Elle a beaucoup dormi. Ce protocole consiste en quinze jours de chimiothérapie et une semaine de pause qu'elle appelle « semaine de congés ».

Gaia est angoissée à l'idée que c'est peut-être son dernier Noël. Elle a peur que ses proches n'aient pas assez de souvenirs « j'ai peur qu'on m'oublie » me confie-t-elle. Je ne peux m'empêcher alors de penser au parallèle avec sa propre amnésie de l'époque vécue avec son père biologique. D'autres phrases étonnantes surgissent au cours de l'entretien « comme tout va bien, je vais bien ». Puis, elle évoque ses proches et sa nouvelle préoccupation « j'aimerais qu'ils n'oublient pas que le temps est compté » car elle a peur qu'ils souffrent trop de sa disparition s'ils ne prennent pas conscience de la réalité. A ce moment, elle verse quelques larmes. Elle s'inquiète pour sa fille aussi qui s'est mise récemment à régurgiter tous ses biberons. Je lui dis alors qu'il est important qu'elle parle à sa fille de sa maladie, que c'est nécessaire de poser des mots sur des choses que sa fille ressent par communication infra-verbale et que ça l'angoisse. Je lui conseille des lectures pour enfant à ce sujet car elle se dit prête à le faire mais se sent démunie.

Deux semaines plus tard, je retrouve Gaia assise sur son lit, elle a été hospitalisée le lendemain de Noël. Ce moment familial de fin d'année s'est bien passé mais il a été un peu « gâché » par des douleurs survenues le 24 et qui n'ont été que crescendo. Il s'agit de sa hanche et de brûlures au niveau de l'estomac et de l'œsophage. Ainsi, à partir de maintenant elle aura de la morphine en patchs. Elle m'avoue qu'elle a enduré les douleurs jusqu'au 26 pour faire face devant la famille. Je lui demande comment elle a vécu Noël. Elle me répond avoir été déçue parce qu'elle aurait voulu que tout le monde soit heureux alors qu'elle a senti

de la tristesse chez chacun des siens. Mais elle ajoute « j'étais là, c'est l'essentiel ». Elle a pu mener à bien son projet de photos (lors de l'anniversaire de sa fille et Noël) « il y aura des souvenirs ». Finalement, elle conclut en disant : « ça a été pénible pour moi ce Noël à cause des douleurs et de la tristesse des membres de ma famille.... J'ai essayé de donner ce que tout le monde attendait pour que tout le monde soit bien ». Elle arrivera à dire qu'elle aurait voulu qu'ils fassent comme si elle n'était pas malade. Je lui demande des nouvelles de sa fille. Elle me répond qu'elle va très bien, qu'elle lui a parlé. Elle ne vomit plus ses biberons et tout le monde lui dit qu'elle va mieux. Elle est très contente et me remercie. A la fin de l'entretien, elle m'embrasse (nous sommes le 31/12 veille de la nouvelle année) et me glisse au creux de l'oreille « je vous adore, je n'ai jamais parlé comme ça à quelqu'un, ça fait du bien ». Elle me demande de lui souhaiter « la santé » pour l'année qui arrive.

Mi-janvier Gaia m'envoie un sms pour me dire qu'elle est hospitalisée. La semaine passée sa chimiothérapie a été annulée car ses leucocytes avaient chuté. Elle a perdu 8 kg en 15 jours. Elle m'explique que sa nouvelle chimiothérapie l'épuise, qu'elle n'a plus de force. Sa hanche la fait souffrir terriblement. Actuellement, elle est sous morphine intraveineuse mais elle dit ressentir tout de même la douleur avec des pics par moments. Elle a également des vomissements. Les médecins lui ont proposé de la radiothérapie pour sa hanche mais elle a fermement refusé car il faudrait interrompre la chimiothérapie pendant trois semaines et elle ne veut pas « prendre le risque que le cancer se propage ».

La patiente a hâte de rentrer ; elle craint la régularité de ses hospitalisations et cela l'angoisse. Elle me raconte que cette nuit la dame de la chambre d'à côté est morte. Ce sont les cris d'une petite fille qui pleurait qui l'ont réveillée. Elle est très inquiète pour sa propre fille « qui la consolera, qui sera là pour elle ? » me dit-elle terriblement triste et impuissante, « j'ai peur que mon mari soit envahi par le chagrin et ne soit pas disponible pour elle. J'aurais besoin de savoir qui consolera ma fille. J'ai vu le regard perdu de mon mari à la maison lorsque je vais mal ». Gaia me dit qu'il y a des regards de tristesse (ceux de son mari, ceux de ses parents) qu'elle ne veut pas voir aujourd'hui « ce n'est pas encore le moment ». Je lui dis qu'il y aura toujours quelqu'un pour sa fille, que son papa sera là même s'il a du chagrin, et qu'il serait bon pour qu'elle puisse s'apaiser qu'elle mette en place un lien symbolique avec sa fille (une poupée, un objet) qui témoigne de la relation unique qu'elle a avec elle. Elle reste songeuse et me confie qu'elle a déjà préparé une boîte avec des souvenirs pour sa fille quand elle sera plus grande. Je l'encourage à continuer de constituer cette boîte et qu'il serait intéressant de trouver quelque chose qui parle à sa fille d'ores et déjà. Elle acquiesce car elle craint que sa

mère ne la remplace, ces derniers temps elle a sa fille chez elle très souvent « je ne veux pas que ma mère me remplace ». Elle me dit également que d'un autre côté l'hospitalisation a du bon dans le sens où cela apprend à sa fille à gérer l'absence.

Je lui dis que j'ai confiance en elle, qu'elle doit avoir confiance en elle, que le travail entamé se fait petit à petit, qu'elle est encore sur ses deux jambes, qu'il fait beau dehors, que la pulsion de vie est là. Elle hoche la tête et répond qu'elle aimerait partir en vacances cet été.

Une semaine après, Gaia que j'ai trouvé en train de fumer avec son mari à l'entrée de l'hôpital, me dit une fois dans la chambre qu'elle ne sait pas jusqu'à quand elle est hospitalisée. Je me doute à cet instant là que je n'irai plus la chercher en salle de chimiothérapie comme il y a quelques mois, mais que je la verrai dorénavant en chambre. Gaia est assise sur son lit et a une baisse de moral. Elle se sent trop fatiguée donc elle dort jour et nuit. Elle me dit qu'elle n'a pas pu profiter de ses 48 heures d'autorisation de sortie de l'hôpital puisqu'elle a dormi tout le temps chez elle. Sa mère a dû prendre sa fille en charge totalement et cela la rend triste. En effet, elle n'est « plus capable de s'en occuper ». Elle ajoute que son mari et sa mère ne vont pas bien. Sa mère semble être en train de réaliser la gravité et la rapidité avec laquelle la maladie évolue, elle se demande dit la patiente ce qu' « elle a fait de mal pour que je sois si malade » me dit Gaia. Elle est inquiète « ça n'assure pas autour de moi, il faut que je me reprenne » mais d'ajouter « je sens que ça ne va pas, je n'arrive pas à faire comme avant, à dissimuler ». Elle n'a plus d'appétit. « J'ai l'impression que je chute rapidement. Rien ne va autour de moi, j'ai peur que ça aille trop vite », et elle se met à pleurer. Vraisemblablement, la dépression s'installe. Puis elle reprend le dessus et dit « ça va aller ».

Les câlins de sa fille lui font du bien et du mal à la fois.

On prend le temps de se regarder, d'entrer en contact tactilement (je garde ses mains un moment dans les miennes), et elle me demande de l'accompagner jusqu'au bout.

#### Mon rêve dans la nuit qui a suivi cet entretien :

*Je me retrouve à l'Unité d'Evaluation des Troubles de l'Apprentissage où j'ai effectué un stage cet été. Je montre à la neuropédiatre qui se trouve avec moi deux cygnes blancs qui ont, semble-t-il, des problèmes et qu'il faut soigner, dont il faut s'occuper. Il y en a un complètement creusé de l'intérieur, je le vois de profil, il est figé, immobile, c'est une image terrifiante. Je signale l'autre animal qui, lui, bouge un peu et qui est dans un état similaire*

*mais, celui-là, on lui voit les tripes et c'est pour moi quelque chose d'important car cela veut dire que la vie est encore présente.*

Fin janvier, Gaia est hospitalisée pour cause de fièvre et de grosse fatigue. Sa douleur à la hanche est gérable avec les patchs de morphine. J'ai retrouvé la patiente assise dehors seule, prostrée, cachée sous sa capuche, en train de fumer. Je note qu'elle est très faible, qu'elle a du mal à se déplacer. Elle a encore maigri, son teint est pâle, son visage commence à se creuser. Et surtout, elle a un autre regard, cela me frappe. Je connais ce regard, il est perdu, fixé dans le vide. Je la trouve triste. Je crois qu'elle déprime malgré le fait qu'elle dise « ça va ». Elle tient à se « requinquer » et à ne pas rentrer avant car « ça ne sert à rien ». Sa fille est entièrement prise en charge par sa mère maintenant. Son mari s'en occupe le week-end et la nuit du samedi. Je lui demande si sa fille et sa mère sont là pas très loin dans la maison quand elle y est, parce que c'est important qu'elle puisse l'entendre même si elle ne peut plus s'en occuper pour l'instant. Elle acquiesce. Elle affirme que cette fois le retour à la maison ne s'est pas bien passé pour elle car elle dort tout le temps alors qu'elle aimerait être présente pour les siens. Elle préfère désormais rester plus longtemps à l'hôpital pour être mieux une fois rentrée.

Elle se plaint de bouffées de chaleur très importantes, insupportables et me demande d'ouvrir la fenêtre (il fait 4 degrés dehors). Je sens qu'elle n'est pas comme d'habitude, qu'elle n'a pas vraiment envie de parler, qu'elle préfère dormir. Elle parvient maintenant à dire aux autres, à ceux qui viennent la voir qu'elle a besoin de se reposer et qu'elle aimerait qu'ils partent. Elle prétend que son moral est meilleur que la semaine dernière, mais je vois le contraire.

Deux jours plus tard, Gaia est dans sa chambre mais s'apprête à descendre fumer, je l'accompagne. Elle est sous perfusion pour hydratation et alimentation. Elle se plaint de douleurs à la hanche et au dos. Je remarque qu'elle a du mal à se déplacer et nous devons faire des pauses dans le couloir. Elle espère rentrer ce week-end.

Un médecin est passé et l'a « enfin écoutée » dit-elle. Elle lui a expliqué que son état se dégradait depuis le changement de chimiothérapie et qu'en plus une tumeur grossissait au niveau du cou. Elle me prend alors la main et me la fait toucher. Comme elle ne tire aucun bénéfice de cette chimiothérapie, le médecin lui propose de la changer. L'annonce du changement de chimiothérapie la rebooste. Elle insiste sur le fait qu'elle a enfin été écoutée. Gaia me dit également en voulant à son médecin, celui qui l'a opérée parce qu'il n'est jamais passé la voir. Elle précise que, dans le couloir la dernière fois, il lui a dit : « vous êtes là

vous ? ». Cette rencontre fortuite et ces paroles prononcées lui ont donné l'impression de ne pas être prise au sérieux, et la questionnent sur la réalité des faits « qu'est-ce-que ça signifie, c'est la fin et on ne veut pas me le dire ? ». Elle trouve avoir peu d'importance aux yeux de ce médecin et ne souhaite pas le revoir. Bien sûr, je songe immédiatement à une réactivation du sentiment d'abandon et à un transfert massif sur ce médecin en lien avec sa relation à son père biologique. Je lui dis que l'important c'est qu'elle puisse l'exprimer et qu'un autre médecin la prenne en charge.

Elle me donne des nouvelles de sa fille et me dit qu'elle va bien, qu'elle est occupée et qu'elle préfère même rester jouer avec ses cousins que venir à l'hôpital. La patiente souligne que l'essentiel c'est qu'elle aille bien, mais je sais que malgré tout elle craint qu'elle ne lui échappe le temps qui reste. Je lui parle de skype et lui dis que c'est un outil intéressant qui peut faire le lien à distance. Elle en parlera à son mari.

Mi février, Gaia a été hospitalisée pour des douleurs violentes à la tête. Le scanner cérébral a montré plusieurs lésions expansives intra-axiales. Quand je parle avec la patiente, elle me dit « ça va ». Elle est sous morphine pour calmer la douleur. Les médecins envisagent de lui faire de la radiothérapie, et elle accepte cette fois car cela n'interrompra pas la chimiothérapie. Cette nouvelle chimiothérapie lui convient mieux, elle se dit un peu moins fatiguée. Elle me dit au détour d'une phrase « c'est foutu » et de suite comme pour effacer ce qui vient d'être énoncé « ça va ». Son mari l'inquiète « il me voit déjà partie dans quinze jours ».

Quelques larmes arrivent lorsqu'elle évoque sa fille, la prise en charge de cette dernière par sa propre mère. Elle parle de l'ambiguïté qui la submerge. Elle voit que sa fille va bien puisqu'on s'occupe d'elle mais en même temps elle a parfois l'impression qu'on lui « prend sa place ».

Elle a parlé avec son mari de sa mort, du fait qu'elle aimerait un endroit où sa fille puisse se recueillir plus tard. J'insiste sur le fait qu'elle est encore debout (d'ailleurs on est sorties toutes les deux pour qu'elle puisse fumer), que sa fille sait très bien qui est sa mère. Je lui rappelle que sa grande préoccupation (celle de savoir si sa fille aura quelqu'un pour s'occuper d'elle) semble petit à petit avoir une réponse positive. Elle le reconnaît. Je lui dis qu'elle est forte et courageuse et qu'elle fait le mieux qu'elle peut faire aujourd'hui et maintenant.

Gaia a fait plusieurs séances de radiothérapie sans effets secondaires particuliers. Elle me confie qu'après chaque séance, elle fait appel à un barreur de feu.

Après trois semaines sans nouvelles, dont une où j'avais besoin de faire une pause, je retrouve Gaia hospitalisée depuis dimanche (nous sommes mardi). Son aspect physique a changé : elle porte un foulard sur la tête, elle a perdu beaucoup de cheveux, elle a des tuyaux dans le nez (oxygène). Elle me regarde entrer. Elle a encore perdu du poids. Je lui prends la main et m'assieds à côté d'elle. La seule phrase qu'elle va prononcer sera « comment je vais lui expliquer ça ? ». Je lui demande « à qui ? ». Elle me répond « à Charles » (son mari). Je lui demande pourquoi elle pense qu'elle doit lui expliquer quoi que ce soit. Elle ne me répond pas et ferme les yeux. Je reste là un moment avec elle, main dans la main. Je la sens s'enfoncer dans un mutisme. Elle sait cette fois qu'il n'y a pas de retour en arrière. Je lui dis que je suis là, que je l'accompagne et que je reviendrai demain.

Je retrouve la patiente le lendemain dans sa chambre. Elle est réveillée mais très affaiblie, elle respire difficilement. Ce soir, elle veut bien me parler un peu mais elle s'essouffle. Elle me dit qu'elle n'a pas de douleurs aujourd'hui. Je lui demande si elle a vu son mari, elle répond affirmativement mais ajoute tout de suite après « je pourrai le tuer ! ». Le ton est sec, le regard différent. Elle m'explique qu'il n'arrête pas de pleurer et qu'elle va « péter les plombs ». Elle me demande de le revoir en entretien. Je lui demande des nouvelles de sa fille. Elle me dit qu'elle va bien mais qu'elle ne veut pas la voir pour le moment car elle manque de patience et elle ne veut pas lui « faire de mal » en la grondant par exemple.

Le lendemain soir, quand j'entre dans la chambre, Gaia est assise sur son lit, elle me tourne le dos. Son mari l'aide à s'allonger, et son père est là, en retrait, debout, triste, pétrifié. « Ah, j'ai oublié de te dire qu'elle venait » lance-t-elle à son mari. Je salue chacun et lui réponds que ce n'est pas grave. Je me rends compte rapidement que son état s'est aggravé depuis hier, en ce qui concerne la mémoire. Elle me dit elle-même qu'elle oublie tout « ça c'est Gaia, tête en l'air » se décrit-elle. Parfois, son regard est triste et vide. Elle est comme absente durant quelques secondes. Je lui caresse la main, elle aime la fraîcheur de mes mains, elle dit que ça lui fait du bien. Son mari et son père sont sortis un moment (il a accepté que l'on se voie ensuite). Je demande à Gaia si sa mère est venue. Elle me répond que non. Cela m'étonne. Elle ajoute « si elle vient pas, j'peux rien faire ». Comme je lui demande depuis quand elle ne l'a pas vu, elle me dit qu'elle ne vient jamais « elle préfère rester chez elle, elle a toujours été comme ça ». Je lui demande si elle lui manque, elle répond « pas plus que ça ». Je sens bien qu'il y a quelques incohérences. Je veux savoir si c'est son mari qui lui a offert le

cœur qu'elle porte autour de cou. Elle a l'air étonné, elle dit qu'elle ne sait pas, que c'est possible.

On lui apporte son plateau repas. Elle dit qu'elle mangera plus tard mais que parfois elle oublie. Son mari me dira ensuite qu'elle ne mange plus, qu'elle ne prend plus ses médicaments, et que parfois même il les retrouve par terre.

Son mari me dit qu'il est perdu, que sa femme le maltraite, l'insulte, lui fait des gestes obscènes. Il ne comprend pas, elle « envoie balader » tout le monde. Elle refuse de voir sa mère. Je lui conseille tout de même de parler avec sa belle-mère, qu'il serait bon qu'elle vienne mais qu'il doit la préparer à ce qu'elle va voir car Gaia a beaucoup changé. Le médecin vient de lui proposer de passer la nuit ici parce que l'état de sa femme se dégrade rapidement. Charles pleure. Je lui demande de faire un gros effort lorsqu'il est dans la chambre, de trouver de la force quand il est devant elle car c'est ce qu'elle demande. Je lui dis de ne pas tenir compte des insultes qui sont en réalité l'expression de sa colère et que c'est une colère nécessaire. Je le rassure en lui disant que sa femme l'aime énormément et qu'elle est rassurée de savoir qu'il est capable de s'occuper de leur fille et de faire face à la réalité. Je le félicite pour cela. Il me confie qu'il n'en peut plus, que parfois il pense que « ce serait mieux que ça s'arrête ». Je lui dis que ce qu'il traverse est très difficile et que sa réaction est normale. Il veut savoir comment expliquer tout ça à sa fille. « Simplement » lui dis-je, avec les mots justes. « Maman est partie » propose-t-il, je lui fais alors remarquer que cela signifiera pour sa fille que sa mère pourrait revenir, et qu'il faut donc éviter ce genre de phrase.

Il me parle des obsèques qu'il a mille fois imaginées et qu'il redoute.

De retour dans la chambre, Gaia dort, elle n'a rien mangé.

Deux jours plus tard, dans le train de retour de Paris (psychosomatique intégrative), Charles m'envoie un sms pour m'annoncer le décès de sa femme dans l'après-midi.

J'apprendrai plus tard que la mère de Gaia est venue voir sa fille cet après-midi-là, et que lorsque Charles est sorti de la chambre pour laisser la place à sa belle-mère, Gaia s'est éteinte. Aux obsèques, la mère de Gaia, que je n'avais jamais rencontrée, est venue vers moi, guidée par son mari et est restée dans mes bras pendant dix minutes. Charles me dira ensuite qu'il a tenu sa promesse et est resté fort et digne.

Un mois et demi plus tard, Charles viendra en consultation ponctuelle pour que je l'aide à expliquer à sa fille la mort de sa mère. Au premier regard, après quelques secondes d'observation et sous le regard ébahi de son père, cette mignonne petite fille de deux ans, que je n'avais jamais rencontrée, se précipitera dans mes bras en me demandant « elle est où maman ? ».

## 2. Eléments du dossier médical

- carcinome canalaire infiltrant SBR III
- néoplasme mammaire métastatique : évolution multi métastatique, probable atteinte pleurale, micro nodules pulmonaires, lombaires + métastases osseuses et hépatiques

### Antécédents :

- gastrectomie partielle pour tumeur bénigne
- grossesse extra-utérine
- césarienne

## 3. Evaluation du risque psychosomatique

### 3.1 *Tableau synthétique des événements de vie et des troubles somatiques*

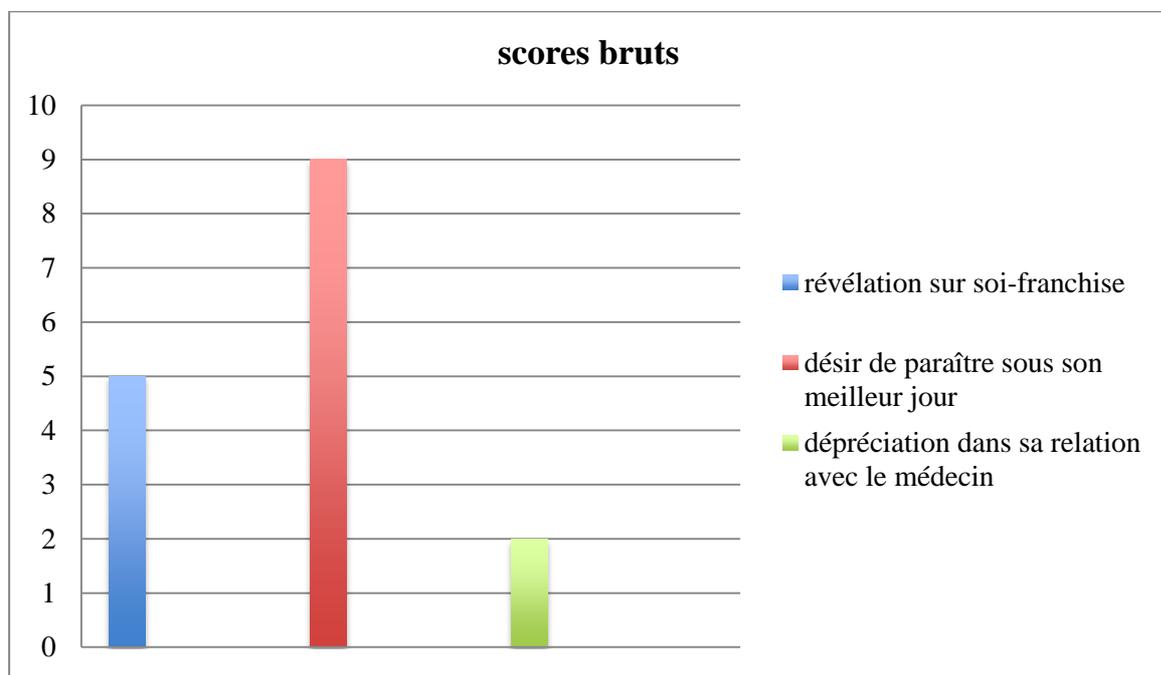
DATES	EVENEMENTS DE VIE	TROUBLES SOMATIQUES
10/5/1974	naissance	
Env. 1980-81	divorce des parents visite chez le père tous les 15j : cauchemar récurrent	
Env. 1985	Déménagement : changement de région. Plus de contact avec le père	
Env. 1988-89	Mère rencontre 2 <sup>e</sup> mari	
Env. 1989-90	Mort de la grand-mère maternelle	
Env. 1992-93	Remariage de la mère	
Env . 1994-95	Rencontre son futur mari	
Période 15 ans	Traitement pour infertilité Inséminations + F.I.V (pauses intermédiaire)	6 inséminations 3 F.I.V grossesse extra-utérine
Mai 2000	Hospitalisation en urgence	Passe de 50 kg à 95 kg (problème métabolique)

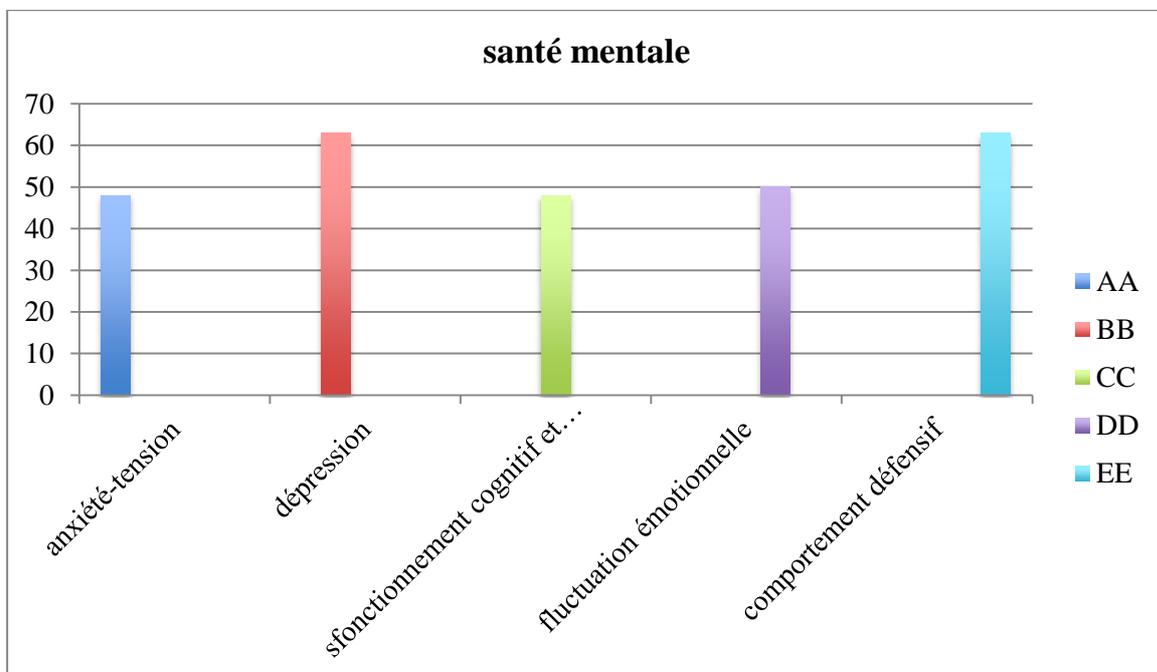
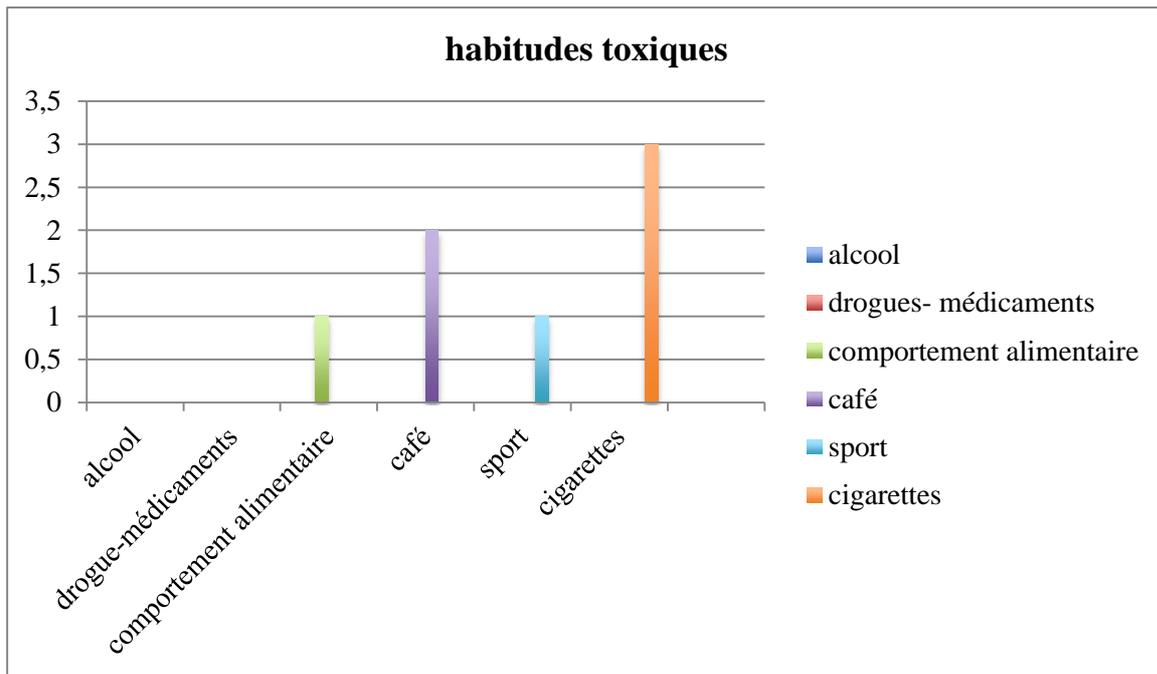
		pneumonie+pleurésie gastrectomie partielle car tumeur bénigne
Mars-avril 2012	F.I.V en Espagne	F.I.V avec donneurs (sperme+ovules) 2 embryons : en perd un perte de sang : plusieurs fois aux urgences
21/12/2012	Naissance de sa fille	
Juillet 2013	Part en vacances	Tumeur au sein droit palpable au toucher
Août 2013	Retour de vacances	Tumeur a grossi : néoplasme mammaire
Septembre 2013	Arrêt de travail Chimiothérapie néo- adjuvante (1 <sup>er</sup> protocole)	Pas de régression tumorale
21/3/2014	Changement de chimiothérapie (2 <sup>e</sup> protocole)	Réaction allergique au TAXOL
Avril 2014		Légère régression tumorale
9/5/2014	Mammectomie droite+curage axillaire	Carcinome galactophorique envahissant de 6 cm SBR III
	Séances de radiothérapie	
29/9/2014		Adénopathie sus claviculaire suspecte. Evolution multi métastatique : probable atteinte métastatique pleurale. Micro nodules pulmonaires, lombaires. Métastases hépatiques et osseuses
28/10/2014	1 <sup>er</sup> entretien sous chimiothérapie (3 <sup>e</sup> protocole)	
4/11/2014	2 <sup>e</sup> entretien	Douleurs à la hanche droite
25/11/2014	3 <sup>e</sup> entretien hospitalisation depuis quelques jours	Douleurs intenses, insupportables à la hanche droite. Transfusée
9/12/2014	4 <sup>e</sup> entretien	
16/12/2014	5 <sup>e</sup> entretien changement de chimiothérapie (4 <sup>e</sup> protocole)	
24 et 25/12/2014	Noël : photos de famille	
26/12/2014	Hospitalisée	Douleurs à la hanche droite
31/12/2014	6 <sup>e</sup> entretien	Douleurs à l'estomac+œsophage dues aux comprimés de morphine

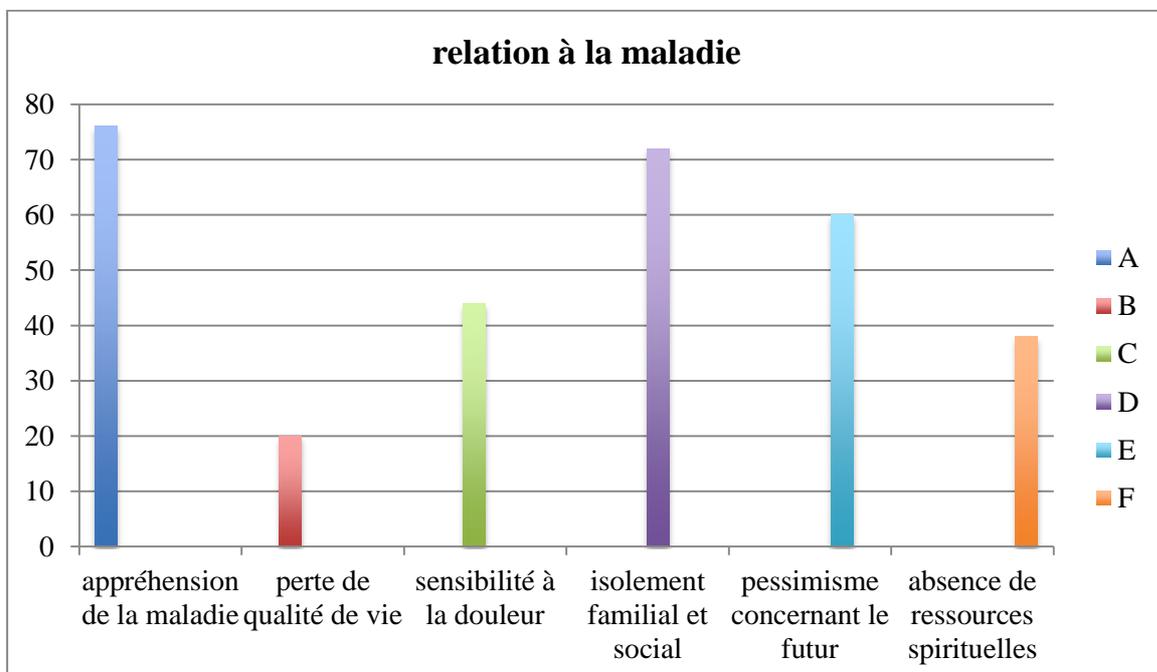
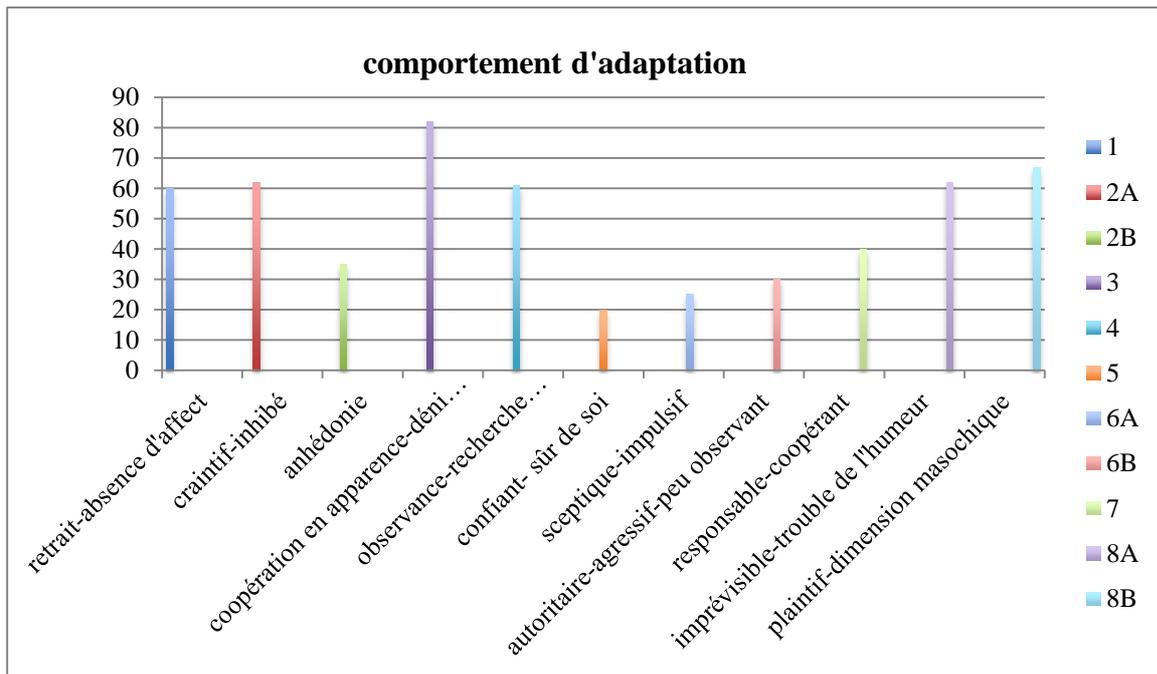
	pose de patchs de morphine	
6/1/2015	Chimiothérapie reportée	Chute des leucocytes
13/1/2015	7 <sup>e</sup> entretien Hospitalisée depuis quelques jours. Morphine en IV Proposition de radiothérapie : refus de la patiente ; ne veut pas suspendre la chimiothérapie	Douleurs à la hanche droite+vomissements. Perte de poids : 8 kg en 15 jours. Grosse fatigue
20/1/2015	8 <sup>e</sup> entretien (5 <sup>e</sup> protocole) Sa fille est prise en charge quasi totalement par sa mère. Me demande de l'accompagner jusqu'à la fin	Pas d'appétit du tout Dépression s'installe
27/1/2015	9 <sup>e</sup> entretien Hospitalisée depuis plusieurs jours. Sa fille est totalement prise en charge par sa mère	Dépression installée. Fièvre+grosse fatigue. dort beaucoup. Perte de poids. Bouffées de chaleur très importantes
29/1/2015	10 <sup>e</sup> entretien toujours hospitalisée. Colère manifeste à l'encontre du corps médical	Tumeur grossissante au niveau du cou, à droite
6/2/2015	Scanner cérébral	Violentes céphalées frontales. Plusieurs lésions expansives intra-axiales. Probable œdème cérébral
9/2/2015	Début de radiothérapie (10 séances)	
11/2/2015	11 <sup>e</sup> entretien	
3/3/2015	12 <sup>e</sup> entretien hospitalisée depuis 3 jours. Scanner pour suspicion d'embolie pulmonaire. Mutisme	A perdu presque tous ses cheveux. Visage creusé. Sous oxygène. Dyspnée. Pneumopathie. Epanchement pleural d'abondance modéré
4/3/2015	13 <sup>e</sup> entretien Très en colère contre son mari	Respiration difficile
5/3/2015	14 <sup>e</sup> entretien	Ne mange plus, a dormi toute la journée. Inobservance suivie de la prise des thérapeutiques.

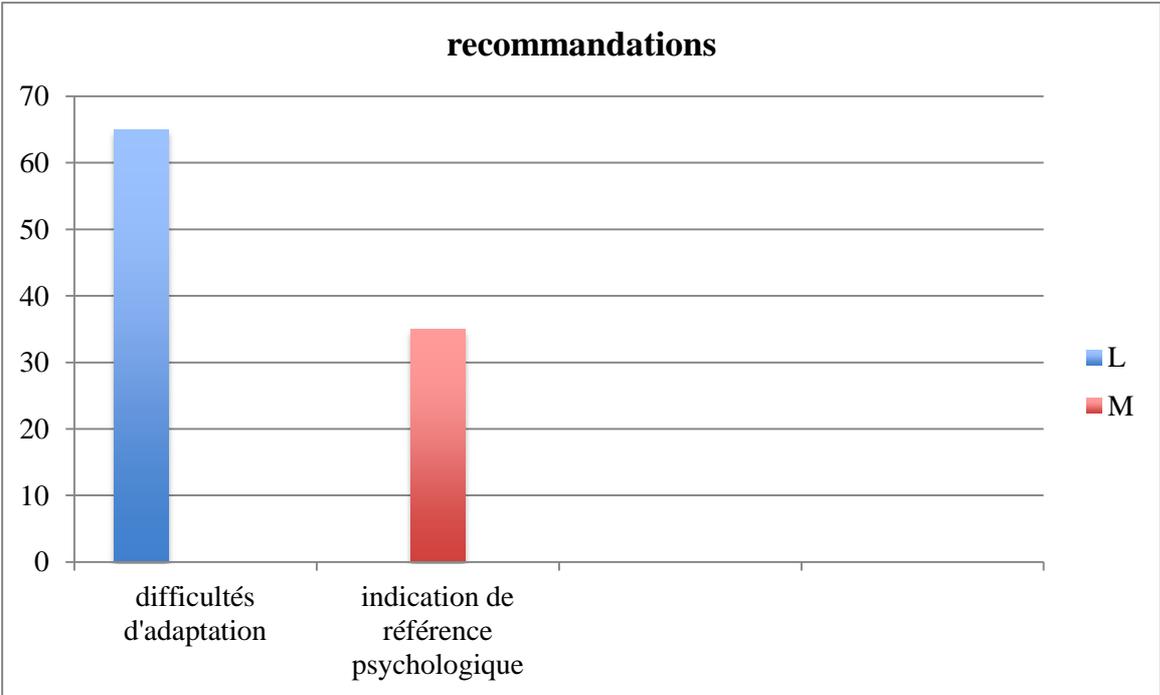
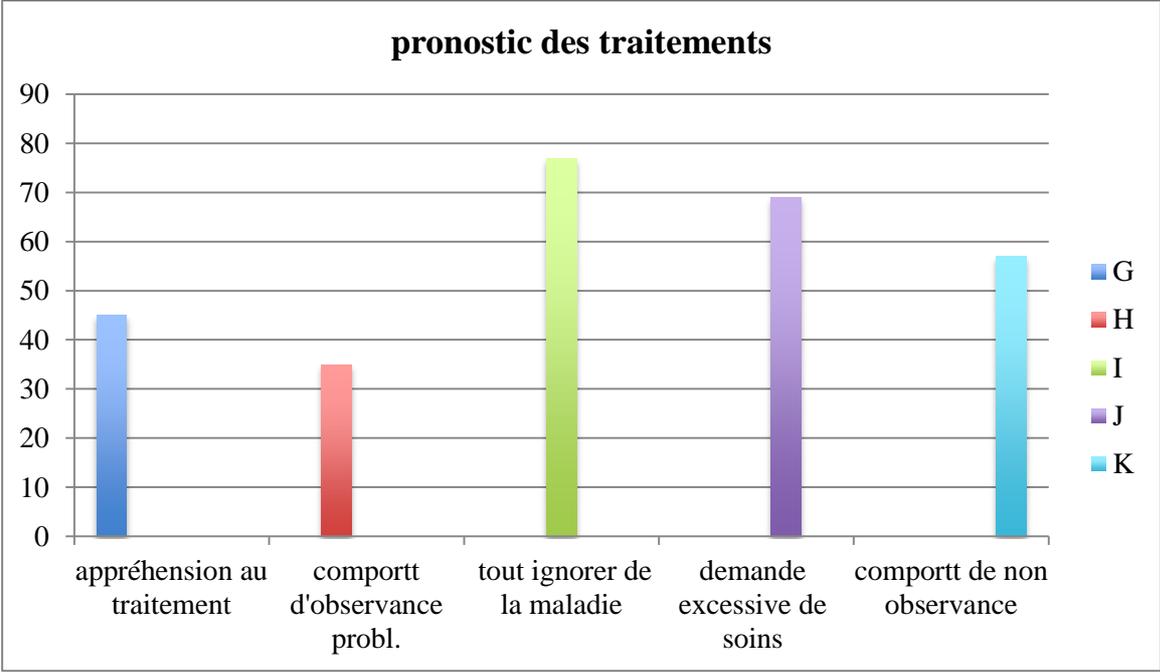
		Mémoire défaillante.
6/3/2015		Apyrétique. Etat général qui se dégrade
7/3/2015	Décès à 15h05 aux côtés de sa mère	Algique, regard dans le vide. Détrousse respiratoire
11/3/2015	obsèques	

### 3.2 Synthèse du questionnaire de santé somatique proposé à la patiente









### 3.3 Analyse des données

Afin d'effectuer une évaluation globale du risque psychosomatique de Gaia, nous allons nous pencher sur les quatre dimensions du fonctionnement psychique à savoir :

- Les processus et mécanismes psychiques, les points de fixations, les manifestations caractérielles et les activités sublimatoires
- La prévalence des comportements
- La capacité d'expression des affects
- Le risque lié à l'environnement

#### Axe 1 A : relation d'objet

Gaia semble se situer au stade objectal (152) de type prégénital. L'imgo maternel est internalisé. Le bon et le mauvais objet marchent de pair ce qui fait dire à Gaia « je l'aime, je l'adore mais je ne supporte pas qu'elle me touche ; j'ai toujours été un peu distante ». C'est pour cette mère, certainement par loyauté, qu'elle a pris parti lors du divorce des ses parents, mais c'est envers elle qu'elle exprime sa colère à l'adolescence « on était comme chien et chat ». D'ailleurs, elle dira elle-même que, selon sa propre analyse, elle a reporté sur sa mère toute l'agressivité qu'elle avait envers son père. On retiendra tout de même le score de prévalence de 69 concernant *la demande de soins*. Quoiqu'en apparence Gaia ne le manifeste pas, cet indicateur souligne la tendance à la répétition du comportement de dépendance maternelle dans la relation au soignant. En effet, lors du premier entretien, la patiente accepte la rencontre comme une injonction formulée par la famille, mais dès le deuxième entretien elle m'accueille avec le sourire. Puis au fil des séances, elle semblera attendre ma venue. Bien entendu, ce lien aura, entre autre, « la fonction protectrice de pare-excitation »<sup>1</sup>. Il faut remarquer également que celle qui aura eu le rôle de « maman câlins » aura été la grand-mère maternelle que Gaia mentionne avec tendresse et qu'elle regrette ne pas avoir pu faire connaître à son mari et à sa fille et dont cette dernière porte le prénom en second. Ceci signe un lien transgénérationnel acté.

La mère de Gaia concentre le dilemme de la patiente qui définitivement a fait le choix de ne plus voir son père et d'habiter la maison jumelée à celle de sa mère, qui se raidit lorsque sa

---

<sup>1</sup> F. BESSIS, *Le Coq-héron*, 2005/1 n°180 « Rencontre avec le cancer, rencontre avec le psychanalyste »

mère la touche mais qui lui confie sa propre fille, qui exprime le fait que sa mère ne vienne pas la voir à l'hôpital mais qui s'éteint quand enfin cette mère franchit le seuil de la chambre et s'installe à ses côtés.

Quant à l'épaisseur de son préconscient, Gaia est capable de faire des aller-retour du présent au passé mais a des plages lacunaires concernant l'enfance et principalement toute la période avant le divorce de ses parents. La patiente a vraisemblablement occulté toute cette époque. Seuls quelques « flashs » surgissent. Ce qui est tout à fait étonnant, c'est que cela semble identique pour sa sœur. Là encore, une alliance de taille semble s'être érigée comme un bouclier. L'une comme l'autre ont décidé de ne plus voir leur père et « d'oublier » cette décennie de leur vie. On peut supposer que l'épaisseur du préconscient de Gaia est faible. Elle ne fait pas vraiment d'associations et paraît dans un premier temps relater les événements avec une certaine distance qui pourrait faire croire à une alexithymie mais qui en réalité n'en est pas une. Ces lacunes de l'organisation du préconscient (161) sont des « insuffisances quantitatives et qualitatives des représentations psychiques ainsi que les insuffisances de connotations affectives de ses représentations. Ces insuffisances tiennent soit (...) soit aux excès ou carences des accompagnements affectifs de la mère »<sup>2</sup>. C'est ici que l'élément central de la problématique de la patiente intervient. En effet, Gaia dès le premier entretien met en avant le fait qu'elle n'a pas été une enfant désirée par son père, ce que la mère clamait haut et fort devant elle ou en réunion familiale. Cette « maladresse » sera très mal vécue par Gaia, et son mari d'ailleurs me le confirmera ultérieurement. De toute évidence, ceci sera le lit d'une blessure narcissique ancienne : elle n'a pas été un enfant désirée. Cette information subie comme un traumatisme ne sera que le début des blessures narcissiques à venir car Gaia sera atteinte dans son identité de femme puisque tour à tour elle sera confrontée à l'infertilité et à un cancer du sein avec mastectomie. Par conséquent, elle sera amputée dans son image sexuelle de femme et dans son image maternelle de procréatrice. Elle est donc victime d'une double voire d'une triple castration : identitaire (droit à l'existence), sexuelle (droit d'être une femme), maternelle (droit d'être une mère).

La dimension narcissique de la patiente est faible, preuve en est le score brut concernant *le désir de paraître sous son meilleur jour* 9, ainsi que le score de prévalence de la rubrique sur *la perte d'estime de soi* qui s'élève à 62. Il y a probablement une perte progressive de l'intégrité narcissique, c'est pourquoi le score élevé de 76 à propos de *l'appréhension de la maladie* « les symptômes somatiques sont comme une atteinte

---

<sup>2</sup> J.B. STORA, note : « la relation d'objet », p.71

narcissique » écrit J.B STORA.<sup>3</sup>. Cette atteinte narcissique va au delà de la mort puisque l'une des grandes préoccupations voire inquiétudes de la patiente sera que sa fille ne se souvienne plus d'elle. Cette pensée l'affectant beaucoup, elle insistera par conséquent auprès de son mari pour qu'il se charge d'un emplacement au cimetière afin que leur fille puisse s'y recueillir plus tard.

On peut alors s'interroger sur la dimension masochique de la patiente car suite à une atteinte narcissique de la sorte, on est en droit de se demander si le noyau masochique érogène primaire est solidement constitué. A ce propos, le score de prévalence de *la dimension masochique* est de 67 (score à retenir). L'existence d'une composante masochique lui permettrait de supporter ces attaques. Gaia, dont le Moi est carencé en affects, va progressivement, face aux excitations, être touchée de plein fouet dans son corps. C'est comme le dit J.B. STORA « le corps qui prend la relève ». Et si le corps n'est pas assez résistant, la maladie s'installe. FERENCZI écrivait déjà : « dans les moments où le système psychique fait défaut, l'organisme commence à penser »<sup>4</sup>. Selon l'approche de J.B. STORA, on peut supposer que les traumatismes successifs de la patiente ont engendré un quantum d'excitations qui n'a pas pu être liquidé par l'appareil psychique débordé et qui s'est vu traiter par le SNC (système nerveux central) qui a lui-même déchargé au niveau organique et a abouti à une désorganisation somatique. Gaia passera d'une tumeur bénigne à l'estomac à de l'infertilité puis à un cancer. Il s'agit donc d'un masochisme mortifère qui impliquera une désintrinsication pulsionnelle (159).

### Axe 1 B : états psychiques et événements de vie personnels

Gaia est en proie à une pesée traumatique permanente (209). Du sentiment puis de la connaissance de ne pas avoir été désirée, en passant par le divorce de ses parents vécu comme un abandon du père qui n'a jamais cherché à la revoir, du deuil de sa grand-mère maternelle, les événements n'ont fait qu'ouvrir la voie à une désorganisation progressive (220) amenée par la désintrinsication pulsionnelle (219). P. MARTY parle de dépression essentielle et il dit qu'elle « s'établit lorsque des événements traumatiques désorganisent un certain nombre de fonctions psychiques dont il déborde les capacités d'élaboration »<sup>5</sup>. A ce titre, le score de prévalence de *la dépression* est à retenir 63. Chez Gaia le processus d'élaboration mentale n'a

---

<sup>3</sup> J.B STORA sur le questionnaire de santé psychosomatique, p.109

<sup>4</sup> S. FERENCZI, *Le traumatisme*, 2006

<sup>5</sup> P. MARTY, *L'ordre psychosomatique*, 1980

pas permis d'évacuer les excitations, ces dernières se sont accumulées et le corps de la patiente n'a pas résisté. Celle-ci est aux prises à une névrose traumatique (212) dans le sens où son appareil mental semble comme sidéré. Elle ne se souvient plus de l'époque avec son père « je n'ai aucun souvenir » sauf qu'il était violent avec sa mère, parviendra-elle à dire entre deux phrases, mais elle arrive à évoquer tout de même ce cauchemar récurrent avant chaque visite chez son père le week-end tous les quinze jours. Ce cauchemar manifeste clairement la peur qui s'empare de la patiente et du reste de la famille (sœur et mère), avec une mère qui met en garde et semble avoir le rôle de protectrice de ses petits (elle, sa sœur et ce qui se trouve dans le landau). Ce landau d'ailleurs est mystérieux aux yeux de la patiente qui se demande ce qu'il fait là et ce qu'il y a à l'intérieur. On peut y voir une part d'elle-même, ce bébé qu'il faut protéger car non désiré du père. On notera également que c'est la mère qui dit « cachez-vous, il arrive », c'est donc elle qui transmet le message par lequel la peur arrive. Les enfants ne semblent ici que le réceptacle des angoisses de la mère. Ici, la mère en déchargeant sa propre angoisse, n'a pas une parole contenante mais devient plutôt excitatrice et mortifère ou pour le moins pathogène. Gaïa qui a environ 5 ou 6 ans et dont le Moi est fragile et trop peu assuré dans son sentiment d'existence ne peut alors plus penser.

Selon J. PANKSEPP, c'est le système de séparation-détresse qui est activé. J. B. STORA<sup>6</sup> nous l'explique : « le système de séparation-détresse ou système panique est non seulement associé avec de l'angoisse générée par la panique mais aussi avec les sentiments de tristesse et de perte accompagnant souvent les affects dépressifs ». A partir de là, les systèmes fondamentaux de réponse neuronale ouvrent la voie aux cinq stades de somatisations dont le quatrième implique la désintrication pulsionnelle qui aboutit au stade 5 qui se caractérise par la rupture désorganisatrice du Moi. Gaïa, meurtrie dans son désir d'être mère puisqu'elle n'est pas fertile et puisqu'elle est mariée à un homme qui ne l'est pas non plus, va devoir mener une « bataille de marathon » sur une durée de 15 ans, et accepter de recevoir les ovocytes d'une autre et le sperme d'un autre pour enfin obtenir satisfaction. Cependant, six mois après la naissance de sa fille le couperet tombe et le cancer prend la relève. Ce cancer lui aussi sera un véritable combat car Gaïa ne s'avouera pratiquement jamais vaincue. Ce n'est qu'à bout de forces qu'elle baissera les armes. Le système de séparation-détresse se sera manifesté à des moments stratégiques de la vie de Gaïa : la séparation avec le père et le rejet de la part de ce dernier lorsque petite déjà il ne lui donnait pas de chocolats et de bonbons alors qu'il en donnait à sa fille aînée, la séparation avec sa fille quand elle est contrainte de la confier à sa

---

<sup>6</sup> J.B. STORA, *Nouvelle approche psychosomatique : 9 cas cliniques*, 2013, p.203

mère, la séparation avec son mari quand elle est hospitalisée, la séparation ultime lorsqu'elle envisage la mort qui la privera définitivement de sa fille et de son époux.

### Axe 1 C : points de fixations-régression

Gaia a une dominante orale, elle est gourmande, elle aime grignoter et je la retrouve souvent en salle de chimiothérapie en train de manger des gâteaux secs ou des friandises. Lorsqu'elle est atteinte d'une tumeur bénigne, c'est à l'estomac qu'elle se situe. La patiente évoquera d'ailleurs sa prise de poids surprenante (45 kg), poids avec lequel elle se sentira bien. On peut donc parler de fixation alimentaire (303). S'agissait-il pour elle de se nourrir, de se remplir de ce dont elle avait manqué depuis toujours ? S'agissait-il pour elle de dire « j'existe » ?

C'est également une grande fumeuse. Nombreuses sont les fois où, même à bout de souffle, elle descendait fumer sa cigarette à l'entrée de l'hôpital. Cette fixation renvoie à son cauchemar et à l'évocation du landau où l'on voit encore combien elle est restée fixée en partie à ce stade du nourrisson en demande de soins et de nourrissage.

Quant au processus de maturation psychosexuelle, Gaia se voit confrontée à une problématique oedipienne non résolue. Elle a été séparée géographiquement de son père qu'elle a décidé de ne plus jamais revoir. Par conséquent, elle s'est attribué un autre père, son beau-père, qu'elle appelle son père. Et dans l'entretien avec elle, c'est quelque chose de très déroutant puisqu'elle mentionne systématiquement son beau-père sous les termes « mon papa ». Ce qui est plus troublant encore ce sont les mots qu'elle évoque dès le premier entretien pour le présenter « sans lui j'aurais jamais eu ma fille ». Symboliquement, il devient le père de sa propre fille ! Il y a ici accès à une pseudo organisation oedipienne par procuration avec une fixation sadique anale (359). Dans ces relations familiales complexes, Gaia affiche ouvertement sa rivalité avec sa mère en l'éliminant symboliquement et en actant cela de manière incestueuse. Ainsi, elle voue une admiration sans borne à celui qu'elle nomme son père. Lorsque je rencontre cet homme dans la chambre de l'hôpital, presque à la veille de la mort de Gaia, cet homme me frappe par le désarroi, la peine et l'incommensurable tristesse que je lis dans ses yeux. J'apprendrai plus tard, par le mari de Gaia que ce « papa » a terriblement de mal à se remettre de la disparition de cette dernière.

### Axe 1 D : mécanismes de défense

Gaia est essentiellement sujette au clivage et au déni de la réalité (380). Clivage du Moi (381) parce qu'elle sait bien que son père n'est pas celui qu'elle appelle papa, mais elle a décidé d'une autre réalité. LAPLANCHE et PONTALIS expliquent « la coexistence, au sein du moi, de deux attitudes psychiques à l'endroit de la réalité extérieure en tant que celle-ci vient contrarier une exigence pulsionnelle : l'une tient compte de la réalité, l'autre dénie la réalité en cause et met à sa place une production du désir ». <sup>7</sup>

Le déni de la réalité est signifié par le score de prévalence s'élevant à 82 dans la rubrique *comportements d'adaptation : coopérant en apparence, déni de la maladie*. C'est le score le plus remarquable de tout le questionnaire ainsi que celui intitulé *comportement de tout ignorer de la maladie* 77. C'est un mécanisme de défense archaïque. J. B. STORA nous dit qu'« il s'agit de la relation au corps et du problème du défaut de constitution de l'image psychique et neuronale du corps » <sup>8</sup>. Il ajoute que l'on peut parler d'« une recherche inconsciente de dépendance » au soignant c'est-à-dire à la mère puisque nous savons bien que le thérapeute joue un rôle maternel de pare-excitations pour le patient. Dans ma relation avec Gaia je sens bien que j'ai le rôle de la « bonne mère » qu'elle « adore » et qu'elle accueille avec le sourire. « Dans la thérapie psychosomatique, nous jouons le rôle d'une mère bienveillante et empathique réactivant les premières relations d'attachement du bébé à sa mère (...) une telle attitude maternelle facilite la réparation narcissique de l'unité psychosomatique » écrit J.B. STORA <sup>9</sup>. Gaia a été blessée dans les premiers temps de la vie mentale. En tant qu'enfant non désirée, c'est sa toute puissance narcissique qui a été atteinte. Cette fixation dans une position narcissique a causé un clivage de sa personnalité. Mais ce clivage permet une homéostasie fragile car les fonctions somatiques seront atteintes progressivement. Elle signe une alliance avec ce père mis à l'écart en lui offrant symboliquement un enfant (cf. celui du landau). Elle existe par delà lui et au-delà de la mort ; sa fille en est le témoignage.

---

<sup>7</sup> J. LAPLANCHE et J.B. PONTALIS, *Vocabulaire de la psychanalyse*, 1967

<sup>8</sup> J.B. STORA, note sur le questionnaire de santé psychosomatique, p.107

<sup>9</sup> J.B. STORA, *Nouvelle approche psychosomatique : 9 cas cliniques*, p. 83

### Axe 1 E : traits de caractère

Gaia, nous l'avons vu, est de type oral (405) mais aussi anal (406) puisqu'elle fait preuve de peu de représentations associatives mais de contrôle et de maîtrise face à la maladie et à l'entourage qu'elle doit consoler et reconforter, face à son propre psychisme et au désir de ne plus se souvenir.

Dans sa relation aux autres, elle va passer tout le long de son existence à jouer le rôle de bonne mère (auprès de son mari, de sa famille, de ses amis). D'ailleurs, elle prendra le rôle de grande sœur voire de mère pour sa sœur aînée qui semble à l'aise dans ces rôles inversés. Cette sœur vivra très mal le cancer de la patiente puis la mort de cette dernière, presque comme si elle avait perdu sa propre mère. J'apprendrai par le mari de Gaia qu'elle sera suivie en thérapie après le décès.

Néanmoins, ce « choix » qu'elle a fait de soutenir tout le monde, même sa meilleure amie qu'elle croyait forte, commence à lui peser comme la charpente d'une maison qu'on aurait édifiée sur des fondations peu consolidées. Les nombreuses fois où elle s'est plaint du comportement de son mari face à sa maladie et la lutte qu'elle a menée jusqu'à la fin pour que cela change en sont le témoignage bouleversant. Maîtriser son univers quand on est originairement amputé, cela semble une mission impossible. Tout au long de ce cancer ce qui mine la patiente c'est l'avenir de sa petite fille et de son mari lorsqu'elle ne sera plus là. C'est pourquoi, elle est capable d'imaginer un scénario fait de toutes pièces, pour encore une fois tenter de maîtriser l'avenir, en proposant à son mari une séparation anticipée de sorte qu'elle puisse s'assurer qu'il tiendra le coup et pourra même retrouver quelqu'un d'autre.

Bien sûr, la vie ne lui permettra pas d'organiser tout et la vie de tout le monde, et elle se chargera de lui rappeler la réalité des faits. Ainsi, lors du dernier Noël, elle reviendra déçue de lire sur le visage de ses proches de la tristesse alors qu'elle aurait souhaité « qu'on fasse comme si elle n'était pas malade ».

En fait, on peut se demander comme F. BESSIS s'il n'est pas question en réalité d'un « besoin du Moi initial auquel il n'a jamais été répondu »<sup>10</sup>, s'il ne s'agit pas d'un « faux self », comme le dit WINNICOTT, « toujours soumis aux exigences et besoins des autres au détriment des leurs ». Le thérapeute aura alors pour rôle d'accompagner le patient à « entrer en contact avec cet enfant enfoui en lui et qui n'a jamais eu accès à la parole »<sup>11</sup>. La colère qui

---

<sup>10</sup> F. BESSIS « *Rencontre avec le cancer, rencontre avec le psychanalyste* »

<sup>11</sup> idem

envahit Gaia en phase terminale de cancer fait surgir une émotion encore jamais exprimée, à tel point que personne ne la reconnaît.

### Axe 1 F : activités sublimatoires

Même du côté des activités sublimatoires, les éléments sont assez pauvres. Gaia passe son temps libre à regarder la télévision avec laquelle elle a développé une forme d'addiction puisqu'elle ne parvient pas à s'endormir sans elle. Elle mentionne tout de même le fait d'aimer cuisiner pour faire plaisir aux autres et surtout à son mari.

Elle est croyante mais non pratiquante. Sa spiritualité ne semble pas la soutenir suffisamment.

Ainsi, nous remarquons qu'aussi bien du côté des activités sublimatoires que de l'élaboration le terrain semble comme en jachère et donc les troubles somatiques restent le seul moyen d'expression.

### Axe 2 : comportements et manifestations corporelles dans la relation

Nous l'avons déjà dit Gaia manifeste dans son comportement un déni de la réalité (454) manifeste par exemple dans la phrase qu'elle prononce en remplissant le questionnaire « pour l'instant, j'estime que j'ai la santé », et une forme d'addiction à la cigarette (465) avec un score brut de 3, c'est de loin concernant les habitudes toxiques celui qui l'emporte. On sait également que la consommation régulière et excessive de cigarettes sur de très nombreuses années accroît le risque cardio-vasculaire de cancer.

Gaia est en proie aux répétitions somatiques (470) puisqu'elle accumule infertilité, tumeur bénigne et maligne avec amputation pour une partie de l'estomac et un sein.

Enfin, nous l'avons évoqué, une identité (467) entamée dans sa fonction première d'existence puis dans sa dimension féminine. Gaia sera privée de procréer, donc symboliquement amputée de ses ovaires, et devra avoir recours au don d'ovocytes.

### Axe 3 : expression des affects

La patiente semble lors du premier entretien comme privée d'affects et presque soumise à une vie opératoire. P. MARTY dira qu'il s'agit d' « un corps largement coupé de la représentation

et soumis à une désorganisation progressive »<sup>12</sup>. Cependant, lorsque le thème de sa fille et de son mari est abordé les larmes coulent, bien que cela restera toujours dans une certaine retenue.

Ces affects ne sont pas reliés à des représentations mentales (510) puisqu'elle dit ne pas avoir de souvenirs en rapport à la période passée avec son père, si ce n'est quelques flashes (deux principalement). « Lorsqu'un événement de nature traumatique (...) survient il s'effectue alors au niveau de l'appareil psychique des déliaisons entre les représentations mentales et les affects » écrit J.B. STORA<sup>13</sup>.

Evidemment, durant toute sa maladie (le cancer), Gaia souffrira de douleurs (512) de plus en plus intenses malgré la morphine qu'il faudra régulièrement ajuster au cours du traitement. Malgré l'intensité de ces douleurs dont me fera part son mari et qui l'obligera à la faire hospitaliser, Gaia me dira constamment « ça va ». Jamais elle ne sera dans la démonstration ostentatoire ni dans la plainte. Elle sera confrontée également à une fatigue (511) grandissante qu'elle aura du mal à accepter « je n'ai fait que dormir, je n'ai rien vu de la journée » ce qui l'amènera à penser qu'il est préférable qu'elle reste à l'hôpital pour « se requinquer » et rentrer chez elle en meilleure forme.

#### Axe 4 : environnement personnel, familial et socio professionnel

Gaia a connu dès l'enfance un environnement familial perturbé (601), apparemment elle a vécu dans un climat de violence. Bien qu'elle dise ne se souvenir de rien, elle parviendra à formuler le fait que son père a été violent avec sa mère. Rupture avec son père (604), rupture avec le travail (605) puisqu'à partir du moment où son cancer a été diagnostiqué, elle n'a plus pu reprendre le travail qui lui manquait beaucoup, surtout pour le côté relationnel, le contact avec les gens et les collègues. Il y a donc eu perturbation durable puis permanente de l'environnement socio-professionnel (603b). A fortiori, pratiquement dès le début le cancer a limité ses activités corporelles (616). Malgré de nombreux efforts, ses déplacements sont devenus difficiles (au sein même de l'hôpital, il nous est arrivé de faire des pauses dans le couloir avant d'atteindre l'endroit souhaité). Elle n'a plus été capable de cuisiner, elle qui aimait recevoir et faire plaisir comme une mère nourricière. Elle n'a plus été en mesure non plus de s'occuper de sa fille ni de supporter son énergie d'enfant elle qui était à bout de force

---

<sup>12</sup> J.B. STORA, note sur les affects, p.85

<sup>13</sup> J.B. STORA, *Nouvelle approche psychosomatique : 9 cas cliniques*, p.202

à tel point qu'elle préférait qu'elle reste avec sa propre mère tant elle craignait de « lui faire du mal ».

Mais c'est surtout face à cette mère avec laquelle elle avait une relation ambivalente que les choses se sont cristallisées. Gaia qui avait pris parti pour elle, lui en voulait terriblement de lui avoir dit qu'elle n'avait pas été désirée, de prendre sa place, malgré elles deux, auprès de sa fille. Elle n'est pourtant jamais parvenue à s'en éloigner, à prendre de la distance ne serait-ce que géographiquement. Les relations entre Gaia et sa mère n'auront jamais été lisses comme me l'apprendra plus tard le mari de la patiente, et pourtant elles étaient quasi fusionnelles. La véritable fusion, elle la vivra avec son mari rencontré très jeune à l'âge de 20 ans. « On s'aime tellement, est-ce-que je suis obligée de lui faire vivre ça ? » sera-t-elle amenée à dire au cours de l'un de nos entretiens. Gaia a toujours été le pilier dans cette relation, c'est elle qui le rassurait pendant les moments durs de la vie, c'est elle qui était confiante dans l'avenir, qui face à sa grossesse difficile tenait bon sans découragement. Pourtant, confrontée à la terrible réalité de l'avancée du cancer, elle a à son tour eu besoin d'être rassurée, et c'est le travail qu'elle a mené jusqu'au bout dans le lien thérapeutique qu'elle a établi avec moi. Il a fallu construire avec elle et son mari une parole contenant, un espace qui puisse faire jaillir et transformer les émotions, les angoisses, les conflits et la douleur psychique. Le toucher (souvent nous nous prenions les mains) et le regard aura aussi été organisateur et intégrateur. Devant un mari qu'elle voyait fragile et incapable de survivre après son départ et donc de s'occuper de leur fille « il n'y arrivera pas (...) j'ai peur qu'il soit envahi par le chagrin et qu'il ne soit pas disponible pour elle », elle a pu constater au fur et à mesure des quelques mois passés entre la maison et l'hôpital que son mari pouvait faire face. Surtout, elle a compris au fond d'elle-même que sa fille ne serait pas seule, qu'elle a un père qui est présent, qui s'occupe d'elle et qui lui parle et lui parlera de sa mère.

### **Diagnostic selon la nosographie psychosomatique**

Gaia semble relever d'un trouble du narcissisme (172) auquel s'ajoute un trouble de l'identité (173).

### **Evaluation du risque psychique**

- 1) Processus et mécanismes psychiques : **3**
- 2) Prévalence des comportements : **4**
- 3) Capacité d'expression des affects : **4**
- 4) Risque lié à l'environnement : **7**

Total : **18**

**Risque très élevé** : instabilité globale de l'unité psychosomatique à risque de désorganisation.

### **Axe 5 : évaluation de l'état somatique**

Risque somatique : 4 (risque très élevé)

Selon CIM 9 : néoplasme (703)

### **Evaluation globale du risque psychosomatique**

17+4 : **21**

Le risque psychosomatique est très élevé.

Gaia, aujourd'hui décédée, aurait mérité de bénéficier plus tôt d'une prise en charge thérapeutique avec une orientation en psychosomatique intégrative. Cela lui aurait probablement permis de mieux envisager et d'apprécier le temps qui lui restait si précieux pour elle. Malgré tout, bien que son organisme ait été fragilisé par cette absence de construction identitaire due à un manque primordial, la patiente est parvenue dans l'empathie de la relation thérapeutique à élaborer ses failles et ses points d'effondrement pour enfin pouvoir les transcender. Ainsi, comme me l'a écrit son mari « elle est partie rejoindre les anges avec le sourire ».

## CAS CLINIQUE

### **Basma**

#### 1. Anamnèse

Je rencontre Basma âgée de 34 ans dans la salle d'attente de *l'unité d'échographie*. En effet, elle est enceinte de 5 mois et demi et vient régulièrement pour le suivi de sa grossesse car elle souffre de polyarthrite rhumatoïde.

Au premier regard, Basma me semble offrir un visage triste et lorsqu'elle se lève et marche, je note qu'elle boîte, que sa démarche est difficile. Elle semble un peu sur ses gardes mais a accepté volontiers de me rencontrer au vu de ses problèmes actuels.

Elle évoque d'emblée sa polyarthrite rhumatoïde qu'elle met en parallèle avec une angine mal soignée, décelée très jeune, à l'âge de 3 ans, et toutes les « conséquences », dit-elle, à cette maladie tels des problèmes de varices, de cœur, d'estomac etc... Elle nomme rapidement dans l'entretien un kyste à l'ovaire droit et des cailloux vésiculaires qu'elle résume globalement comme de « petites choses ». Basma mentionne son projet de se faire poser plus tard une prothèse au genou et à la hanche. Elle dit prendre des médicaments le soir au lieu du matin- contrairement à ce qui est préconisé par les médecins- afin d'être en forme, « opérationnelle » pour la journée. Elle souligne que malgré cela, elle reste parfois « bloquée ».

Basma a été dispensée de sport durant toute sa scolarité et a vécu ses années de maternelle, primaire et secondaire difficilement, entourée d'enfants « méchants » à tel point qu'elle dira dans l'entretien « je me suis sentie comme de l'herpès ». Elle n'a pas obtenu son BEP comptabilité car elle a eu zéro en sport alors qu'elle en était dispensée ainsi qu'un zéro en arts plastiques -bien qu'elle fût douée dans cette matière- parce qu'un autre élève lui avait volé son travail et avait mis son propre nom dessus. Elle n'a jamais eu gain de cause et a bien sûr vécu cela comme une énorme injustice. Elle a ensuite fait de petites formations, de petites missions avec ses copines (travail en usine, dans la téléphonie etc...).

Basma est issue d'une fratrie de quatre filles et de cinq garçons, et est la pénultième dans la famille. Elle dit aisément et avec fierté être la « préférée » de tout le monde, et avoir bénéficié d'une fratrie protectrice.

Elle a tout de même connu la séparation de ses parents à l'âge de dix ans et a vécu à partir de l'âge de trois ans en centre de rééducation pendant sept ans. Elle y passait toute la semaine et ne rentrait au sein de sa famille qu'un week-end sur deux (pour cause d'éloignement géographique). Au bout de quelques mois, elle s'est remise à marcher, elle qui ne marchait

plus. Elle dit se souvenir de presque tout concernant cette époque : des dames gentilles mais aussi de celles terriblement « méchantes » qui donnaient de la purée très chaude aux enfants jusqu'à leur brûler les lèvres. Mais elle insiste sur le fait de ne pas s'être laissé faire. Lorsque je l'interroge sur son état émotionnel à cette période, dans cet univers, elle répond qu'elle n'avait pas le temps d'être triste ou d'avoir du chagrin car il y avait beaucoup d'activités et donc pas le temps de penser à l'éloignement d'avec sa famille. Le seul moment un peu plus délicat était la fin de semaine où elle ne rentrait pas et dit alors avoir été triste mais elle ajoute instantanément, en souriant, qu'elle était « capricieuse ». Cependant, quand elle rentrait, elle était « traitée comme une princesse, comme Shéhérazade ». Elle dépeint une famille aimante, menée par une femme de caractère, leur mère.

Basma est mariée et a deux enfants, un garçon de huit ans et un de trois ans. Enceinte au moment de l'entretien, je lui demande si elle est contente de sa grossesse. Elle me répond par l'affirmative mais ajoute qu'elle ne voulait plus de bébé et qu'elle avait pris rendez-vous pour une IVG. C'est alors qu'elle se met à pleurer, « la vie n'est pas facile, mes enfants ne vont pas bien, je crois ». Un sentiment de culpabilité l'envahit. « Le problème, c'est ce qui se passe dans mes murs » ajoute-t-elle. Elle se remémore le passé et évoque les deux mariages de sa mère ainsi que les deux séparations. Elle se souvient ne pas avoir pleuré quand son père est parti car « il était fautif, il a travaillé pour les jeux et l'alcool » tandis que sa mère avait « trois boulots ». Basma dit avoir été « contente » lorsque son père a quitté la maison et qu'elle ne lui en veut pas car « chacun paie ce qu'il doit un jour ou l'autre ». Elle revient alors à sa situation actuelle et dit « être dégoûtée d'avoir mis au monde des enfants dans ce cadre de vie ». Le problème principal, et celui qui engendre tous ses soucis, est incarné par son mari qu'elle qualifie en ces termes : « c'est un sida pour moi ». Basma résume les choses en disant qu'il n'a aucun respect pour elle et ses enfants.

Lorsqu'elle évoque son mariage, elle semble parler de quelque chose à l'extérieur d'elle-même, d'un événement qui l'a totalement dépassé et dont elle ne comprend toujours pas les véritables raisons. Elle se rappelle notamment la tristesse ambiante puisqu'un des frères de son mari venait de décéder brutalement, et elle évoque ceci comme un mauvais présage. Aujourd'hui encore, elle ne comprend pas pourquoi elle s'est mariée, ce qui lui est arrivé réellement car personne n'était d'accord avec ce mariage. Son mari est en réalité son cousin qu'elle a connu lors d'un voyage en Algérie. Ce voyage était une idée de sa mère qui voulait qu'elle aille à la rencontre de ses origines familiales. Basma insiste sur le fait qu'elle a grandi en France et n'a « jamais supporté ses origines maghrébines », d'ailleurs « quand j'étais en Algérie, on ne me considérait pas comme une algérienne » réplique-t-elle.

Elle décrit son mari comme quelqu'un qui aime l'argent et qui n'en donne à personne. Il est d'un égoïsme rare puisqu'il est « capable de laisser ses enfants sans rien tant que lui a ce dont il a besoin ; il est allé jusqu'à manger les goûters des enfants ». Il est chauffeur poids lourd mais n'accepte jamais de CDI car il veut « profiter du système » et voyager en Algérie quand il en a envie pour y revendre des voitures qu'il a achetées en France.

Basma a décidé de se séparer et a fait une demande pour obtenir un appartement car elle n'en peut plus (on apprendra dans le prochain entretien qu'elle n'est pas considérée comme prioritaire par les services sociaux). C'est elle qui subvient aux besoins de sa famille grâce à ses prestations familiales et son allocation aux adultes handicapés. En plus de cela, elle doit « de gré ou de force » donner régulièrement à son mari de l'argent pour ses cigarettes, son alcool etc ... Ce dernier fait preuve envers elle et les enfants de violence verbale et physique : il a « traumatisé mes enfants ». Elle dit ouvertement lui souhaiter la mort « j'ouvrirai une bouteille de champagne quand il sera mort ». Elle ajoute qu'elle s'est séparée de lui deux fois déjà et qu'elle a porté plainte. Mais à chaque fois, il parvient à la « manipuler ». Basma synthétise le personnage en en tirant la conclusion suivante : « je suis haineuse envers tout ce qu'il représente, l'Algérie et les hommes ». Elle relate la violence des propos de son mari à l'égard de sa grossesse « pourquoi tu vas pas te suicider, toi et ton gosse que t'as dans le bide ? ».

Basma dit avoir eu des amis mais qu'aujourd'hui elle n'en a plus car elle pleure tout le temps et les gens ne veulent plus venir chez elle à cause de l'ambiance qui y règne et du cadre (tout est cassé dans l'appartement, il n'y a plus de poignées aux portes...). Elle ajoute qu'auparavant elle croyait que les choses allaient s'arranger, mais en réalité elle dit avoir réalisé à la naissance de son deuxième enfant que rien ne changerait. En effet, au retour de la maternité, le soir-même il l'a battue et depuis elle a de gros problèmes au niveau de la hanche. Enceinte de son troisième enfant, elle continue à recevoir des coups, même au niveau du ventre.

Quand je la questionne sur son côté spirituel, elle me dit qu'elle est croyante et de plus en plus (elle apprend d'ailleurs à prier et fait le ramadan). Elle conclura l'entretien en formulant la phrase suivante : « j'ai ma religion, mais pas d'origines ».

Lors du deuxième entretien, elle dit avoir mal à la jambe droite et aux cervicales.

Je lui demande si elle fume, elle répond affirmativement et précise depuis l'âge de seize ans. Elle avoue avoir fait des efforts pour réduire sa consommation de cigarettes lors de sa première grossesse, moins lors de la deuxième et aucun lors de celle-ci.

Quand je lui demande ce qu'elle aime faire, elle me dit immédiatement « j'aime chanter, je chante tout le temps », et je remarque que son visage s'illumine. Lorsqu'elle chante elle se sent, dit-elle « comme une droguée qui a pris sa cam ». C'est alors qu'elle revient sur son passé, à l'époque où elle allait au conservatoire (pendant deux ans), qu'elle faisait partie d'un groupe qui donnait des concerts pour le Conseil Général. Son groupe était constitué de trois filles : « la black, la blanche et la beur ». A l'évocation de cette époque elle verse des larmes. Une amitié très forte unissait les filles de ce groupe. Elle aimerait tant que ses enfants connaissent le bonheur que peut apporter le domaine artistique.

Lorsque je veux en savoir plus sur sa vie onirique, ses cauchemars, elle me dit ne plus en faire, qu'elle en faisait petite fille. « Aujourd'hui les cauchemars sont ma réalité » rétorque-t-elle.

Nous revenons à sa grossesse et elle me dit qu'il s'agit d'une fille qu'elle nommera Nour (la lumière) et Houria (la pureté) en deuxième prénom, ce dernier étant celui de sa propre mère.

Alors, nous allons explorer la lignée des femmes de son ascendance. Sa mère est présentée comme quelqu'un d'exceptionnel, avec un « caractère en béton », c'est une femme à qui elle aimerait ressembler, qu'elle admire comme « un modèle ». Elle dit que leur point commun c'est d'avoir eu des maris semblables. Elle dit avoir une très bonne relation avec elle, et d'ailleurs elle passe lui rendre visite tous les jours. C'est en grande partie « grâce à » sa mère que sa grossesse suit son cours, puisque cette dernière ainsi que ses frères et sœurs et même son fils aîné s'étaient opposés à sa décision d'IVG. Elle finit de parler de sa mère en soulignant que ce n'est pas vraiment une maman-contacts, qu'elle n'aime pas les bisous mais qu'elle reste tout de même « la meilleure ». Cela provoque de l'émotion chez Basma qui verse quelques larmes.

Elle évoque ensuite sa grand-mère maternelle, elle aussi plusieurs fois mariée (deux ou trois fois) et veuve à chaque fois. Elle l'a dépeint également comme une femme très forte, très respectée dans son village, torturée par les Français.

Quant à sa relation avec son père, elle dit qu'elle est assez bonne mais qu'elle ne lui montre pas qu'elle ne va pas bien de peur qu'il ne la juge et qu'il lui reproche de ne pas l'avoir écouté. Par conséquent, elle se montre toujours souriante « je suis rigolote » affiche-t-elle.

Elle revient à l'évocation de ses origines et précise avoir donné à ses enfants des prénoms musulmans et non pas arabes, non pas algériens. En même temps, elle dit se souvenir avoir lancé un jour à sa mère « pourquoi tu ne m'as pas appelé Brigitte ? ». Puis, elle énonce cette phrase étonnante : « on devrait laisser aux gens le choix de leurs origines ». Si sa mère est fière d'être algérienne, elle dit, elle, en revanche : « je suis française et j'ai la haine pour les

algériens ». Elle ajoute, par ailleurs, avoir déchiré son passeport algérien. En finissant par dire « ici, on est raciste envers les Arabes, en Algérie on l'est envers les Français », elle pose d'emblée sa difficulté à se situer face à ses origines et au regard de la société.

Au cours du troisième entretien, je me retrouve face à une femme portant un hématome à l'œil gauche. Dix jours auparavant son mari l'a frappé devant témoin et a fini par la mettre dehors avec les enfants. Depuis, elle vit chez sa mère (dans l'attente de son nouveau logement) et a pris la décision de ne plus revenir au domicile conjugal, et s'est d'ailleurs retirée du bail. Elle souligne que son fils aîné est traumatisé, que son mari « a cassé quelque chose en lui », il souffre d'ailleurs de maux de ventre et de diarrhées. Basma pleure durant la séance.

Puis, elle évoque le fait que malgré tout ce qu'il s'est passé, elle avait peur qu'il ne la quitte. A ma question : « l'aimez-vous encore ? », elle répond : « j'aime mon mari du début » puis elle ajoute : « j'ai l'impression qu'il va faire comme mon père, j'ai peur qu'une fois que je sois partie, il refasse sa vie, qu'il ait une vie tranquille ». Car au fond, elle pense que « c'est avec elle qu'il devrait vivre ça », c'est ainsi qu'elle parviendra à l'exprimer. Elle conclura enfin par les mots « certaines femmes ont pire que moi, leurs maris les battent tous les jours ».

La dernière fois que je rencontre Basma, c'est dans sa chambre à la maternité. La veille, elle a été césarisée (césarienne programmée). Elle est souriante et me présente sa fille.

Sa vie s'est un peu organisée depuis quelques mois puisqu'elle a trouvé un appartement dans le quartier où vit sa mère. Elle vit seule avec ses enfants. Son mari est parti en Algérie car sa mère est décédée. Elle espère qu'il ne reviendra pas.

Elle souligne son étonnement devant la joie qu'elle éprouve d'avoir sa petite Nour. Elle semble, à ce moment-là, heureuse.

Elle n'a pas eu, par ailleurs, de crise particulière de polyarthrite rhumatoïde.

## 2. Éléments du dossier médical

- arthrite rhumatoïde traitée par Prednisone
- en février 2007 : méthotrexate + cortancyl pour polyarthrite chronique juvénile
- méthotrexate interrompu depuis un an (à la date de janvier 2010)

### Antécédents :

- mononucléose infectieuse

- pleurésie
- hépatite médicamenteuse
- en 2007 : infécondité
- février 2007 : grossesse après traitement
- avril 2007 : non respect de la posologie du méthotrexate (1cp/sem au lieu de 5)
- janvier 2010 : traitement pour infécondité ; IIU en juillet 2010

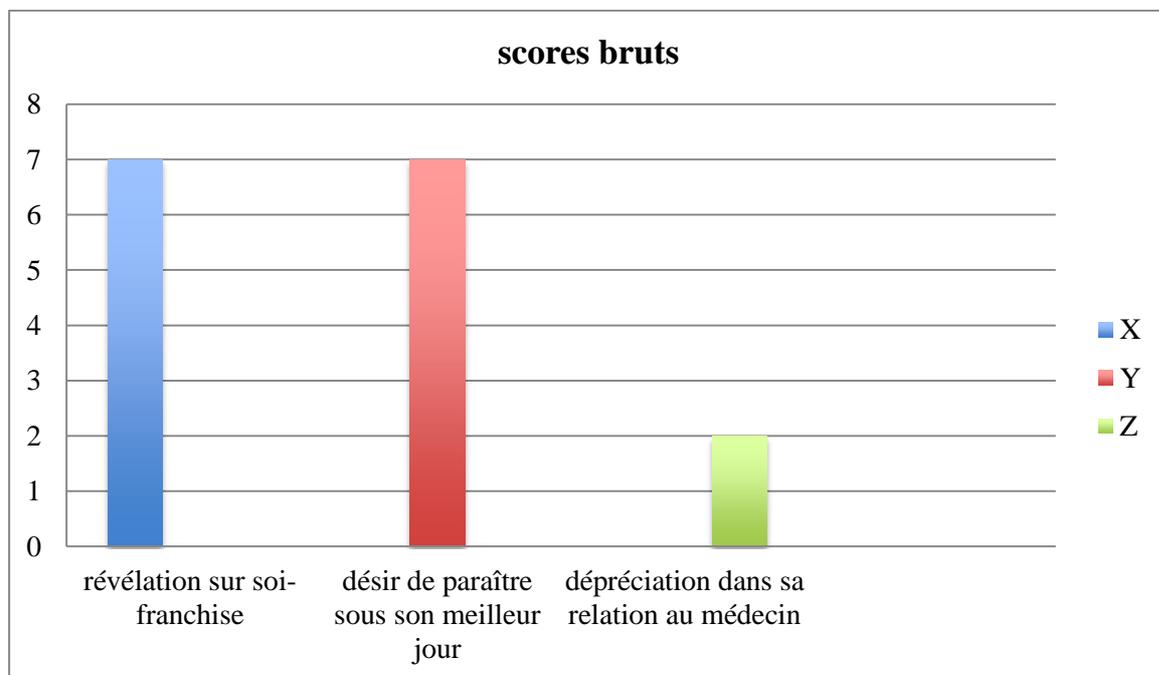
### 3. Evaluation du risque psychosomatique

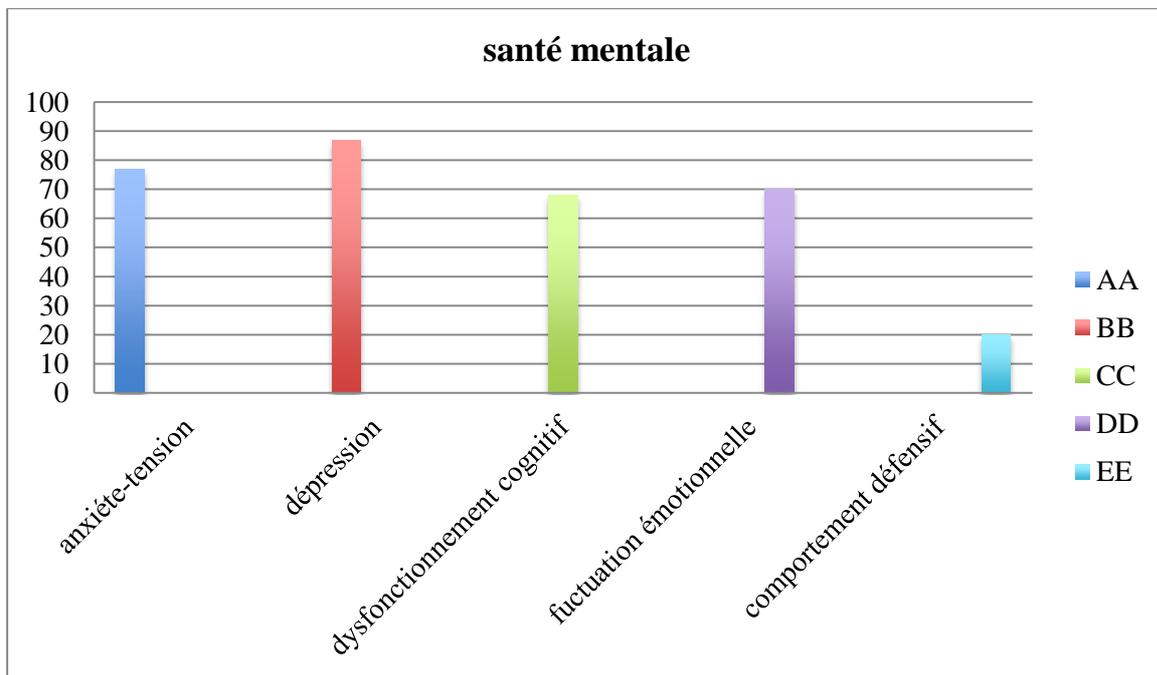
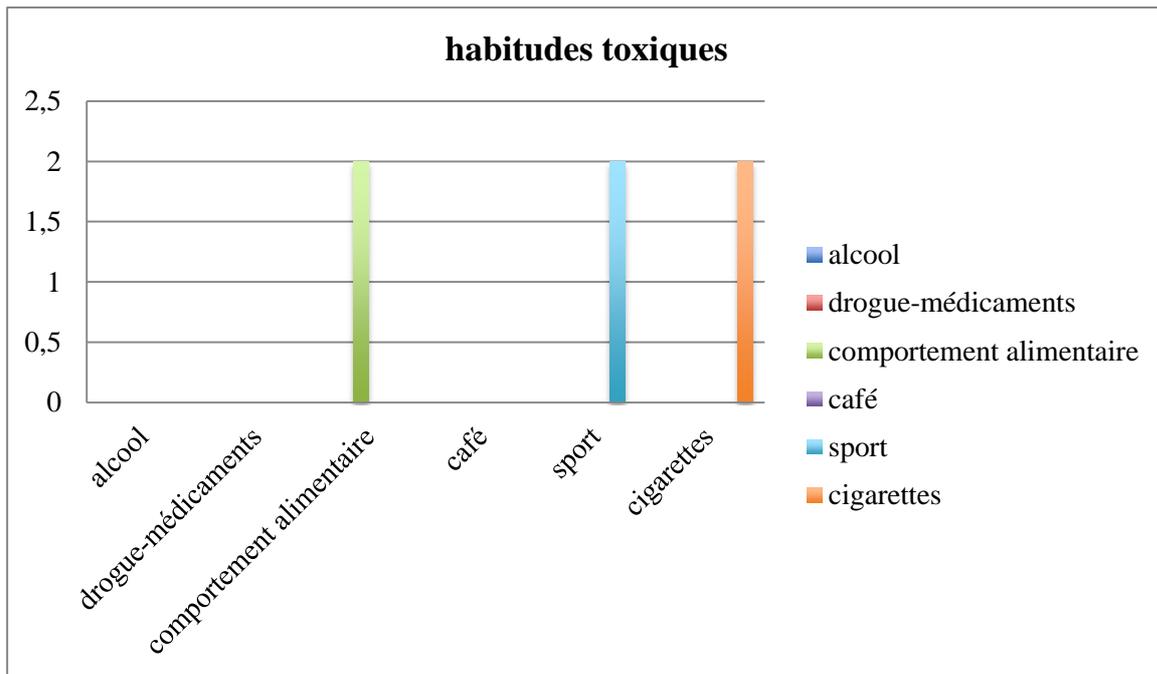
#### 3.1 *Tableau synthétique des événements de vie et des troubles somatiques*

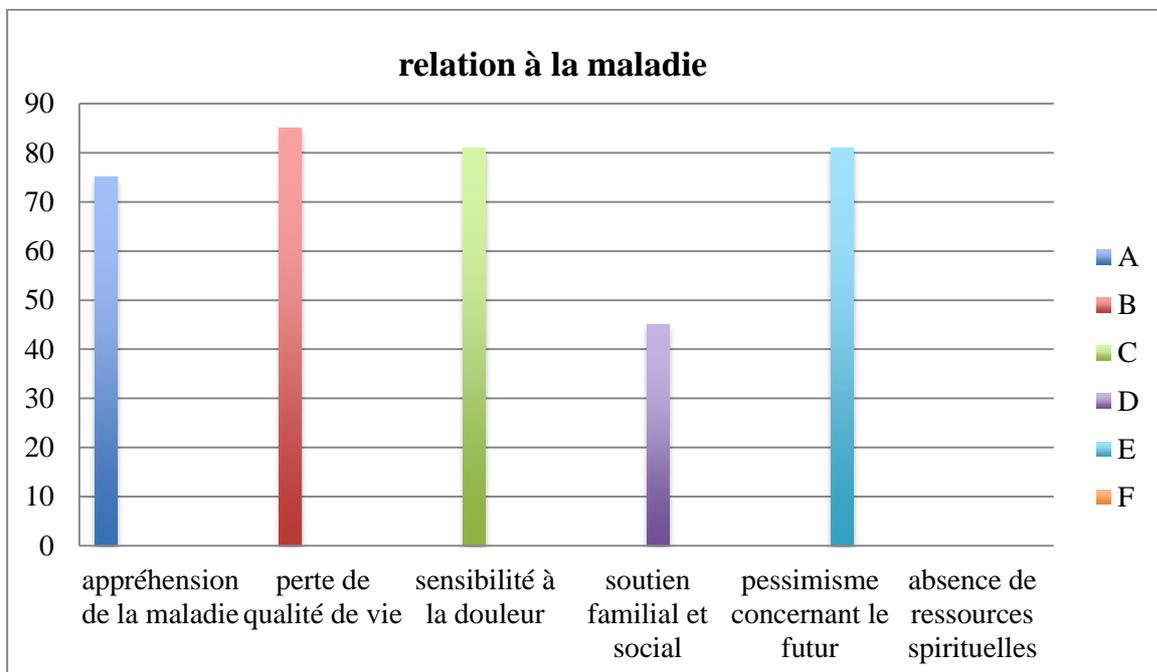
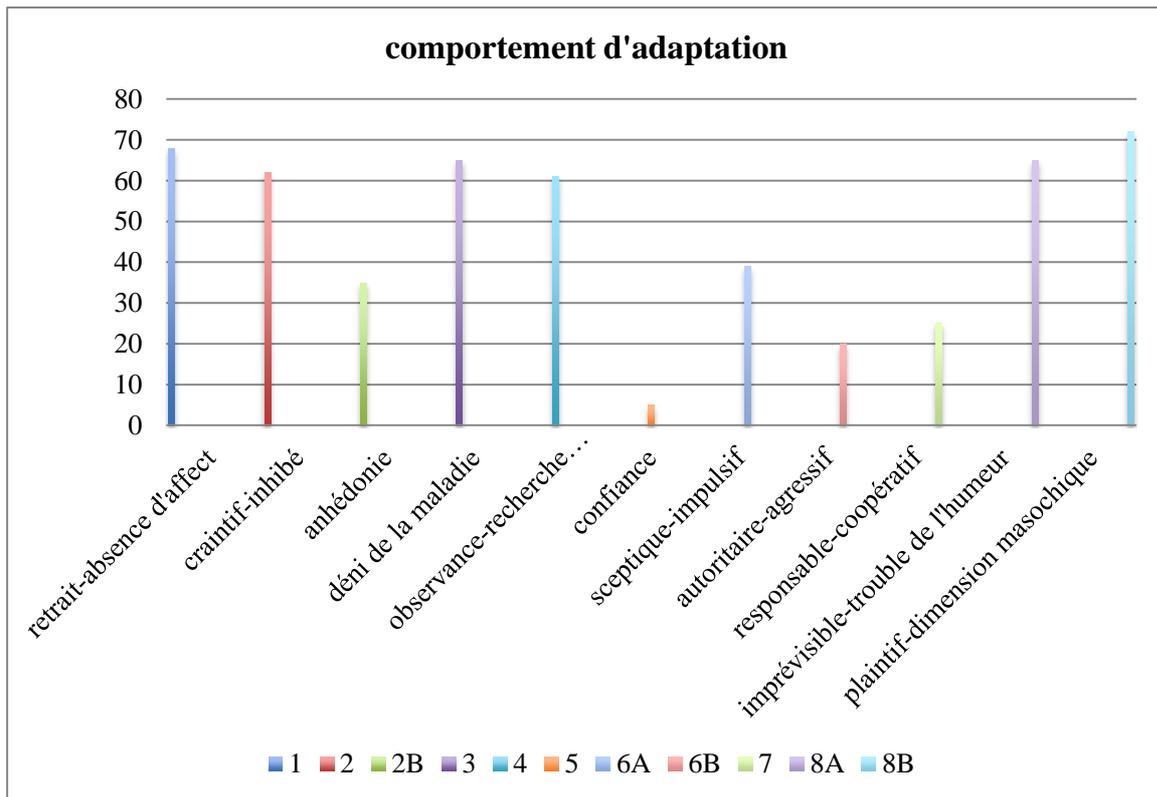
DATES	EVENEMENTS DE VIE	TROUBLES SOMATIQUES
8/11/1980	Naissance	
Env. 1983-1984	Semaine en centre de rééducation durant 7ans. Rentre au foyer familial tous les 15 jours le WE	Polyarthrite rhumatoïde chronique : ne marche plus. Recouvre la marche quelques mois après l'entrée au centre.
1990	Divorce des parents (2 <sup>e</sup> mariage de la mère)	
		Mononucléose infectieuse Pleurésie Hépatite médicamenteuse
	Remariage du père	
Env. 1998	Echoue au B.E.P comptabilité : vécu comme une injustice	
	Voyage en Algérie à la recherche de ses origines : mariage avec son cousin	
2007	infécondité	Traitement par IIU
Février 2007	grossesse	106 kg
Avril 2007		Ne respecte pas la posologie du méthotrexate (1cp au lieu de 5 par semaine)
16/11 /2007	Naissance de son 1 <sup>er</sup> fils	Césarienne à cause de ses hanches fragiles
	Violence verbale et physique de la part du mari	
Janvier 2010		Traitement pour infertilité
2011	Naissance de son 2 <sup>e</sup> fils	Césarienne
2014	3 <sup>e</sup> grossesse rdv pour IVG puis renonce à la décision d'avorter	
31 /10 /2014	1 <sup>er</sup> entretien	

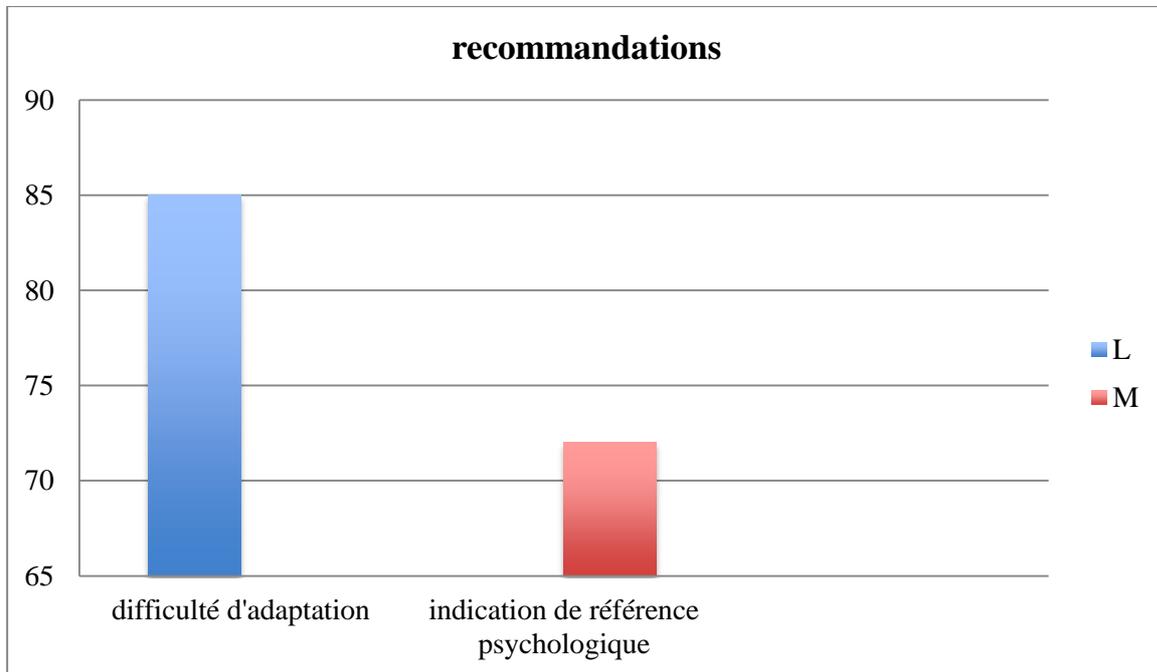
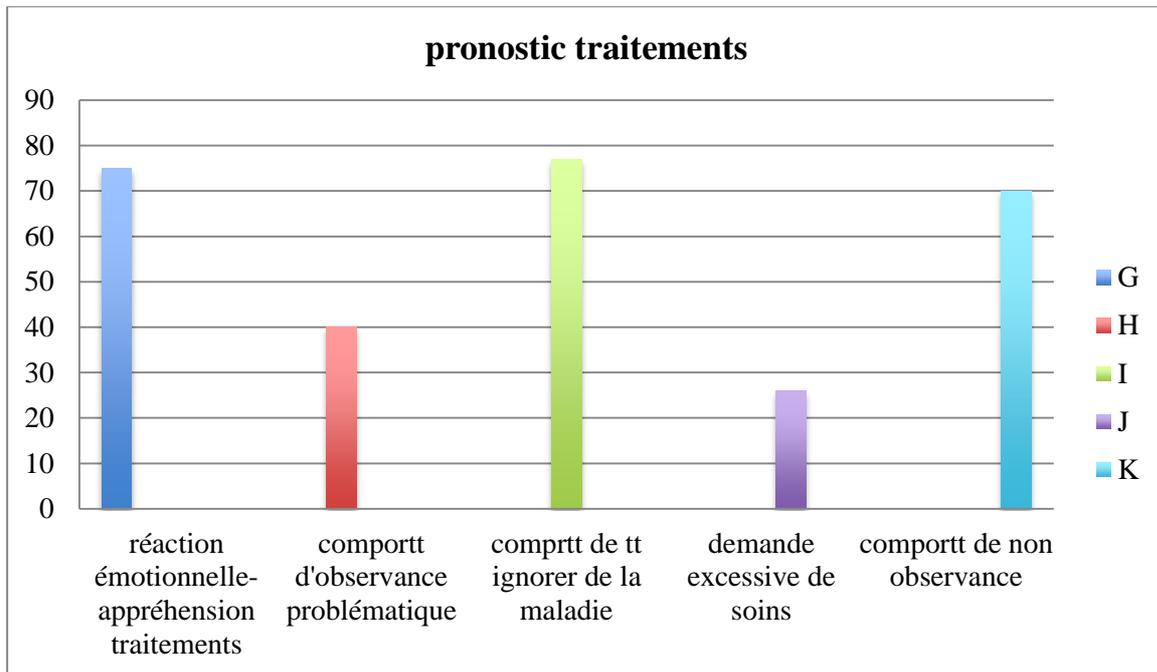
6/11/2014	2° entretien	
11/11/ 2014	Violente altercation avec son mari qui la met dehors avec les enfants Va habiter chez sa mère	
20/11/2014	3° entretien	Hématome sur le visage
février 2015	A emménagé dans un nouvel appartement avec ses enfants. Son mari est parti en Algérie pour un décès	
13/2/2015	Naissance de sa fille	césarienne
14/2/2015	4° entretien	

### 3.2 Synthèse du questionnaire de santé somatique proposé à la patiente









### 3.3 Analyse des données

Afin d'effectuer une évaluation globale du risque psychosomatique de Basma, nous allons nous pencher sur les quatre dimensions du fonctionnement psychique à savoir :

- Les processus et mécanismes psychiques, les points de fixations, les manifestations caractérielles et les activités sublimatoires
- La prévalence des comportements
- La capacité d'expression des affects
- Le risque lié à l'environnement

#### Axe 1 A : relation d'objet

Chez Basma, l'objet semble avoir été introjecté. Elle se situe au stade objectal (152) de type pré-génital et de nature sadique anale. Le clivage « bon et mauvais objet » mis en lumière par M. Klein et illustré par la position schizo-paranoïde puis par la position dépressive paraît convenir à cette patiente semblant fixer son regard sur le bon objet et ayant repoussé à l'extérieur le mauvais. Sa mère, objet libidinal, est toujours mentionnée comme un objet d'amour qui devient « un modèle auquel le sujet cherche à se conformer »<sup>14</sup> ; l'imgo a été internalisé sous forme idéale. C'est l'Idéal du Moi qui est alors toujours aux commandes et qui « va servir au Moi de référence pour apprécier ses réalisations »<sup>15</sup>. Ainsi, elle ira jusqu'à la compulsion de répétition dans le choix du mari qu'elle fera, semblable à ceux de sa mère « ses maris sont pareils que le mien » dira-t-elle. Elle a vécu auprès d'une mère phallique, elle-même descendante d'une mère phallique, et n'a donc pas pu accéder au stade génital. Son Moi est faible et carencé car, très tôt déjà, son intégrité narcissique a été atteinte. Lorsque Basma utilise le mot « herpès » pour évoquer le plus précisément possible l'état émotionnel dans lequel elle se sentait toute petite déjà, le lexique n'est pas utilisé au hasard. Il s'agit pour elle d'exprimer toute la symbolique de son être à ce moment-là de son existence. En effet, cette maladie virale, qui ne guérit jamais totalement, est visible et plus ou moins douloureuse (brûlures, démangeaisons) ; elle atteint son intégrité physique et est contagieuse. Tout le monde sait qu'il faut éviter d'avoir des contacts directs avec quelqu'un qui souffre d'herpès.

---

<sup>14</sup> J. LAPLANCHE et J.B. PONTALIS, *Vocabulaire de la psychanalyse*

<sup>15</sup> J.B. STORA, note sur le narcissisme, p.198

De fait, Basma évoque par cette image son exclusion sociale et la souffrance psychique qu'elle a engendrée. Le noyau masochique érogène va servir alors de rempart pour protéger le noyau narcissique, du moins ce qu'il en reste. Il s'agit alors d'un masochisme secondaire puisque la patiente entretient une relation masochique avec un agresseur interne : la maladie. Le score de prévalence de la rubrique *plaintif, dimension masochique* dans les comportements d'adaptation s'élève à 72, c'est donc un score à retenir.

L'épaisseur du préconscient de Basma est assez bon ; en effet, elle n'a aucune difficulté à faire référence au passé puis à revenir au présent. Elle est également capable de relater ses rêves. Ainsi, deux nuits avant notre deuxième entretien, elle a rêvé qu'elle s'était coupé les cheveux (un carré plongeant). Elle ne comprendra pas très bien son rêve mais finira par dire qu'en réalité elle aimerait bien se faire faire cette coupe. On peut y pressentir ici son désir de changement de vie dans sa réalité quotidienne. Ce « carré plongeant » révèle à la fois la netteté de son désir et la peur de l'inconnu.

### Axe 1 B : états psychiques et événements de vie personnels

Basma semble souffrir d'un trauma permanent (209). Toute petite déjà, son corps s'est exprimé de façon manifeste et radicale : elle ne marchait plus et a dû entrer en centre de rééducation pour se rétablir. Sa polyarthrite rhumatoïde, qui ne la quitte plus, est devenue son amie : « c'est ma copine maintenant, on vit ensemble » a-t-elle dit ; elle est en permanence avec elle.

D'autre part, elle a parfois recours à une vie opératoire (218) mais ce n'est pas systématique. Cela lui sert simplement de protection occasionnelle car elle n'a jamais vraiment été autorisée à accéder au ressenti. Très tôt, lorsqu'elle a tenté d'exprimer sa tristesse ou sa colère, on n'a pas hésité à lui faire croire qu'elle était « capricieuse ». Basma a été brimée dans ses émotions vraies, et par la même occasion la culpabilité a alors trouvé une brèche où s'engouffrer. En niant ses émotions « ce sont de petites choses », elle a été finalement amenée, au fond malgré elle, à faire des choix impulsifs et radicaux : son mariage précipité et son pseudo racisme.

### Axe 1 C : points de fixations-régression

C'est plutôt dans des fixations premières (301) et dans des fixations motrices (305) que se situe la patiente. En effet, elle souffre d'une maladie auto-immune se manifestant principalement par des troubles au niveau des articulations (genoux, hanche...). Ses capacités

fonctionnelles sont limitées parfois, à tel point qu'elle a le statut d' « adulte handicapé » (cf score élevé de la mention perte de qualité de vie). C'est son squelette qui est touché, c'est-à-dire sa structure. Ainsi, on comprend bien son besoin d'objet externe quand à la fois sa structure physique et sa structure psychique sont défailantes ou si peu structurées.

On parlera également de fixation sadique orale (357) puisqu'elle s'est maintenue dans une position schizo-paranoïde (354).

### Axe 1 D : mécanismes de défense

Le retournement sur soi (389) semble opérer chez Basma. Les scores à retenir dans les rubriques *absence d'affect* et *dimension masochique* signalent combien chez la patiente le quantum d'excitations qui n'a pas trouvé de voie dans l'élaboration est revenu vers elle comme un boomerang par la « voie des somatisations »<sup>16</sup>. Si l'on reprend ce que dit J.B. STORA<sup>17</sup>, le stress active l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, produit des corticostéroïdes qui court-circuitent le système immunitaire. Quand l'appareil psychique est débordé, c'est le système neuro-central qui prend la relève et il y a une décharge au niveau organique selon les points de vulnérabilité.

D'un autre côté, de la même façon qu'elle pratique un clivage de l'objet (382), Basma est quelquefois capable de nier en partie sa maladie (380) ; son score dans *les pronostics de traitements* est élevé : 77. C'est pourquoi, il lui arrive alors de ne pas respecter les prescriptions médicales : elle permute la posologie (du soir au matin) ou la réduit considérablement.

### Axe 1 E : traits de caractère

Basma se situe en partie au stade oral (405). La cigarette et l'alimentation sont consommées sans retenue particulière. Même pendant ses grossesses la patiente a fumé, et si elle a fait quelques efforts pour la première grossesse, les deux autres n'ont pas été épargnées. Elle a toujours été en surpoids (106 kg en février 2007) et bien que nous sachions qu'elle prenne de la cortisone, il ne faut pas négliger l'aspect « carapace protectrice » de l'environnement extérieur agressif et hostile. M. KLEIN parle de stade sadique oral. Dans cette phase paranoïde, Basma a toujours vécu l'extérieur d'une certaine manière comme persécutoire : les

---

<sup>16</sup> J.B. STORA, *La Nouvelle approche psychosomatique : 9 cas cliniques*, p.27

<sup>17</sup> J.B. STORA, note sur le modèle de la « double commande » p.32 sqq

enfants à l'école qui la rejettent, les étudiants qui lui volent ses travaux, les professeurs injustes, les « dames méchantes » du centre de rééducation. Son mari condense, quant à lui, la société hostile et le père « fautif ». Malgré cela, Basma s'accroche à cet objet externe de peur de le perdre. Sa relation avec son mari se fait alors sur un mode sado-masochique (409), et nous comprenons pourquoi elle s'est séparée deux fois et est revenue, pourquoi elle est capable de penser et de dire que « certaines femmes ont pire qu'elle » puisqu'elles sont battues tous les jours. On peut alors situer Basma au stade sadique anal (406).

Ses scores d'*anxiété-tension* 77 et de *dépression* 87 sont significatifs. Ils témoignent de la fragilité de la patiente, séparée dans sa petite enfance de son milieu familial. Elle a donc vécu l'anxiété de séparation liée aux figures parentales et s'est donc sentie très tôt vulnérable. Aujourd'hui encore, elle vit cet isolement « dans ses murs ». Elle n'a plus d'amis et même les voisins évitent de voir ce qui se passe au sein de sa petite famille. Même les services sociaux chargés de lui proposer un appartement lui renvoient qu'« elle n'est pas prioritaire ».

### Axe 1 F : activités sublimatoires

Basma est croyante et apprend à pratiquer les rites relatifs à sa religion. Elle dit d'ailleurs pratiquer de plus en plus. Ses ressources spirituelles (492) semblent prendre une place de plus en plus importante pour elle. C'est là que seule, elle puise l'énergie qui lui fait défaut pour avancer et affronter le monde extérieur. « La dimension spirituelle est fondamentale pour l'équilibre d'un être humain ; sa croyance renforce ses capacités de résistance à l'adversité »<sup>18</sup>.

Le chant, d'autre part, paraît l'avoir toujours accompagnée. C'est ce monde artistique (490) qu'elle aimerait tant faire découvrir à ses enfants pour qu'ils puissent « connaître ce bonheur ». Le chant a le pouvoir de la transporter, de la transformer. Elle y a recours très souvent « je chante tout le temps, dans ma voiture, dans ma salle de bain ». Lorsqu'elle évoque son passé et son groupe, l'émotion la submerge, la nostalgie prend le dessus. En effet, cela la renvoie en réalité à son isolement actuel. Cette activité sublimatoire lui avait permis de tisser des liens forts avec les filles de son groupe. Sa « cam » c'était à la fois cette belle énergie qui circulait à l'intérieur d'elle et qui était procurée par le chant lui-même, et ce lien social (puisqu'elle faisait des concerts) et quasi fraternel entre les membres du groupe.

Ces activités sublimatoires sont pour elle du liant avec l'Autre.

---

<sup>18</sup> J.B. STORA, *La nouvelle approche psychosomatique*, p.167

## Axe 2 : comportements et manifestations corporelles dans la relation

La patiente souffrant d'une maladie chronique (polyarthrite rhumatoïde juvénile) et d'autres troubles somatiques (infécondité, kyste, vésicule...) présente les « maladies » comme des répétitions somatiques (470). On assiste à une rafale de maladies qu'elle nomme « de petites choses ».

Cependant, sa caractéristique principale serait celle liée à l'identité (467). Il s'agit ici du Soi identitaire ou Soi autobiographique dont parle DAMASIO.<sup>19</sup> J.B. STORA écrit : « je considère que ce niveau est le premier noyau constitutif de l'identité neurophysiologique et psychique des êtres humains (...) l'élément premier de l'organisation psychosomatique individuelle »<sup>20</sup>. Le Soi constituant le premier noyau du Moi, nous comprenons combien un Soi défaillant aboutira à un Moi carencé. Depuis très longtemps, Basma vit son identité culturelle comme un problème à tel point qu'elle exprime avec ferveur : « j'ai ma religion mais pas d'origines ». Cette phrase troublante, elle ne cessera de l'exprimer à nouveau et de multiples façons. « On devrait laisser aux gens le choix de leurs origines » témoigne de sa difficulté à accepter ses origines mais aussi son sentiment d'emprisonnement et d'impuissance devant les faits. Ceci va donc la pousser à agir de manière radicale, à afficher en le criant « je suis Française » et à déchirer son passeport algérien. Pourtant, elle semble prise entre le marteau et l'enclume malgré elle. C'est elle qui va se marier en Algérie avec son cousin, contre l'avis de tous. C'est elle qui donne des prénoms arabes à ses enfants même si elle insiste en disant que ce sont des prénoms « musulmans, pas arabes, pas algériens ». Elle lutte pour et contre l'appartenance à son clan comme une adolescente révoltée. Elle lutte contre ce père, à qui elle dit ne pas en vouloir, et avec lequel sa problématique oedipienne n'est pas résolue. C'est « je t'aime, moi non plus » qui anime Basma et la pousse parfois à exprimer sa douleur profonde et ancienne en proférant des phrases comme « je suis haineuse par rapport à tout ce que représente l'Algérie et les hommes ». Du côté transgénérationnel, l'histoire de la Guerre d'Algérie et l'histoire de la lignée des femmes paraît avoir marqué la patiente. Elle voue une admiration sans bornes à sa grand-mère torturée et respectée, à sa mère son « modèle ». C'est ce qui semble la porter.

---

<sup>19</sup> A. DAMASIO, *Le sentiment même de soi*, 2002

<sup>20</sup> J.B. STORA, note sur le soi identitaire p.188

### Axe 3 : expression des affects

Au cours des entretiens, Basma a plusieurs fois exprimé ses émotions (500) de diverses façons : pleurs, rires, tristesse. Leur manifestation était spontanée et authentique.

La douleur (512) occupe tout de même une place de choix dans le quotidien de la patiente qui souffre au niveau de ses articulations. De plus, les coups dus à la violence conjugale amplifient les douleurs physiques (sa hanche).

Cependant, c'est dans la relation avec son mari qu'elle va vivre en quelque sorte la position dépressive énoncée par M. KLEIN. Quand elle réduit ce dernier à une maladie « un sida pour moi », là encore contagieuse (herpès, sida), elle exprime toute sa douleur physique et psychique. Elle y voit ici le « mauvais objet ». Mais lorsqu'elle se rend compte qu'il aura peut-être une vie tranquille sans elle, loin d'elle, elle verse des larmes et dit « c'est avec moi qu'il devrait avoir ça » comme le nourrisson qui a compris qu'il n'était pas l'objet d'amour exclusif de sa mère. Ici, une nouvelle fois, c'est le système de séparation-détresse qui est activé. J.PANKSEPP le définit comme l'un des quatre sous-systèmes fondamentaux de commande neuronale des émotions. Angoisse, tristesse, perte, affects dépressifs sont à l'œuvre.

### Axe 4 : environnement personnel, familial et socio professionnel

Basma a vécu et vit dans un environnement familial perturbé (601) : enfance en centre loin de sa famille, femme battue. Elle a donc connu des ruptures dans sa famille comme le divorce de ses parents (604). Son environnement socio-professionnel est instable (603) : elle ne travaille pas et est donc également en rupture avec le travail (605). Son environnement est en somme marqué par les ruptures de toutes sortes. Elle est par ailleurs limitée dans ses activités depuis toujours (616) puisque pendant sa scolarité elle a été dispensée de sport. Aujourd'hui, elle est considérée comme un adulte handicapé : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant »<sup>21</sup>.

---

<sup>21</sup> La loi sur le handicap, Ministère de la Santé et des Solidarités, 11/04/2006

La patiente a droit alors à une compensation, bénéfice secondaire (621), une allocation AAH (allocation pour adulte handicapé).

Il ne faut pas perdre de vue le rôle joué par la maladie dans l'équilibre psychosomatique de Basma. En effet, la compensation financière lui permet de maîtriser le budget familial, d'être celle qui va pouvoir répondre aux desiderata de son mari et par là jouer le rôle qui lui incombe dans cercle conjugal du sadomasochisme. Au sein de sa famille, la maladie lui attribuera le statut de « petite protégée », de « préférée ».

### **Diagnostic selon la nosographie psychosomatique**

Basma semble relever d'une névrose traumatique (146) sur laquelle se greffe un trouble lié à son identité familiale et culturelle (173).

### **Evaluation du risque psychique**

- 1) Processus et mécanismes psychiques : 2
- 2) Prévalence des comportements : 3
- 3) Capacité d'expression des affects : 4
- 4) Risque lié à l'environnement : 5

Total : 14

Risque intermédiaire, proche néanmoins du risque élevé estimé à 15.

### **Axe 5 : évaluation de l'état somatique**

Risque somatique : 3 (risque élevé)

Selon CIM 9 : maladies du système ostéo-articulaire des muscles et du tissu conjonctif (713)

## Evaluation globale du risque psychosomatique

14+3 : 17

Le risque psychosomatique est élevé. Basma a un score de prévalence significatif concernant ses difficultés d'adaptation: 85. Avec cette échelle synthétisant les indicateurs de santé mentale, les comportements d'adaptation et la relation de la patiente à la maladie, nous mesurons l'importance des conséquences du fonctionnement psychique de la patiente dans sa vie quotidienne et combien Basma risque de s'engager dans des comportements nuisibles à sa santé. De plus, la résistance dans l'observance des prescriptions médicales est à retenir également : 70. Basma possédant un Moi fragile car incomplètement constitué, n'a pas les capacités de défense mentale suffisantes qui lui permettent de faire face et de trouver des ressources de soutien. Une psychothérapie psychosomatique pour renforcer le Soi lui serait probablement bénéfique.

## CONCLUSION

Il y aurait certainement encore beaucoup à dire et avec un autre point de vue sur le cas de ces patientes que j'ai présentées dans ce mémoire. Le but n'était pas d'être exhaustive et je crois qu'au fond ce n'est ni possible ni intéressant. Simplement et avec humilité, j'ai tenté d'exposer ce qui s'est déroulé tout au long de ce stage dans l'intimité de cette relation thérapeutique avec chacune des ces femmes.

Si la psychosomatique intégrative n'a pas pour ambition de « guérir » le malade, elle a le mérite de considérer le patient dans sa globalité et donc de permettre à ce dernier de faire des liens avec son histoire personnelle. L'influence des états émotionnels et mentaux sur les fonctionnements somatiques est une conviction aussi ancienne que la médecine elle-même. Par l'approche de la psychosomatique intégrative nous pouvons évaluer l'économie psychique du patient et ses processus de somatisation. Le questionnaire de santé psychosomatique délivré au patient est un éclairage supplémentaire pour le thérapeute qui est amené par la suite à tenter de faire une évaluation globale du risque psychosomatique.

Si Gaia, trop affectée dans son intégrité physique et psychique, n'a pas survécu, elle a pu néanmoins avec son cancer cheminer vers elle durant les derniers mois de sa vie. La richesse et la profondeur de nos entretiens lui ont permis, j'ose le penser, d'aller à l'essentiel pour elle. La réactivation de l'état de l'infans contenu et porté psychiquement par le thérapeute bienveillant, investi à ce moment-là comme mère, va permettre au patient d'intérioriser l'imgo maternel restructurant. C'est avec le changement comportemental de son mari, l'existence joyeuse de sa petite fille et la présence de sa mère que Gaia a pu franchir le cap de la mort.

Quant à Basma, rencontrée démoralisée, parfois abattue et marquée dans sa chair, les quelques entretiens lui ont peut-être donné le courage d'avancer et d'envisager l'avenir dans le changement. Bien qu'elle vivra toujours avec sa maladie, la naissance de son troisième enfant laisse présager un futur sous de meilleurs auspices, une « lumière » nouvelle.

Deux femmes ont fait l'objet de ce travail et ces deux mêmes femmes ont engendré deux autres femmes en devenir. Toute la question de la transmission somatique et psychique se pose alors dans une dimension transgénérationnelle pour ces « destins de femmes ». Le travail en psychosomatique intégrative autoriserait d'envisager d'éviter une « névrose de destinée ».

J'aimerais finir avec cette phrase du Dr. SERVAN-SCHREIBER atteint d'un cancer :  
« Qu'est d'autre la santé, en effet, que la résultante d'un fonctionnement harmonieux et équilibré de tous les systèmes de l'organisme ? Quand ce fonctionnement se détraque (...) il faut chercher à restaurer l'équilibre de l'ensemble (...) tant il est vrai que tout est interconnecté ».<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> D. SERVAN-SCHREIBER, *On peut se dire au revoir plusieurs fois*, 2011, p. 140-141

## **BIBLIOGRAPHIE**

### *Publication imprimée :*

LE COQ-HERON n°180, 2005, BESSIS, Françoise « Rencontre avec le cancer, rencontre avec le psychanalyste »

### *Ouvrages :*

- ABRAHAM Nicolas et TOROK Maria, *L'écorce et le noyau*, Flammarion, 1999
- ANCELIN SCHÜTZENBERGER Anne, *Aïe mes aïeux!*, Paris, Desclée de Brouwer, 1988
- ANCELIN SCHÜTZENBERGER Anne, *Psychogénéalogie*, Paris, Payot, 2007
- ANCELIN SCHÜTZENBERGER Anne et BISSONE JEUFROY Evelyne, *Sortir du deuil*, Paris, Payot, 2008
- ANZIEU Didier, *Le Moi-peau*, Paris, Dunod, 1995
- BALINT Michael, *Amour primaire et technique psychanalytique*, Paris, Payot, 2001
- DAMASIO Antonio, *Le sentiment même de soi*, O. Jacob, 2002
- DOLTO Françoise, *Psychanalyse et pédiatrie*, Paris, Seuil, 1971
- DOLTO Françoise, *L'image inconsciente du corps*, Paris, Seuil, 1984
- DOLTO Françoise, *Parler de la mort aux enfants*, Paris, Gallimard, 1998
- FERENCZI Sandor, *Confusion de langues entre les adultes et l'enfant*, Paris, Payot, 2004
- FERENCZI Sandor, *Le traumatisme*, Paris, Payot, 2006
- FREUD Sigmund, *L'interprétation des rêves*, Paris, PUF, 1967
- FREUD Sigmund, *Cinq psychanalyses*, Paris, PUF, 1973
- FREUD Sigmund, *Psychopathologie de la vie quotidienne*, Paris, Payot, 2001
- GREEN André, *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, Paris, Editions de Minuit, 2007
- GRODDECK Georg, *Le livre du ça*, Paris, Gallimard, 1973
- GUASCH Gérard, *Quand le corps parle*, Paris, Sully, 2007
- JALENQUES Etienne, *La thérapie du bonheur*, Paris, Marabout, 2002
- KAPSAMBELIS Vassilis, *Manuel de psychiatrie clinique et de psychopathologie de l'adulte*, PUF, 2012
- KLEIN Mélanie, *Envie et gratitude*, Paris, Gallimard, 1968

- KLEIN Mélanie, *Deuil et dépression*, Paris, Payot, 2004
- KLEIN Mélanie, *Psychanalyse d'enfants*, Paris, Payot, 2005
- KÜBLER ROSS Elisabeth et KESSLER David, *Sur le chagrin et sur le deuil*, Paris, JC Lattès, 2009
- LAPLANCHE Jean et PONTALIS Jean-Bertrand, *Vocabulaire de la psychanalyse*, PUF, 1967
- MAC DOUGALL Joyce, *Théâtre du Je*, Paris, Gallimard, 1982
- MARTY Pierre, *La psychosomatique de l'adulte*, « Que sais-je ? » Paris, PUF, 1990
- MARTY Pierre, *Mentalisation et psychosomatique*, Paris, Laboratoires Delagrangé, 1991
- MEYER Richard, *Freud encorps*, éd. Somatothérapies, 1995
- MEYER Richard, *Le Manifeste de la psychothérapie intégrative*, Dangles éditions, 2010
- MEYER Richard, *Stress, angoisse et pulsion de mort*, Dangles éditions, 2011
- MEYER Richard, *Nouvelles pathologies psy*, Dangles éditions, 2012
- MEYER Richard, *La pleine présence*, Trédaniel, 2013
- MILLER Alice, *Notre corps ne ment jamais*, Paris, Flammarion, 2005
- MILLER Alice, *Le drame de l'enfant doué*, Paris, PUF, 2013
- PERRON Roger, *Une psychanalyse, pourquoi ?*, Paris, Dunod, 2013
- REICH Wilhem, *La fonction de l'orgasme*, l'Arche, 1970
- ROUSTAND François, *Il suffit d'un geste*, O. Jacob, 2004
- SCHÜTZENBERGER Anne et DEVROEDE Ghislain, *Les enfants malades de leurs parents*, Paris, Payot, 2005
- SERVAN-SCHREIBER David, *On peut se dire au revoir plusieurs fois*, Paris, Robert Laffont, 2011
- SMADJA Claude, *Les Modèles psychanalytiques de la psychosomatique*, Paris, P.U.F, 2008
- STORA Jean Benjamin, *Quand le corps prend la relève, stress, traumatismes et maladies somatiques*, Paris, O. Jacob, 2011
- STORA Jean Benjamin, *La nouvelle approche psychosomatique : 9 cas cliniques*, MJW Fédition, Paris, 2013
- TISSERON Serge, HACHET Pascal, RAND Nicolas, NACHIN Claude, TOROK Maria, ROUCHY Jean-Claude, *Le psychisme à l'épreuve des générations*, Paris, Dunod, 1995

- VASSE Denis, *L'ombilic et la voix*, Paris, Seuil, 1974
- WINNICOTT Donald, *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, Paris, Gallimard, 2000
- WINNICOTT Donald, *La mère suffisamment bonne*, Paris, Payot, 2006
- YALOM Irvin, *Thérapie existentielle*, Galaade éditions, 2008

*Reuves :*

- *Santé mentale*, n° 17 « Psychisme et cancer », avril 1997. Revue mensuelle.
- *Santé mentale*, n°100 « Proximité et distance dans les soins », septembre 2005.
- *Santé mentale*, n°124 « Ecouter... », janvier 2008.
- *Santé mentale*, n°129 « Approche de la relaxation », juin 2008.
- *Santé mentale*, n°135 « La fonction contenante », février 2009.
- *Santé mentale*, n°146 « L'approche transgénérationnelle », mars 2010.
- *Santé mentale*, n°158 « L'empathie dans les soins », mai 2011.

## ANNEXE 1

# METHODE D'ÉVALUATION ET DE DIAGNOSTIC DE LA SANTÉ PSYCHOSOMATIQUE

Evaluation globale du risque psychosomatique

JBS-PSYSOMA- version 22. Mai 2011

THE PSYCHOSOMATIC GRID

Elaborée par J.B. STORA de 1993 à 2011<sup>23</sup>

\*\*\*\*\*

### FICHE PATIENT

Nom : Prénom :

Date naissance :

Date début traitement : examen clinique du :

Date fin traitement :

**Histoire de la maladie** : informations recueillies dans le dossier médical, cf. Axe 5 de la grille.

Prière d'utiliser la classification internationale des maladies.

**Histoire du patient** : grille à remplir après investigation. Axes 1, 2, 3 et 4.

**Evaluation globale du fonctionnement psychosomatique** : avec détermination du profil de risque. à ne remplir qu'après avoir établi l'histoire du patient, son fonctionnement psychique et ses troubles somatiques.

**Le tableau synthétique se trouve en fin de grille et doit être rempli après avoir complété les rubriques.**

**Cette grille est à remplir au début, en cours et en fin de traitement :**

Diagnostic, pronostic, stratégie thérapeutique.

---

<sup>23</sup> Une première classification a été élaborée par Pierre Marty (1987) ; ma méthode, qui n'est pas une classification, prend en considération les premiers travaux de Pierre Marty profondément modifiés par l'approche de la Psychosomatique Intégrative. J'ai repris les concepts de la psychanalyse développés par Sigmund Freud et, après lui, depuis sa mort jusqu'à nos jours auxquels j'ai ajouté toutes mes recherches sur le stress professionnel et les troubles somatiques induits.

**Un glossaire des concepts figure en fin de document (cf. la méthode figurant dans le document complet)**

Tableau synthétique des évènements de vie et des troubles somatiques avec commentaires. Vos commentaires doivent vous aider à établir progressivement les caractéristiques du fonctionnement psychique (comportements, émotions pensées – représentations mentales-) en les remplaçant dans l'environnement familial et professionnel du patient en vue d'établir un premier diagnostic. Après avoir suivi le patient pendant six mois vous pouvez revoir le diagnostic initial et envisager la stratégie thérapeutique.

---

Commentaires	Evènements de vie	Dates ou âges	Troubles somatiques	

## Evaluation globale du risque psychosomatique

Vous devez comparer le risque psychique (tableau ci-dessous à remplir) et le risque somatique ci-après communiqué par les médecins pour parvenir à l'évaluation du risque psychosomatique global. Evaluer convergence et divergence des deux risques qui sont en interrelation dynamique entre eux selon la théorie des systèmes que je développe.

<p style="text-align: center;"><b>LES 4 DIMENSIONS DU FONCTIONNEMENT PSYCHIQUE</b></p> <p style="color: red;">les chiffres en face de chaque rubrique de la méthode sont utilisés pour les études épidémiologiques au cas où vous entreprendriez une telle recherche sur un échantillon de patients.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. LES PROCESSUS ET MECANISMES PSYCHIQUES, LES POINTS DE FIXATIONS, LES MANIFESTATIONS CARACTERIELLES ET LES ACTIVITES SUBLIMATOIRES</li> <li>2. LA PREVALENCE DES COMPORTEMENTS</li> <li>3. LA CAPACITE D'EXPRESSION DES AFFECTS (<b>RUBRIQUES MODIFIEES</b>)</li> <li>4. RISQUE LIE A L'ENVIRONNEMENT</li> </ol>	
<p><b>1. LES PROCESSUS ET MECANISMES PSYCHIQUES,</b></p> <p><u>En fonction de vos observations, vous devez arriver à évaluer les processus psychiques du patient ou de la patiente, et noter soit 1, 2,3 ou 4 en vous référant aux 4 propositions ci-dessous :</u></p> <p style="color: red;"><b>1.Fonctionnement psychique équilibré: Capacité de remémoration du passé, Capacité d'aller-retour présent –passé, Capacité d'élaboration;</b></p> <p style="color: red;"><b>2. Fonctionnement psychique momentanément altéré: Irrégularités du fonctionnement mental – débordements momentanés des possibilités d'élaboration mentale par excès d'excitations ou répression des représentations</b></p> <p style="color: red;"><b>3. Fonctionnement psychique profondément altéré: vie et pensée opératoire</b></p> <p style="color: red;"><b>4. Fonctionnement psychique gravement altéré: Désorganisations progressive -dépression essentielle</b></p>	<p><b>NOTE</b></p> <p>.....</p>

		<b>NOTE</b>
<b>2. PREVALENCE DES COMPORTEMENTS</b>	A établir à partir des résultats d'observation de l'axe 2C : <b>1. comportement contrôlé et intégré. 2. Faible. 3. Moyenne. 4. Forte.</b>	.....
		<b>NOTE</b>
<b>3. CAPACITE D'EXPRESSION DES AFFECTS</b>  Cf. explications dans le glossaire	A établir à partir des résultats d'observation de l'axe 3. <b>1. Large gamme d'expression des affects</b> <b>2. Répression des affects (trois destins possibles)</b> <b>3. Prédominance des affects dans la relation intersubjective ou Affects de vitalité: réactivation en miroir de relation intersubjective thérapeute-patient. Le patient réagit en miroir aux manifestations affectives du thérapeute.</b> <b>4. Affects traumatiques et somatisations</b> <b>5. Alexithymie.</b>	.....
		<b>NOTE</b>
<b>4. RISQUE LIE A L'ENVIRONNEMENT :</b> Nature de l'environnement <b>Environnement familial et environnement professionnel.</b> A partir de cette notation apprécier les capacités d'adaptation mises en œuvre et/ou les nuisances possibles à la santé psychosomatique (traumatismes).	A partir des résultats d'observation de l'axe 4. Evaluer les <b>réactions psychosomatiques</b> à partir des informations anamnestiques concernant l'histoire familiale passée et actuelle, de même pour l'environnement professionnel. <b>Plusieurs notations possibles : 1. Niveau très satisfaisant, 2. Satisfaisant, 3. Légère altération temporaire, 4. Difficultés d'intensité moyenne, 5. Altération importante, 6. Altération majeure conduisant à une incapacité de fonctionnement temporaire, 7. incapacité durable de fonctionnement autonome.</b>	.....

EVALUATION DU RISQUE PSYCHIQUE								
Processus Psychiques	1	2	3	4				
Comportement	1	2	3	4				
Affect	1	2	3	3	3	3	3	
Environnement	1	2	3	4	5	6	7	
Total	4	8	12	15	16	17	18	

<b>Evaluation du Risque Psychique</b>
<b>Absence de risque stable, débordement passager: 5</b>
<b>Risque faible à modéré: 5 à 10</b>
<b>Risque intermédiaire : 10 à 15 - possibilité de réversibilité, réorganisation à partir des points de fixations-régression, surveillance, instabilité.</b>
<b>Risque élevé à très élevé: 15 ou plus risque élevé à très élevé (instabilité globale de l'unité psychosomatique à risque de désorganisation)</b>

**Rappel: Vous devez comparer le risque psychique et le risque somatique ci-dessous communiqué par les médecins pour parvenir à l'évaluation du risque psychosomatique global. Evaluer convergence et divergence des deux risques qui sont en interrelation dynamique entre eux selon la théorie des systèmes développée en psychosomatique intégrative (J.B.S).**

<b>Evaluation du risque somatique</b>		
5 niveaux : <b>Risque très élevé</b> risque élevé risque moyen risque faible absence de risque	A partir des résultats d'observation et de diagnostic de l'axe 5 et des pronostics communiqués par les médecins du patient.  <b>Notation :.....</b>	
<b>Evaluation globale du fonctionnement psychosomatique</b>		
<b>Rapprocher le risque psychique du risque somatique pour parvenir à une évaluation globale.</b>	* Sujet à risque élevé –instabilité globale de l'unité psychosomatique désorganisée * Sujet à risque moyen –possibilité de réversibilité des symptômes, réorganisation à partir de points de fixation. Surveiller l'instabilité possible. * Sujet à risque faible, potentialité élevée de réorganisation * Sujet stable atteint par un débordement passager de l'appareil psychique.	
<b>DIAGNOSTIC structure fonctionnelle psychosomatique</b>		
<b>Nosographique psychosomatique dynamique -            19/11/2008 Jean Benjamin Stora</b>		
Une fois établi le fonctionnement psychique, et les réactions face à l'environnement, vous pouvez à présent proposer un diagnostic à partir du tableau ci-dessous .....		
<b>le diagnostic psychosomatique est établi à partir des 4 dimensions du fonctionnement psychique et des relations du patient à l'environnement ; il est ainsi possible de proposer une évaluation du risque psychosomatique en y intégrant le risque somatique communiqué par les médecins (cf. ci-dessus). Ces descripteurs vont vous permettre de situer le patient ou la patiente dans les trois catégories ci-dessous :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. névroses de transfert, névroses classiques au sens des indications de psychanalyse</li> <li>2. névroses actuelles</li> <li>3. troubles narcissiques du Soi, de l'identité et du comportement (Insuffisance originelle du préconscient – inorganisation)</li> <li>4. Psychoses (Pour les psychoses et troubles de l'humeur, nous conseillons de vous référer au manuel DSM IV).</li> </ol> <b><u>Les structures fonctionnelles psychosomatiques ci-dessous sont dynamiques et non pas inamovibles.</u></b>		
SF	Classification nosographique	Diagnostic
	<b>1. Névroses de transfert</b> (psychonévroses de défense, S.Freud) (Névrose bien mentalisée : Certitude)	

110		Névrose obsessionnelle	
120	Symptômes	Phobie	
130		Hystérie	
135	Névrose mentale symptomalogiquement organisée, au fonctionnement soutenu.	Névroses polymorphes sans symptomatologie mentale dominante et soutenue. Il peut s'agir d'organisations anales avec manifestations obsessionnelles passagères ou d'organisations hystériques avec phénomènes de conversion ; la systématique mentale névrotique ou psychotique a été débordée par le conflit au moins momentanément. (P. Marty, 1987)	
136	Borderline névrose de transfert/nev. actuelle	Hystérie de conversion	
<b>2. Névroses actuelles</b> <b>(Echec de la constitution de la névrose infantile)</b>			
Névrose à mentalisation incertaine : Doute Névrose mal mentalisée : Défauts avérés. La mentalisation apprécie d'un coup trois qualités fondamentales du préconscient : Epaisseur de l'ensemble des formations représentatives ; fluidité des liaisons entre les représentations ; permanence habituelle du fonctionnement.			
140		Hystérie d'angoisse	
141		Névrose d'angoisse	
142		Névrose de caractère	
145		Hypocondrie (différents états)	
146		Névrose traumatique	
147		Névrose relation d'objet allergique	
<b>3. Troubles narcissiques du Soi, de l'identité et du comportement (Insuffisance originelle du préconscient - inorganisation-névroses non mentalisées))</b>			
170		Névrose de comportement	
171		Hypocondrie archaïque	
172		Troubles du narcissisme	
173		Troubles de l'identité	
174		Troubles addictifs	
175		"Psychose froide" ou non délirante A. Green. E. Kestemberg	
<b>4. Psychoses délirantes</b>			
consulter la méthode de diagnostic DSM IV pour l'ensemble des psychoses et des troubles de l'humeur			
Schizophrénie et autres troubles psychotiques			
Troubles de l'humeur			
Troubles anxieux			
Troubles dissociatifs			
Troubles de l'identité sexuelle			
Troubles des conduites alimentaires			
	Troubles de l'adaptation	Avec humeur dépressive, avec anxiété, avec perturbation des conduites, avec perturbation à la fois des émotions et des conduites, non spécifié.	
	Troubles de la personnalité	Paranoïaque, schizoïde, antisociale, borderline, histrionique, narcissique, évitante, dépendante, obsessionnelle-compulsive, non spécifié.	
Consulter le manuel DSM IV pour plus de détails.			

COMMENT EVALUER LES PROCESSUS ET MECANISMES PSYCHIQUES

A établir à partir des 6 dimensions de l'axe **1**: **1A, 1B, 1C, 1D, 1E** et **1F**:

<p>Pour évaluer le fonctionnement psychique du patient ou de la patiente après l'examen clinique, nous devons prendre en considération  <b>(ce tableau peut être utilisé comme aide-mémoire)</b>  <b>Processus et Mécanismes psychiques</b></p>
<b><u>l'Axe 1A : La relation d'Objet</u></b>
<b>Anobjectale, préobjectale, présence introjectée.</b>
<b>Evaluation de la dimension narcissique et constatation de la présence des structures narcissiques (Soi grandiose et Idéal du Moi)</b>
<b>La dimension masochique</b>
<b>L'évaluation de l'épaisseur du préconscient : capacité de l'imaginaire ; Tenter d'apprécier les capacités associatives et la capacité de rêver (nouvelle rubrique 170)</b>
<b><u>Sur l'Axe 1B, Etats psychiques et événements de vie personnels</u></b>
<b>Angoisses</b>
<b>Deuils</b>
<b>Dépressions</b>
<b>Traumatismes</b>
<b>Influence de la culture sur le fonctionnement psychique</b>
<b><u>Sur l'Axe 1C: Points de fixation régression</u></b>
<b>Fixations somatiques</b>
<b>Fixations psychiques</b>
<b>Axe 1D: Mécanismes de défense du MOI</b>
<b><u>Sur l'Axe 1E: présence de traits de caractère :</u></b>
<b>phobique</b>
<b>Hystérique (archaïque et génitale)</b>
<b>pervers</b>
<b>à dominante orale</b>
<b>à dominante anale</b>
<b>à dominante phallique</b>
<b>sado-masochiques</b>
<b><u>Sur l'Axe 1F : Activités sublimatoires : à lister</u></b>

Une fois l'observation achevée, vous pouvez remplir la grille en utilisant les indications suivantes : PRESENCE ou ABSENCE (P ou A) d'un des items de la grille.

**J.B.Stora, 15 Mars 2010.**

Après l'investigation du patient commencer par remplir les axes de la grille selon l'observation.

N° Item	LISTE DES ITEMS	DEFINITIONS ET COMMENTAIRES
<p><i>AXE IA : RELATION D'OBJET</i></p> <p><b>Organisation du MOI</b></p>		
<p>Il s'agit ici des premières étapes du processus de maturation psychosexuel : du noyau du Soi jusqu'à l'introjection de l'Objet.</p> <p>Développement de l'organisation du Préconscient : relation avec la Mère de la grossesse jusqu'à l'âge d'un an, périodes de séparation, mères substitutives, Figure Paternelle, fréquence et âge lors de changements de situation, évènements ayant favorisé ou entravé les organisations de la sensorimotricité, du langage, et en général de toutes les liaisons internes et externes.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'objet est-il introjecté ?</li> <li>2. Dimension narcissique du Moi</li> <li>3. Dimension masochique du Moi</li> <li>4. Organisation du Préconscient (1<sup>ère</sup> topique de S. Freud)</li> </ol>		
150	<p><b>Anobjectal</b> <b>Stade d'indifférenciation</b></p>	<p>Stade de relation non objectale coïncidant plus ou moins avec celui du narcissisme primaire – <u>stade d'indifférenciation ou stade de non-différenciation</u>, car la perception, l'activité et le fonctionnement sont insuffisamment organisés chez le nourrisson, sauf dans une certaine mesure dans les sphères vitales tels le métabolisme, les fonctions alimentaires, circulatoires, respiratoires, etc.</p> <p>L'individu-enfant se prend lui-même comme Objet d'amour avant de choisir des objets extérieurs- stade de la toute puissance des pensées. Première ébauche du Moi et son investissement par la libido.</p> <p><b>« ...le Soi constitue la première configuration organisée de l'appareil psychique qui émane de l'unité mère-enfant et lui succède.....avant que ne soit instaurée la distinction entre le sujet et l'objet ».</b> E. Kestenberg, La psychose froide, p.96. Cf. aussi. Winnicott.</p> <p>Stade de <b>Prédominance de traits narcissiques. De Prédominance de fusion.</b></p>
151	Pré-objectal	<p>M. Klein: position schizo-paranoïde dans la relation à l'objet (bon et mauvais, aimé et haï).</p> <p>Rapprocher de R. Spitz âge de trois mois</p> <p><b>Prédominance de traits de la prégenitalité.</b></p>
152	Objectal	<p>Intégration de la position dépressive du 9<sup>o</sup> mois ;</p> <p><b>mise en place de l'objet.</b></p> <p><b>Prédominance du comportement oedipien génital</b></p>
153 a	Narcissisme primaire	
153 b	Narcissisme de mort	
154	Narcissisme secondaire	.
154 a	Narcissisme de vie	
155	Soi grandiose	Ref. Kohut « Le Soi »; pour le Soi consulter ma note pédagogique.

156	Idéal du Moi	Imago parentale idéalisée (Kohut)
157	<b>Moi-Idéal</b>	Cf. Pierre Marty glossaire
158	Apparence masochique	Du type névrose de destinée avec absence d'intégration des satisfactions passives. <b>Etats de souffrance sans objet</b> , sans désirs et sans modification à l'occasion de la maladie qui ne devient pas objet d'investissement
159	Masochisme mortifère	Désinvestissement de l'objet et pour le monde objectal suite à l'affaiblissement de la libido objectale (cf. Benno Rosenberg) le masochisme mortifère implique un processus sous-jacent de désintringement pulsionnelle.
160	Masochisme de vie	
161	<b>Lacunes de l'organisation du Préconscient</b>	Les lacunes fondamentales sont les insuffisances quantitatives et qualitatives des représentations psychiques ainsi que les insuffisances de connotations affectives de ces représentations. Ces insuffisances tiennent soit aux déficiences congénitales ou accidentelles des fonctions sensori-motrice de l'enfant ou de sa mère, soit aux excès ou carences des accompagnements affectifs de la mère. Nous devons ici apprécier l'épaisseur du préconscient, la fluidité des représentations et la disponibilité dans le temps des représentations mentales.
170	<b>Activités oniriques</b>	Lors de l'examen clinique des patients, il est important de poser des questions sur leur vie onirique ; la capacité de rêver va nous informer sur le fonctionnement psychique de l'inconscient et de ses différents mécanismes pour élaborer le quantum d'excitations quotidiens. Cette analyse va nous permettre aussi de compléter la rubrique précédente puisque, grâce aux rêves, nous aurons accès à l'imaginaire et aux différents fonctionnements intrapsychiques. On pourra ainsi mieux cerner ce que Pierre Marty appelle l'épaisseur du préconscient. <b>travail du rêve fondamental pour évaluer le fonctionnement du Préconscient.</b>
<i>AXE 1B : ETATS PSYCHIQUES ET EVENEMENTS DE VIE PERSONNELS</i> <i>observés lors de l'anamnèse : Etats psychiques du Moi et conséquences sur son organisation</i> Approche psycho-dynamique : conflits du Moi/ ça, surmoi, monde extérieur		
200	<b>Angoisses diffuses</b>	Angoisses automatiques des épisodes de détresse
201	Angoisses objectales	Signaux d'alarme accompagnées de liaisons représentatives
202	Deuils période pré-pubertaire	Deuils de personne ou pertes d'objets significatifs pré pubertaires non élaborées
203	<b>Deuils récents</b>	Deuils ou pertes d'objets significatifs récents non élaborés
204	Dépansions	Aiguës ou subaiguës fréquentes au sens de la psychanalyse
205	Dépression de l'adolescence	
206	Dépression latente	
207	Post-partum blues	
208	<b>Dépression essentielle</b>	DPE précédant la somatisation, DPE fréquentes se référer à l'histoire du patient et à l'histoire de la maladie. <b>Selon les hypothèses, tenter d'établir les dates.</b>
209	Trauma permanent	Pesée traumatique permanente
210	Traumatisme	Notion de traumatismes, d'une situation familiale, ou d'une activité parentale ayant pu gauchir l'évolution classique de la sexualité
211	Traumatisme de la naissance	

212	<b>Névrose traumatique</b>	Incapacité pour la psyché de lier un événement traumatique ; sidération de l'appareil mental ; absence de figurabilité ; rupture affect et représentation ; à relier aussi au PTSD, post-traumatic stress disorder (importance du facteur quantitatif économique dans l'occurrence de l'événement).
213	<b>Traumatisme professionnel</b>	Licenciement, harcèlement, violence au travail, etc.
215	Pensée magique	Utilisation importante de la pensée magique ou tradition culturelle ou religieuse pesant sur le fonctionnement psychosomatique
216	Coexistence de plusieurs modes de pensée dans le MOI, en conséquence des différences culturelles.	Mode de pensée différent de la pensée occidentale ; préconscient composé de représentations culturelles influençant émotions, comportements et pensées ; référence à la première génération d'émigrés ou à la deuxième génération chez qui les deux ou « n » cultures coexistent.
217	Irrégularités du fonctionnement mental	
218	<b>Vie et pensée opératoires</b>	La vie opératoire tient compte de la réduction de la pensée face à l'importance des comportements. Les quelques représentations qui paraissent exister sont comme les rêves pauvres, répétitives, marquées du saut de l'actuel et du factuel. (cf. glossaire en fin de document).
219	<b>Désintrication pulsionnelle</b>	<b>Noter le niveau d'organisation auquel la désintrication a eu lieu selon vos hypothèses.</b>
220	<b>Désorganisation progressive</b>	<b>Noter la ou les dates des évènements ainsi que l'hypothèse du fonctionnement psychique.</b>
<b>AXE1C : POINTS DE FIXATIONS REGRESSIONS<sup>24</sup></b>		
<b>Stades de maturation psychosexuelle du Moi et organisations psychosomatiques (hyp. J.B.S, cf. ouvrage de « Neuropsychanalyse » collQSI, PUF, 2006)</b>		
.		
300	<b>Fixation somatique prénatale</b>	Fixations à l'économie néo-natale, hypothèse de fixation à envisager dans le cas d'asthme, de syndrome métabolique, de cas d'anorexie, etc.
301	<b>Fixations premières</b>	Symptômes troubles fonction respiratoire, peau, système immunitaire. Cf. relation d'objet allergique de Pierre Marty.
302	<b>Fonction cardiaque</b>	Troubles
303	<b>F. alimentaire</b>	Estomac, foie, pancréas, troubles du comportement alimentaire
304	<b>F. excréteur</b>	Rein, colon, contrôle sphinctérien
305	<b>F. motrice</b>	Musculo-squelettique, articulations,
306	<b>Métabolisme</b>	Troubles du métabolisme/ endocrinologie
307	<b>SNC</b>	
308	<b>Axe endogène opioïde</b>	
309	<b>Axe hypothalamique-hormonal</b>	<b>Envisager toutes les dimensions de l'axe hypothalamique</b>

<sup>24</sup> Points de fixations-régression et Stades de développement de la sexualité. Forte adhésion de la pulsion à des objets ou à des voies de satisfaction liées à des phases antérieures du développement. L'existence de points de fixation conduit à la voie de la régression. La fixation désigne l'immobilisation de motions pulsionnelles à un stade infantile du développement : fixations prégénitales.

Age d'apparition des symptômes, système de défense et âges critiques du développement, évolution libidinale au cours du développement psychosexuel, détermination des symptômes mentaux classiques, caractériels, insuffisance des défenses mentales à relier aux événements de vie, situations familiales présentes et passées, détermination de l'atmosphère affective passée, et capacité de se remémorer (souvenirs).

310	<b>SNSympathique</b>	
311	<b>SNParasympathique</b>	
350	<b>1<sup>er</sup> Organisateur psy.</b>	Organisation cénesthésique, relation pré-objectale, processus primaire (Cf. René Spitz).
351	<b>2<sup>ème</sup> Organisateur psy.</b>	Mise en place au 8 <sup>o</sup> mois ; établissement de l'objet ; organisation diacritique ; processus secondaires ; passage de la passivité à l'activité.
352	<b>3<sup>ème</sup> organisateur psy.</b>	Mise en place du mécanisme et de la fonction d'identification ; acquisition du signe de la Négation (Freud, 1925) ; pulsion agressive, motricité et emprise.
353	<b>Position autistique</b>	Syndrome symbiotique
354	<b>Position schizo-paranoïde</b>	(cf. Mélanie Klein)
355	<b>Position dépressive</b>	(cf. Mélanie Klein)
356	<b>Fixation passive orale</b>	
357	<b>Fixation sadique orale</b>	
358	<b>Fixation anale 1<sup>er</sup> temps</b>	
359	<b>Fixation sadique anale 2<sup>ème</sup> temps</b>	<b>Donne accès à l'organisation oedipienne. La seconde phase du stade anal signe la maturation de la première organisation topique et donc la voie d'accès à l'Œdipe. Par ailleurs la liaison des représentations de mots et des représentations de choses constitue une des formes essentielles de la maîtrise, d'où son importance dans le développement mental (Cf. P. Marty p.91 et 92 « Les mouvements individuels de vie et de mort ».</b>
360	<b>Fixation phallique</b>	
361	<b>Fixation homosexuelle</b>	
362	<b>Fixation génitale</b>	
	<b>AXE 1 D</b>	<b>MECANISMES DE DEFENSE DU « MOI »</b>
380	<b>Déni de la réalité psychique</b>	Nous devons parler de pluralité de dénis de la réalité ; pour Freud dans une première définition il s'agit d'un mode de défense consistant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante, essentiellement celle de l'absence de pénis chez la femme. Ce mécanisme est évoqué par Freud pour rendre compte du fétichisme et des psychoses. Il s'agit en vérité d'un mécanisme de défense à l'égard de la réalité extérieure. La notion de clivage du moi vient éclairer celle du déni. Dans « L'homme aux loups » Freud développe le concept de clivage de la personnalité en divers courants indépendants. On peut dire que le déni de castration est le prototype des autres dénis de réalité. Le clivage du moi est à distinguer du processus de refoulement car il s'agit de la coexistence de deux types de défense du moi et non pas d'un conflit entre le moi et le ça ; une des défenses du moi porte sur la réalité extérieure, il s'agit d'un déni d'une perception.
381	<b>Clivage du Moi</b>	
382	<b>Clivage de l'Objet</b>	Des 1946 Mélanie Klein décrits un mécanisme de défense très archaïque utilisé dans la position schizo paranoïde. Un tel mécanisme se retrouve au cours de l'enfance, à l'âge adulte dans les pathologies psychotiques ou les états limites et dans les troubles psychosomatiques. Dans la position schizo-paranoïde le clivage porte sur un objet partiel alors que dans la position dépressive ce même mécanisme pour apporter sur un objet total. Un des premiers objets partiels que rencontre le nourrisson est le sein maternel, un clivage

		<p>peut alors s'opérer : le sein en tant que source de satisfaction est un bon objet alors qu'en tant que source de frustrations, il est un mauvais objet. Cela va donner lieu à toute une série de processus projectifs et introjectifs qui vont permettre à l'enfant de s'approprier le monde et plus tard de le penser. Le bon objet sera gardé à l'intérieur, le mauvais est expulsé à l'extérieur, le clivage va permettre l'organisation de l'univers sensoriel et émotionnel du jeune enfant. Pour Mélanie Klein, le clivage va servir de base au refoulement, un clivage initial excessif risque de rendre difficile toute communication entre l'inconscient et le conscient, et donc de déboucher sur un mécanisme de refoulement ultérieur d'une rigidité névrotique. Un clivage excessif peut amener une désintégration du moi, le clivage est aussi à la base de mécanismes tels que l'idéalisation ou l'angoisse de persécution. Pour Mélanie Klein le clivage de l'objet ne peut avoir lieu sans qu'un clivage du moi ne l'accompagne ; le moi pourrait être effrayé par son agressivité (au sens d'angoisse à l'égard de l'objet) et par conséquent va maintenir séparé les parties de lui-même considérée comme bonnes de celles considérées comme mauvaises. La partie mauvaise fait généralement l'objet d'une projection ce qui permettra au moi d'éviter de connaître son agressivité ou son angoisse. Ce n'est que lorsque le moi devient plus fort c'est-à-dire capable de supporter ses émotions négatives, qu'il pourra les reconnaître comme faisant partie de lui-même diminuant ainsi progressivement le recours à la projection et pouvant accéder à une meilleure intégration et différenciation entre lui et l'objet. Une telle évolution mènera le moi à la position dépressive.</p>
383	<b>Identification projective</b>	<p>Terme introduit par Mélanie Klein en 1932, il s'agit de décrire les fantasmes d'attaque contre l'intérieur du corps maternel. L'identification projective est une modalité de la projection, c'est-à-dire rejet à l'extérieur de ce que le sujet refuse en lui, projection du mauvais. Ce mécanisme en relation étroite avec la position schizo-paranoïde consiste en une projection fantasmatique à l'intérieur du corps maternel de parties clivées de la propre personne du sujet, de façon à contrôler la mère de l'intérieur. Ce fantasme est la source d'angoisses comme celle d'être emprisonné et persécuté à l'intérieur du corps de la mère. Un autre danger pour le moi est de se trouver affaibli dans la mesure où il risque de perdre dans l'identification projective de bonnes parties de lui-même. En résumé il s'agit d'un mécanisme se traduisant par des fantasmes où le sujet introduit sa propre personne en totalité ou en partie à l'intérieur de l'objet et pour lui nuire, le posséder et le contrôler.</p>
384	<b>Refoulement</b>	<p>Il s'agit d'un processus psychique qui peut être considéré comme un processus universel, en tant qu'il serait à l'origine de la constitution de l'inconscient comme domaine séparé du reste du psychisme. C'est une opération par laquelle le sujet cherche à repousser ou à maintenir dans l'inconscient des représentations (pensées, images, souvenirs) liées à une pulsion. Cf. les travaux de Sigmund Freud.</p>
385	<b>Formation réactionnelle</b>	<p>Il s'agit d'une défense directement en opposition avec la réalisation du désir ; c'est une attitude de sens opposé aux désirs refoulés et constitués en réaction contre celui-ci par exemple la pudeur s'opposant à des tendances exhibitionnistes. À propos de la névrose obsessionnelle Sigmund Freud dégage un mécanisme psychique</p>

		particulier consistant à lutter directement contre la représentation pénible en la remplaçant par un symptôme primaire de défense consistant en des traits de personnalité: scrupulosité, pudeur,-- qui sont en contradiction avec l'activité sexuelle infantile à laquelle s'était d'abord livré le sujet pendant une première période dite « d'immoralité infantile ». Le processus de formation réactionnelle joue un rôle important dans l'édification des caractères ; la constitution du surmoi est en partie attribuée aux mécanismes de formation réactionnelle.
386	<b>Isolation</b>	Mécanismes de défense qui consiste à isoler une pensée ou un comportement de telle sorte que leurs connexions sont rompues avec le reste de l'existence du sujet. Par exemple : une pause dans le cours de la pensée, utilisation de formules, de rituels et d'une façon générale toutes les mesures permettant d'interrompre le cours des pensées et des actes.
387	<b>Annulation rétroactive</b>	Il s'agit d'un mécanisme à l'oeuvre dans les rituels obsessionnels : « à une action qui met en exécution une certaine injonction succède immédiatement une autre qui arrête ou annule la première, même si elle ne va pas jusqu'à mettre à exécution son contraire » (Sigmund Freud-le moi et les mécanismes de défense 1936). On doit comprendre que ce mécanisme psychologique permet au sujet de faire en sorte que des pensées, des paroles, des gestes, des actes passés ne soient pas advenus. Le sujet utilise pour ce faire une pensée ou un comportement ayant une signification opposée.
388	<b>Introjection</b>	Le terme d'introjection a été forgé par Sandor Ferenczi en 1909 ; le sujet fait passer sur un mode fantasmatique, du dehors au dedans des objets et des qualités inhérentes à ces objets. L'introjection est proche de l'incorporation qui constitue son prototype corporel sans pour autant impliquer nécessairement une référence à la limite corporelle puisqu'il s'agit, par exemple, d'introjection dans le moi de l'idéal du moi ; l'introjection est dans un rapport étroit avec l'identification.
389	<b>Retournement sur soi</b>	Le retournement sur soi et le renversement dans le contraire font partie de ce que Freud appelle les destins des pulsions à côté du refoulement et de la sublimation. Alors que dans le renversement dans le contraire le processus concerne <b>le but de la pulsion</b> , avec le retournement sur la personne propre ou sur soi le processus concerne <b>l'objet de la pulsion</b> . Freud illustre par deux exemples ces deux processus : celui du sado- masochisme et celui du voyeurisme-exhibitionnisme. Le renversement du sadisme dans le masochisme implique à la fois le passage de l'activité à la passivité et une inversion des rôles entre celui qui inflige et celui qui subit les souffrances. Les deux processus peuvent évidemment fonctionner dans le sens opposé : transformation de la passivité en activité, retournement à partir de la personne propre sur autrui.
390	<b>Renversement dans le contraire</b>	Cf. retournement sur soi.
391	<b>Sublimation</b>	
392	<b>Négation par le fantasme</b>	Die Verneinung, Freud 1925 donne une explication métapsychologique précise : 1. La dénégation est un moyen de prendre connaissance du refoulé ; 2. Ce qui est supprimé, c'est seulement une des conséquences du processus du refoulement, à savoir que le contenu représentatif ne

		parvient pas à la conscience. Il en résulte une sorte d'admission intellectuelle du refoulé tandis que persiste l'essentiel du refoulement ; 3. Au moyen du symbole de la dénégation, la pensée se libère des limitations du refoulement ». Il s'agit donc d'un procédé par lequel le sujet, tout en formulant un de ses désirs, pensées, sentiments jusqu'ici refoulés, continue à s'en défendre en niant qu'ils lui appartiennent.
393	<b>Idéalisation</b>	« ... L'idéalisation est un processus qui concerne l'objet et par lequel <b>celui-ci est agrandi et exalté psychiquement sans que sa nature soit changée</b> . L'idéalisation est possible aussi bien dans le domaine de la libido du moi que dans celui de la libido d'objet ». (Freud, pour introduire le narcissisme). L'idéalisation notamment celle des parents fait nécessairement partie de la constitution au sein du sujet des instances idéales : moi idéal, idéal du moi. Il peut s'agir de l'idéalisation d'un objet aimé : « nous voyons que l'objet est traité comme le moi propre et que donc dans la passion amoureuse une quantité importante de libido narcissique déborde sur l'objet » (Freud, psychologie des foules et analyse du moi).
394	<b>Identification à l'agresseur</b>	ce mécanisme a été décrit par Anna Freud en 1936 ; le sujet, confronté à un danger extérieur représenté par une critique émanant d'une autorité, s'identifie à son agresseur, soit en reprenant à son compte l'agression telle quelle, soit en imitant physiquement ou moralement la personne de l'agresseur, soit en adoptant certains symboles de puissance qui le désignent. Anna Freud voit à l'oeuvre l'identification à l'agresseur dans des situations variées : agressions physiques, critique, etc. le comportement observé est le résultat d'un renversement de rôles-l'agressé se fait agresseur. Ce mécanisme joue un rôle important dans la constitution du surmoi. Pour René Spitz, ce mécanisme est prépondérant dans l'acquisition du « non », verbal et gestuel, vers le 15e mois.
<b>395</b>	<b>Intellectualisation défensive</b>	<b>Ce mécanisme permet de maîtriser les émotions ou les conflits psychiques par une mise à distance en adoptant une formulation rationnelle, abstraite et détachée de la manifestation pulsionnelle. Il s'agit de la neutralisation des affects. (cf. Anna Freud (1946), Le Moi et les mécanismes de défense, Paris, PUF 1967).</b>
<i>AXE 1E: Traits de caractère</i>		
400	Phobique	D'ambiance ou d'envahissement
401	Phobique d'objet	Liaisons représentatives
402	<b>Hystérie archaïque</b>	Conflits de nature psychotique plutôt que névrotique enfouis ; par exemple, aimer est l'équivalent de dévorer ou d'être dévoré. L'exploration analytique de ces fantasmes érotiques primitifs dans la relation transférentielle provoque la disparition des symptômes psychosomatiques ainsi que l'atténuation des inhibitions intellectuelles. Il s'agit ici de manifestations de la sexualité archaïque et du rôle qu'elle joue dans les diverses manifestations de somatisation (Joyce Mc Dougall).
403	<b>Hystérie génitale</b>	De nature oedipienne (séduction)
404	<b>Traits pervers</b>	
405	<b>Oral</b>	Traits de caractère égoïste à type captatif ; recherche de l'affection d'un être élu selon le mode de la relation objectale orale ; que le sujet soit homme ou femme, son objet d'amour devra jouer le rôle de mère

		nourricière. Dans le cas de régression, apparition possible de crises de boulimie pour remplacer l'acte sexuel génital et d'anorexie mentale symbolisant le refus de la sexualité génitale.
406	<b>Anal et Obsessionnel</b>	Rétention et contrôle-maîtrise : ne pas oublier que l'organisation anale fait défaut aux névrosés mal mentalisés selon la définition nosographique de Pierre Marty. Les représentations sont absentes ou rares, superficielles, peu associatives, caractéristiques à rapprocher des névroses de comportement.
407	<b>Phallique-narcissique</b>	
408	<b>Psychotiques</b>	Tableau symptomatique
409	<b>Sado-masochiques</b>	Relations érotisées physiques comme morales
<b>AXE 1F : ACTIVITES SUBLIMATOIRES</b>		
Nature des investissements surinvestissements, activités diverses : activités sociales, etc. sublimations, etc.		
490	Activités artistiques	
491	Activités sociales	
492	Activités spirituelles	
493	Activités sportives	
494	Activités culturelles	
<b>AXE 2 : COMPORTEMENTS ET MANIFESTATIONS CORPORELLES DANS LA RELATION</b>		
450	<b>Hypertonie musculaire</b>	Débordement de l'appareil mental par les émotions
451	<b>Posture</b>	Tonicité de la posture, elle rend compte d'emblée de la tension interne du sujet
452	<b>Hypertonie musculaire et agressivité</b>	(Pierre Marty) à la mesure des conflits habituels réactivés lors de la consultation et non encore exprimés (agressivité directement musculaire de type primaire court-circuitant l'élaboration mentale, l'hypertonie musculaire va souvent de pair avec une anxiété diffuse qui reconnaîtra plus tard son objet. Elle s'accompagne de tremblements de mains surtout, et s'oppose à une aisance relationnelle.
453	<b>Manifestations vago-sympathiques</b>	Ces manifestations témoignent du surplus d'excitations ; Rires, pleurs, ou mimique de fantôme révélant la tentative d'une élaboration mentale.
454	<b>Comportements de déni de réalité</b>	Mode de défense reflété dans le comportement des patients qui refusent de reconnaître la réalité d'une perception traumatique, par exemple diabète à un âge précoce, etc.
455	<b>Hypocondrie 1 (archaïque)</b>	Etat hypocondriaque où la relation transférentielle est impossible ; court-circuit du travail psychique avec engagement dans une somatisation. Evolution possible vers un délire paranoïaque, une mélancolie ou une affection somatique grave.
456	<b>Hypocondrie 2</b>	Transformation en un processus névrotique où sexualité infantile, culpabilité oedipienne, angoisse de castration reprennent leur place.
457	<b>Sado-masochique</b>	Décharge dans les comportements
458	<b>Acting out</b>	Passages fréquents aux comportements
459	<b>Sommeil</b>	Cauchemars, terreurs nocturnes, somnambulisme, etc.
460	<b>Épuisement libidinal</b>	Conduites d'épuisement
461	<b>Dépersonnalisation</b>	Manifestations de dépersonnalisation
462	<b>Homosexualité latente</b>	
463	<b>Homosexualité</b>	Pratique sexuelle
464	<b>Sexualité génitale</b>	Ejaculation précoce, impuissance, troubles de l'érection, frigidité, etc.
465	<b>Addictions</b>	Alcool, cigarettes, autres substances, webaddicts, videoaddicts, etc.

466	<b>Conversions fréquentes</b>	Hystériques, ou apparentements hystériques (cf. Pierre Marty).
467	<b>Identité</b>	Problèmes fondamentaux transgénérationnels, culturels, et avatars du développement de la personnalité.
468	<b>Economie relationnelle précoce</b>	Changement notable de l'économie relationnelle dans les deux premières années de vie
469	<b>Economie relationnelle prépubertaire</b>	Changements notables
469 a	<b>Economie relationnelle âge adulte</b>	Exemple : changement suite à départ à la retraite
470	<b>Répétitions somatiques</b>	Rafales de maladies, cf. histoire de la maladie
471	<b>Perversions organisées</b>	Manifestations comportementales
472	<b>Polyopérés</b>	Antérieurement à la désorganisation ou à la maladie actuelle
473	<b>Suicide</b>	Tentatives antérieures à la désorganisation ou à la maladie actuelle
474	<b>Suicide</b>	Tentative récente
475	<b>Tonus libidinal</b>	Evaluer les fluctuations et les baisses du tonus libidinal en rapport avec la maladie, le vieillissement, etc. quelle que soit la limitation des investissements
476	<b>Psychothérapies</b>	Suivi de psychothérapie par le patient : date, durée, raison de l'indication rapportée par le patient

### AXE 3 : EXPRESSION DES AFFECTS

La maîtrise des affects est relative à la capacité du Moi lors de leurs manifestations, et l'échec de maîtrise d'affects insupportables (débordement, sidération, etc.) participe non seulement à la production de symptômes névrotiques, mais encore à des situations décrites ci-dessus telles que : décharge dans les comportements, passages à l'acte, addictions, somatisations.

#### Cf. Glossaire, rubrique Affects

« Chaque événement, chaque impression psychique est pourvu d'un certain quota d'affect dont le Moi se débarrasse ou par le moyen d'une réaction motrice ou par une activité psychique associative » Freud, 1893.  
Dans la théorie de Freud, l'affect est une des deux composantes de la Pulsion, l'autre étant la représentation.

500	<b>Expression émotionnelle (large gamme des...)</b>	Expression des émotions sans répression, manifestation spontanée et authentique- large gamme d'expression richesse émotionnelle
501	<b>Conversion somatique des affects</b>	Hystérie de conversion, l'affect est transformé en innervation somatique, et la représentation est refoulée ;
502	<b>Déplacement</b>	Déplacement de l'affect sur une autre représentation dans la névrose obsessionnelle.
503	<b>Transformation</b>	Transformation de l'affect : névrose d'angoisse, mélancolie,
504	<b>Alexithymie</b>	Sifnéos fait une nette différence entre émotion et sentiment ; l'émotion est exprimée par des moyens comportementaux et médiatisée par le système limbique, dimension biologique de l'affect. Les sentiments sont l'aspect psychologique de l'affect, ce sont les pensées et les fantasmes subjectives qui sont associées à l'affect.

		L'activité néocorticale est nécessaire pour qu'il existe des sentiments. Quatre éléments définissent l'alexithymie : 1. incapacité à exprimer verbalement les émotions ou les sentiments, 2. limitation de la vie imaginaire, 3. tendance à recourir à l'action pour éviter ou résoudre les conflits, 4. description détaillée des faits, des événements, des symptômes physiques.
510	Affect de vitalité ou affects en miroir dans la relation mère-enfant. Ces affects indiquent que les affects ne sont pas encore reliés à des représentations mentales.	Selon l'approche de D. Stern, plaisir et déplaisir ne sont plus rattachables à la tension et à la décharge, mais plutôt aux conditions rythmiques de celle-ci et aux variations d'intensité de chacun de ces processus. « J'appelle affect de vitalité, dit Stern, la qualité de ce qui est ressenti lors de toutes ces sortes de changements »... « la danse moderne et la musique sont des exemples par excellence de l'expressivité des affects de vitalité ». Pour Stern, l'affect fait partie de la représentation, et il a par lui-même une fonction de représentation, ce qui rejoint les travaux d'André Green sur la <i>représentance</i> de l'affect.
511	Fatigue	
512	Douleur	
<b>AXE 4 : ENVIRONNEMENT PERSONNEL, FAMILIAL, ET SOCIO-PROFESSIONNEL.</b> <b>Le Moi et le Monde extérieur</b>		
Données de l'environnement familial et socioprofessionnel ; données symptomatiques immédiates, données anamnestiques récentes, données concernant le fonctionnement mental d'adaptation (coping) ; état de la famille ancien et actuel, scolarité, évolution professionnelle, évolution de la sexualité, intérêts divers, etc.		
600	<b>Env. familial stable</b>	Durée des périodes de stabilité
601	<b>Env. familial perturbé</b>	Au cours de l'enfance, de l'adolescence, à l'âge adulte ; rupture d'équilibre au sein de la famille.
602	<b>Env. socio-professionnel stable</b>	Durée des périodes de stabilité
603	<b>Env. Socio-professionnel instable</b>	Conflits, harcèlement professionnel, etc..
<b>603 a</b>	<b>Nature de l'environnement Perturbation temporaire</b>	<b>Identifier ici la source de la perturbation : familial, socio-professionnel, environnemental, sociétal, etc.</b>
<b>603 b</b>	<b>Perturbation durable ou permanente</b>	
604	<b>Rupture avec famille</b>	Séparation, divorce, déménagement,
605	<b>Rupture avec travail</b>	Licenciement, recherche d'emploi, etc.
607	<b>Autre</b>	Adaptation à un nouvel environnement professionnel Déroulement de la carrière : différentes étapes, début, milieu, et fin de carrière ; départ à la retraite
608	<b>Conversion récente</b>	Hystérique ou non
609	<b>Désintrication et intrication des pulsions</b>	Reprise intrication pulsionnelle à apprécier
610	<b>Affects</b>	Changements significatifs de l'expression des affects
611	<b>Médico-légal</b>	Problème récent pesant sur le fonctionnement psychosomatique
612	<b>Psychothérapie</b>	Parent d'un enfant traité en psychothérapie concomitante
613	<b>Sexuelles</b>	Difficultés sexuelles récentes : impuissance et frigidité
615	<b>Toxicomanie récente</b>	iatrogéniques incluses

616	<b>Atteints aux activités corporelles</b>	Limitations récentes accidentelles ou non des activités corporelles
617	<b>Economie relationnelle I</b>	Changement notable
618	<b>Economie relationnelle II</b>	Changement de moins d'un an
619	<b>Plaisir sexuel</b>	Frustration de plaisir sexuel (type névrose actuelle)
620	<b>Hypocondrie</b>	Réorganisation relative - au moins provisoire - sur un mode hypocondriaque
621	<b>Bénéfices secondaires</b>	A la maladie actuelle
622	<b>Autre</b>	<b>Déplacement et remplacement par un symptôme somatique</b>

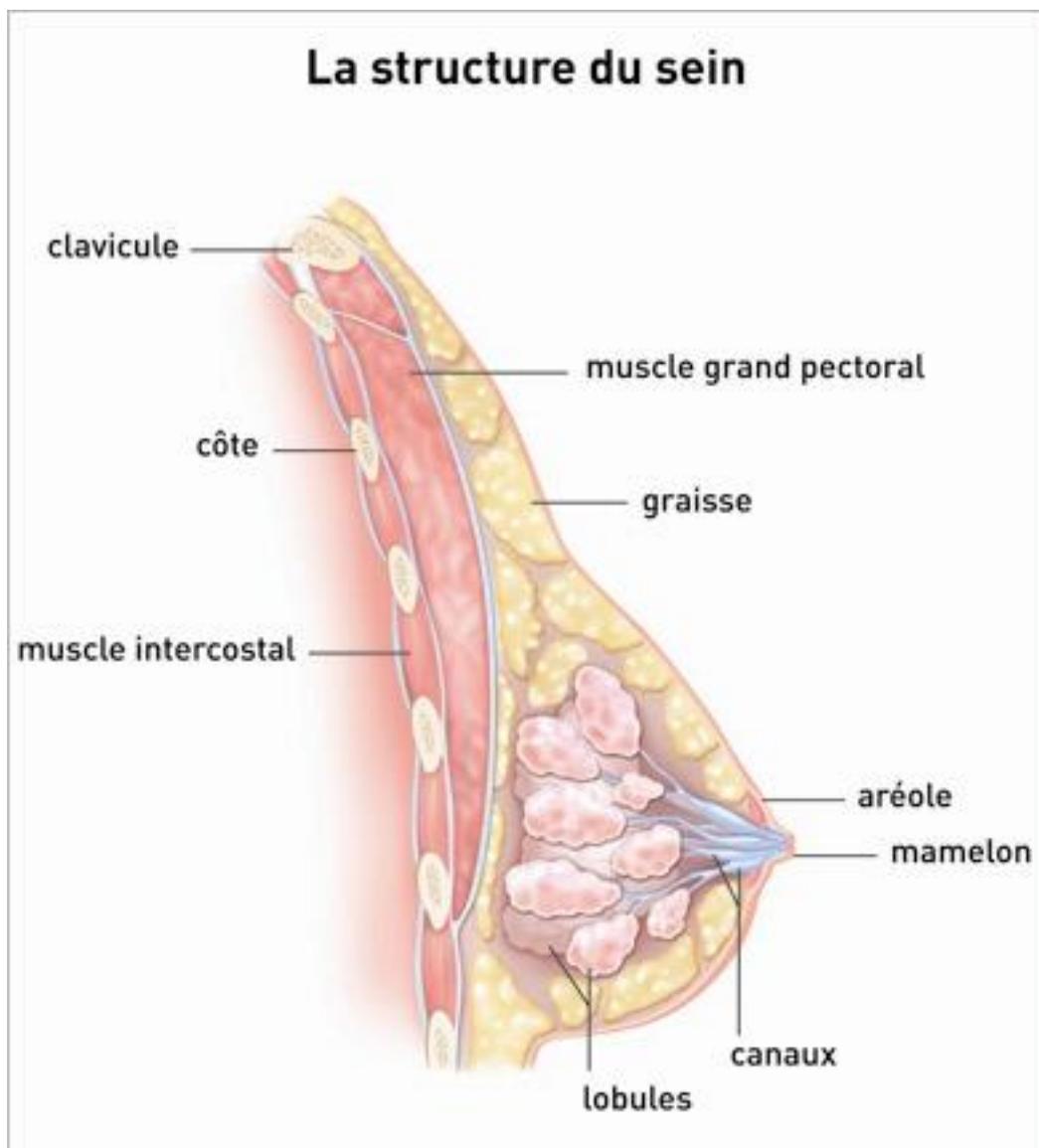
#### AXE 5 : EVALUATION DE L'ETAT SOMATIQUE - CODE CIM-9-MC

<p>La pathologie somatique doit être explorée à partir de la première enfance jusqu'à la période de l'investigation ( à compléter avec dossier médical), décrire les diverses affections et atteintes somatiques, parenté ou non avec la maladies actuelle, établir les processus de leur apparition de leur évolution, des complications éventuelles, des aggravations, avancer des hypothèses sur la relation avec des évènements de vie (traumatismes, deuils, etc.), dégager les temps de latence entre évènements de vie et apparitions des pathologies somatiques.</p> <p>Place occupée par la maladie : très importante, dénégation, déni, acceptation apparente, etc.</p> <p>Rôle joué par la maladie dans le fonctionnement psychique : combler un vide objectal, manifestations hypocondriaques, remplacer un objet disparu (deuil), etc.</p> <p>La maladie somatique a-t-elle modifié le fonctionnement psychique ? de quelles façon ? mécanismes d'adaptation à l'œuvre ?</p>	
700	Maladies du système nerveux
701	Maladies de l'appareil circulatoire
702	Maladies de l'appareil respiratoire
703	Néoplasmes
704	Maladies endocriniennes
705	Maladies de la nutrition
708	Maladies métaboliques
709	Maladies des organes génito-urinaires
710	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques
711	Maladies de l'œil
712	Maladies de l'oreille, du nez et de la gorge
713	Maladies du système ostéo-articulaire des muscles et du tissu conjonctif
714	Maladies de la peau
715	Anomalies congénitales, malformations et aberrations chromosomiques
716	Maladies de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches
717	Infections par le virus de l'immunodéficience humaine
718	Maladies infectieuses
719	Surdosages
720	Troubles induits par un médicament (codes additionnels)

## ANNEXE 2

### 1. Anatomie du sein

La fonction biologique du sein est de produire du lait afin de nourrir un nouveau-né. Chaque sein contient une glande mammaire (elle-même composée de quinze à vingt compartiments séparés par du tissu graisseux) et du tissu de soutien qui contient des vaisseaux, des fibres et de la graisse. Chacun des compartiments de la glande mammaire est constitué de lobules et de canaux. Le rôle des lobules est de produire le lait en période d'allaitement. Les canaux transportent le lait vers le mamelon.



La glande mammaire se développe et fonctionne sous l'influence des hormones sexuelles fabriquées par les ovaires. Ces hormones sont de deux types :

- les œstrogènes, qui permettent notamment le développement des seins au moment de la puberté et jouent un rôle important tout au long de la grossesse (assouplissement des tissus, augmentation du volume sanguin nécessaire à l'alimentation du bébé, etc.) ;
- la progestérone qui joue notamment un rôle dans la différenciation des cellules du sein et sur le cycle menstruel, en préparant par exemple l'utérus à une éventuelle grossesse (densification et développement de la vascularisation la muqueuse de l'utérus).

Le sein est parcouru de vaisseaux sanguins et de vaisseaux lymphatiques. Les ganglions et les vaisseaux lymphatiques composent le système lymphatique qui aide notamment à combattre les infections. Les ganglions lymphatiques du sein sont principalement situés :

- au niveau de l'aisselle (ganglions axillaires) ;
- au-dessus de la clavicule (ganglions sus-claviculaires); sous la clavicule (ganglions sous-claviculaires ou infra-claviculaires) ;
- à l'intérieur du thorax, autour du sternum (ganglions mammaires internes).

## **2. Les maladies du sein**

### 2.1 Tumeurs bénignes et autres affections bénignes

Les tumeurs bénignes ont des contours bien délimités. Elles ont une croissance lente et restent localisées dans le tissu ou l'organe dans lequel elles sont apparues. Elles n'entraînent pas de métastases dans d'autres endroits du corps. Les tumeurs bénignes sont composées de cellules qui ressemblent aux cellules normales du tissu concerné. On dit qu'elles sont bien différenciées.

La tumeur bénigne qui se développe le plus souvent dans le sein est le fibroadénome.

Les autres affections bénignes du sein sont les kystes, les changements fibrokystiques, l'hyperplasie l'écoulement du mamelon, la gynécomastie. La plupart des masses du sein ne sont pas synonymes de cancer, mais seul l'examen anatomopathologique réalisé après une biopsie permet de vérifier qu'il ne s'agit pas d'un cancer.

## 2.2 Facteurs de risque

Les études scientifiques tendent à montrer que le développement des kystes au niveau du sein est provoqué par les hormones qui gèrent le cycle menstruel. Ils sont fréquents chez les femmes âgées de plus de 35 ans et se manifestent plus souvent juste avant la ménopause mais habituellement pas après.

Les kystes au sein se développent aussi chez les femmes qui suivent une hormonothérapie de substitution après la ménopause.

## 2.3 Symptômes

Les kystes peuvent apparaître dans un seul sein ou dans les deux. Les symptômes d'un kyste au sein peuvent être les suivants :

- une masse dans un sein, souvent molle et mobile ;
- une masse qui grossit, sensible et douloureuse avant ou pendant les menstruations.

## 2.4 Diagnostic

Si les symptômes d'un kyste au sein se manifestent ou si le médecin en soupçonne la présence, des examens sont réalisés afin de poser un diagnostic. Il peut s'agir :

- d'un examen clinique des seins
- d'une échographie mammaire
- d'une mammographie
- d'une biopsie à l'aiguille fine pour retirer du liquide afin de l'examiner.

## 2.5 Traitement

Un kyste disparaît souvent naturellement. Dans le cas contraire ou s'il est volumineux, il est possible de retirer le liquide contenu dans le kyste par ponction à l'aide d'une aiguille.

Lorsque le liquide est aspiré, un kyste peut réapparaître. Dans ce cas, il est possible qu'il faille à nouveau en retirer le liquide. S'il continue de se remplir et qu'il devient gênant, une chirurgie peut être envisagée.

## 2.6 Tumeurs malignes

Les tumeurs malignes ont des contours le plus souvent mal délimités. Certaines sont toutefois bien limitées et peuvent alors être considérées un temps comme bénignes ; ceci pouvant retarder le diagnostic de cancer.

Les cellules cancéreuses qui composent les tumeurs malignes présentent diverses anomalies par rapport à des cellules normales : forme et taille différentes, contours irréguliers... On parle de cellules indifférenciées car elles ont perdu leurs caractéristiques d'origine. Les tumeurs malignes ont tendance à envahir les tissus voisins. Elles peuvent entraîner des métastases : des cellules cancéreuses s'échappent de la tumeur primitive et vont coloniser une autre région du corps, pour y former une nouvelle tumeur qu'on appelle tumeur secondaire ou métastase.

On distingue les cancers *in situ* (confinés dans les canaux ou les lobules) et les cancers invasifs ou infiltrants. C'est grâce à l'examen anatomopathologique d'un échantillon de tumeur que l'on peut déterminer si elle est cancéreuse ou non.

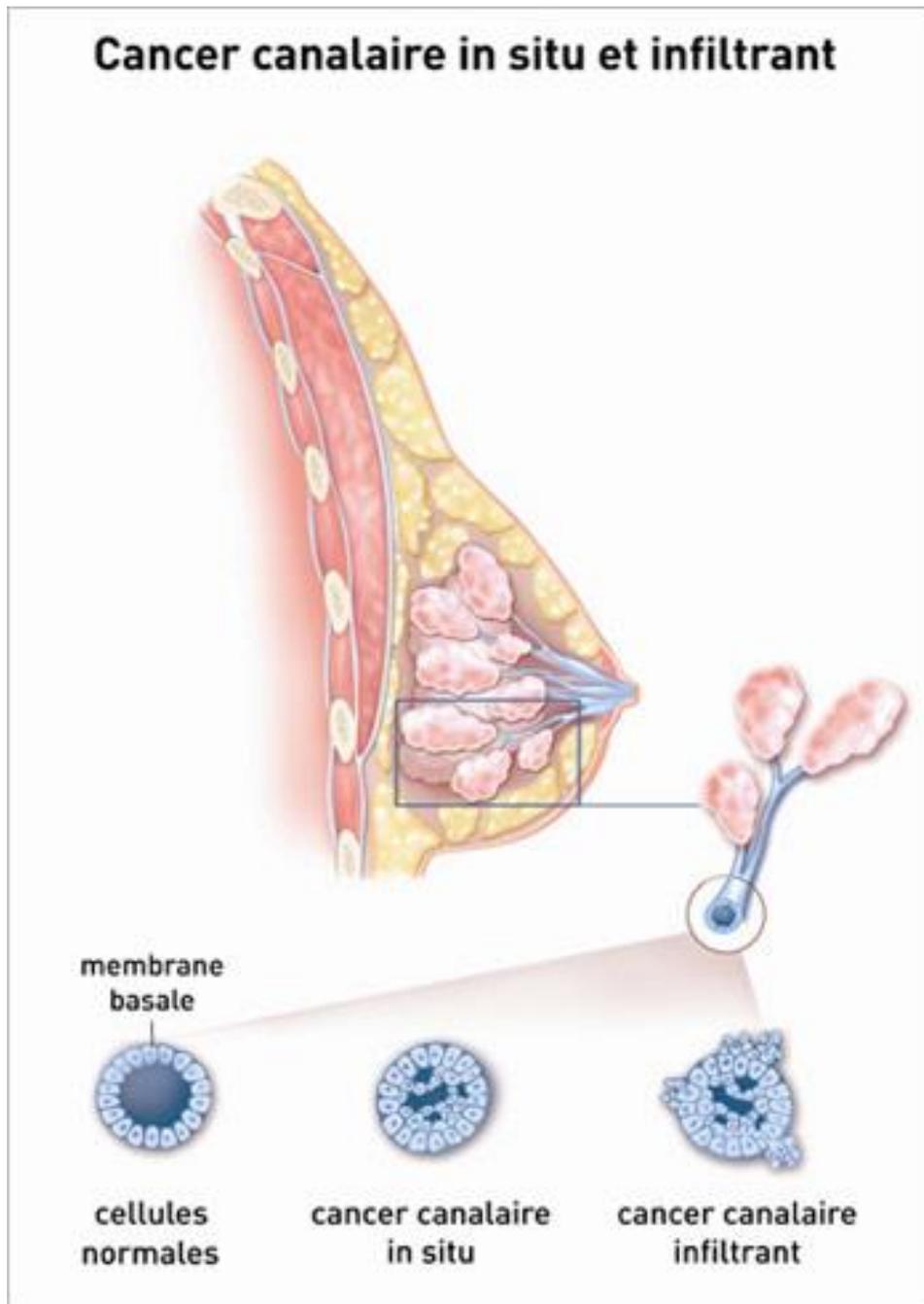
## **3. Les cancers du sein**

### 3.1 Description

Un cancer du sein est une tumeur maligne qui se développe au niveau du sein. Il existe différents types de cancer du sein selon les cellules à partir desquelles ils se développent.

Les cancers du sein les plus fréquents (95 %) sont des adénocarcinomes, c'est-à-dire qui se développent à partir des cellules épithéliales (= carcinome) de la glande mammaire (= adéno).

Les adénocarcinomes naissent le plus souvent à partir des cellules des canaux et plus rarement à partir des cellules des lobules.



### 3.2 Les adénocarcinomes in situ

Lorsque les cellules cancéreuses se trouvent uniquement à l'intérieur des canaux ou des lobules, sans que la tumeur ait franchi la membrane basale qui les entoure et donc sans qu'elle ait infiltré le tissu voisin, on parle de cancer ou carcinome in situ.

Le cancer canalaire in situ ou carcinome canalaire in situ (CCIS) est le plus fréquent : huit à neuf cancers in situ sur dix sont des cancers canaux in situ.

La maladie de Paget est un adénocarcinome du sein ; c'est un cancer canalaire in situ de haut grade.

Elle prend naissance dans les canaux galactophores qui sont les petits conduits par lesquels le lait est amené vers les orifices du mamelon lorsque la femme allaite. Elle peut alors se propager à l'aréole ou au tissu du sein plus profond. Une croûte se forme au niveau du mamelon et de l'aréole, ces derniers deviennent rouges (comme pour un eczéma) et la peau se met à peler pouvant entraîner des lésions cutanées. Le traitement standard de la maladie de Paget est la chirurgie

Le cancer lobulaire in situ ou néoplasie lobulaire in situ ou carcinome lobulaire in situ (CLIS) est plus rare. Il représente 10 à 15% des cancers du sein in situ. Il est considéré comme un facteur de risque de développer un cancer du sein et non comme un précurseur direct de cancer. Sa prise en charge est différente des autres cancers du sein.

Le traitement d'un carcinome canalaire in situ (CCIS) repose principalement sur un traitement locorégional :

- soit une chirurgie mammaire conservatrice (tumorectomie) suivie d'une radiothérapie. La chirurgie conservatrice du sein consiste à retirer la tumeur et une petite quantité des tissus qui l'entourent de façon à conserver la plus grande partie du sein. Dans certains cas, l'intervention peut être accompagnée d'une exérèse du ganglion sentinelle.
- soit une chirurgie non conservatrice du sein (mastectomie) qui consiste à enlever dans son intégralité le sein dans lequel se situe la tumeur. Selon les cas, l'intervention est accompagnée ou non d'une exérèse du ganglion sentinelle.

La prise en charge des cancers lobulaires in situ (CLIS) est généralement basée sur une surveillance régulière. Dans certains cas, une biopsie chirurgicale ou une exérèse peuvent être proposées.

### 3.3 Les adénocarcinomes infiltrants

Lorsque les cellules cancéreuses ont infiltré le tissu qui entoure les canaux et les lobules, on parle de cancer ou carcinome infiltrant. Les cancers infiltrants sont le plus souvent des cancers canaux. Le cancer lobulaire infiltrant est plus rare.

Les cancers infiltrants peuvent se propager vers les ganglions ou vers d'autres parties du corps. Les ganglions le plus souvent atteints par les cellules du cancer du sein se trouvent sous les bras, au niveau des aisselles ; on les appelle les ganglions axillaires.

*- Cancer du sein infiltrant non métastatique*

Le traitement d'un cancer du sein infiltrant repose principalement sur un traitement locorégional :

- soit une chirurgie mammaire conservatrice (mastectomie partielle) incluant une chirurgie des ganglions (exérèse du ganglion sentinelle ou curage ganglionnaire), complétée d'une radiothérapie
- soit une chirurgie mammaire non conservatrice (mastectomie) incluant une chirurgie des ganglions (exérèse du ganglion sentinelle ou curage ganglionnaire) et au besoin complétée d'une radiothérapie.

Ce traitement principal peut être complété en fonction de la présence ou non de facteurs de risque de récurrence, c'est-à-dire de caractéristiques du cancer qui augmentent son risque de récidiver après un traitement locorégional. Parmi les facteurs de risque de récurrence d'un cancer du sein, on compte par exemple :

- la taille de la tumeur
- son grade c'est-à-dire son degré d'agressivité
- le fait que les ganglions lymphatiques soient atteints ou non et leur nombre
- le caractère hormonodépendant ou non de la tumeur
- la surexpression de la protéine HER2 ou non.

En présence de facteurs de risque de récurrence, les médecins étudient l'opportunité de réaliser le ou les traitements complémentaires suivants :

- en cas de chirurgie conservatrice :
  - une radiothérapie de la glande mammaire. Selon l'âge, une dose additionnelle (appelée boost ou surimpression) peut être réalisée sur le lit tumoral, c'est-à-dire la région du sein où se trouvait la tumeur avant l'intervention chirurgicale;
  - une radiothérapie des aires ganglionnaires.
- en cas de chirurgie non conservatrice :
  - une radiothérapie de la paroi thoracique
  - une radiothérapie des aires ganglionnaires.

- quelle que soit la chirurgie :
  - une chimiothérapie, éventuellement associée à une thérapie ciblée si la tumeur est HER2 positive
  - une hormonothérapie si la tumeur est hormonosensible

Dans tous les cas, l'objectif est de limiter le risque de récurrence et d'optimiser les chances de guérison. Par ailleurs, dans certains cas, comme un cancer inflammatoire ou quand la tumeur est trop volumineuse pour être opérée d'emblée, l'intervention chirurgicale peut être précédée d'un traitement médical (chimiothérapie ou hormonothérapie en cas de tumeur hormonosensible) appelé néoadjuvant.

Si, après la chirurgie, une chimiothérapie (associée ou non à une thérapie ciblée selon le statut HER2 de la tumeur) et une radiothérapie sont prescrites, la chimiothérapie est le plus souvent réalisée en premier. Ceci s'explique par le fait que certains médicaments de chimiothérapie entraînent des effets secondaires plus importants lorsqu'ils sont administrés après la radiothérapie. Pour les éviter, la radiothérapie est commencée une fois que la chimiothérapie est terminée et ce au maximum 5 semaines après. Enfin, un délai maximum de 6 mois ne doit pas être dépassé entre la chirurgie et le début de la radiothérapie. Si une hormonothérapie est indiquée, elle démarre à l'issue de la radiothérapie.

#### *- Cancer du sein métastatique*

Un cancer du sein métastatique est un cancer qui présente des métastases, c'est-à-dire des tumeurs formées à partir de cellules cancéreuses qui se sont détachées de la première tumeur du sein (dite primitive) et ont migré par les vaisseaux lymphatiques ou les vaisseaux sanguins dans une autre partie du corps (os, poumons, foie le plus fréquemment) où elles se sont installées.

Le traitement principal d'un cancer du sein métastatique est un traitement systémique, à base de médicaments. Il s'agit de médicaments de chimiothérapie, éventuellement d'une thérapie ciblée, et/ou d'une hormonothérapie lorsque la tumeur est hormonosensible.

Dans certaines situations, un traitement locorégional telle une chirurgie et/ou une radiothérapie de la tumeur ou des métastases est associé au traitement à base de médicaments.

#### 3.4 Les formes rares de cancers du sein

Il existe d'autres types de cancer du sein, plus rares.

#### *- La tumeur phyllode*

Les tumeurs phyllodes du sein sont le plus souvent bénignes. Dans de très rares cas, il peut s'agir de cancers du sein, dénommés tumeur phyllode de grade III ou parfois sarcome phyllode. Elles prennent naissance dans le tissu conjonctif du sein. Le traitement standard est la chirurgie.

*- Le sarcome*

Le sarcome est extrêmement rare. Ce type de cancer du sein est traité différemment des autres formes de cancers du sein. On le traite habituellement comme les autres sarcomes.

*- Le lymphome*

Le lymphome est extrêmement rare. Ce type de cancer du sein est traité différemment des autres formes de cancers du sein. On le traite habituellement par chimiothérapie, comme un lymphome non hodgkinien.

*- Les formes rares de carcinomes*

- Le carcinome médullaire représente 1 % des cancers du sein infiltrants. Il se manifeste davantage chez les femmes de moins de 50 ans. Sa bordure est souvent ronde et bien définie, il ressemble parfois à un fibroadénome à la mammographie ou à la palpation lors de l'examen clinique des seins. Le carcinome médullaire a un pronostic plus favorable que le carcinome canalaire infiltrant. Lorsqu'un carcinome médullaire est découvert chez une femme jeune, les médecins suspectent fortement une forme génétique.
- Le carcinome mucineux est rare, il représente environ 2 % de tous les cancers du sein infiltrants. Il est aussi appelé carcinome colloïde. Il se développe plus souvent chez les femmes âgées de 60 à 70 ans. Il est formé de cellules cancéreuses qui sécrètent du mucus. Le carcinome mucineux a un meilleur pronostic que les autres types courants de cancers du sein infiltrants.
- Le carcinome tubuleux est un autre type de cancer assez peu commun qui représente de 1 à 2 % de tous les cancers du sein infiltrants. Il se manifeste davantage chez les femmes de 55 ans et plus. Il porte le nom de tubuleux en raison de l'aspect des cellules au microscope. Le carcinome tubuleux a tendance à être de petite taille et à ne pas se propager souvent aux ganglions lymphatiques des aisselles. Il a aussi un meilleur pronostic que le carcinome canalaire ou lobulaire infiltrant.

- Le carcinome papillaire peut être infiltrant ou non. Lorsqu'il est infiltrant, il ne représente pas plus de 1 à 2 % de tous les cancers du sein infiltrants. Il a tendance à se manifester chez les femmes âgées. Le carcinome papillaire infiltrant (hormis la forme micropapillaire) a un pronostic plus favorable que le carcinome canalaire infiltrant.

### 3.5 Les stades d'un cancer du sein

Grâce aux examens de diagnostic, on détermine le stade du cancer, c'est-à-dire l'étendue de la maladie au moment du diagnostic. Pour évaluer l'étendue d'un cancer du sein, les médecins prennent en compte trois critères : la taille et l'infiltration de la tumeur, l'atteinte ou non des ganglions lymphatiques et la présence ou non de métastases.

- La taille et l'infiltration de la tumeur. Lorsque des cellules cancéreuses apparaissent, elles forment d'abord une tumeur au niveau des canaux ou des lobules du sein (carcinome in situ). Puis, progressivement, la tumeur peut traverser la paroi (appelée membrane basale) du canal ou du lobule et devenir ainsi infiltrante (on dit aussi invasive). Étudier la taille et l'infiltration de la tumeur donne donc une indication sur le degré d'évolution de la maladie.
- L'atteinte ou non des ganglions lymphatiques, le nombre et leur emplacement. Les cellules cancéreuses peuvent s'échapper du sein et se disséminer ailleurs. Les ganglions lymphatiques de l'aisselle (ganglions axillaires) sont les premiers à être potentiellement touchés. Lors de l'examen clinique, le médecin recherche systématiquement les ganglions anormaux en palpant les différents endroits où ils peuvent se trouver (essentiellement dans l'aisselle). Pour déterminer ou confirmer si des ganglions contiennent des cellules cancéreuses, il faut dans un second temps les analyser au microscope, après les avoir prélevés. Si des ganglions sont atteints, cela signifie que la maladie a commencé à se disséminer. Le nombre de ganglions envahis et leur emplacement permet d'en savoir plus sur le degré de propagation du cancer.
- La présence ou non de métastases. Les cellules cancéreuses peuvent envahir d'autres organes que les ganglions lymphatiques et y développer des métastases. Les organes les plus souvent touchés par des métastases lors d'un cancer du sein sont le foie, les os et les poumons.

Ces 3 critères – taille et infiltration de la tumeur, atteinte ou non des ganglions lymphatiques, présence ou non de métastases – permettent de définir le stade du cancer selon la classification TNM de l'Union internationale contre le cancer (UICC) et de l'American Joint

Committee on Cancer (AJCC), 7ème édition. TNM signifie en anglais « Tumor, Nodes, Metastasis » soit « tumeur, ganglions, métastases ».

L'examen clinique réalisé avant tout traitement permet de définir un stade du cancer dit stade pré-thérapeutique, on parle de classification cTNM (c pour clinique).

Après la chirurgie, l'examen anatomopathologique des tumeurs et l'analyse microscopique des ganglions prélevés permet de définir un stade du cancer dit stade anatomopathologique, on parle de classification pTNM (p pour post-chirurgical).

En fonction des caractéristiques observées lors de cet examen, une annotation par lettre ou par chiffre est portée pour T, N ou M :

- Tx (la tumeur ne peut pas être évaluée) à T4 pour la taille de la tumeur
- Nx (l'envahissement des ganglions ne peut pas être évalué) à N3 pour le degré d'envahissement des ganglions ;
- Mx (renseignements insuffisants pour classer les métastases à distance), M0 et M1 pour la présence ou non de métastase à distance.

Si les caractéristiques observées lors de cet examen anatomopathologique sont différentes de celles observées lors de l'examen clinique réalisé avant tout traitement, le stade est réévalué après la chirurgie.

Le stade des cancers du sein au moment du diagnostic est exprimé par un chiffre romain allant de 0 à IV.

### 3.6 Les grades d'un cancer du sein

Tous les cancers du sein n'ont pas la même agressivité. C'est l'examen anatomopathologique d'un échantillon de tumeur qui permet d'évaluer le type exact de cancer et de définir son grade.

Le pathologiste examine au microscope la tumeur et évalue trois paramètres morphologiques : l'architecture tumorale, la forme et la taille du noyau de la cellule et le nombre de cellules qui se divisent (ou activité mitotique) qui reflète la vitesse à laquelle les cellules cancéreuses se développent.

### **L'apparence des cellules cancéreuses (ou architecture cellulaire)**

En devenant cancéreuse, la cellule perd progressivement sa fonction d'origine, elle se met à se développer plus rapidement que les autres et finit par changer d'apparence. On dit alors qu'elle est indifférenciée, c'est-à-dire qu'elle a perdu toutes ses caractéristiques d'origine.

Il y a plusieurs degrés de malignité. Plus une cellule cancéreuse ressemble aux cellules normales (elle est dite alors bien différenciée), moins elle est agressive. Plus une cellule s'est modifiée par rapport aux cellules normales (elle est alors indifférenciée), plus elle est agressive.

### **La forme du noyau.**

En devenant cancéreuse, le noyau de la cellule peut changer de taille et de forme.

### **Le nombre de cellules en division (ou activité mitotique)**

Plus une cellule cancéreuse se développe vite, plus elle se divise rapidement et plus le risque de propagation du cancer dans l'organisme augmente. Ce critère est étroitement lié au nombre de cellules qui se divisent. L'aspect microscopique d'une cellule qui se divise (on dit aussi qui est en mitose) est caractéristique. Le pathologiste va compter, sur une surface définie, le nombre de cellules qui se divisent.

Chacun de ces 3 critères est évalué et une note allant de 1 à 3 lui est attribuée.

CRITÈRE	NOTE 1	NOTE 3
Architecture	La tumeur contient beaucoup de structures bien formées.	La tumeur contient peu ou pas du tout de structures bien formées.
Noyau	Les noyaux de la tumeur sont petits et uniformes.	Les noyaux de la tumeur sont gros et leur taille et leur forme varient.
Activité mitotique	Les cellules de la tumeur se divisent lentement = faible nombre de mitoses.	Les cellules de la tumeur se divisent rapidement = important nombre de mitoses.

Le grade d'un cancer correspond à la somme des notes obtenues pour chacun des trois critères. On obtient ainsi un score global classé de I à III qui correspond au grade histopronostique d'Elston-Ellis. Lorsqu'on obtient les scores 3,4 et 5, on parle de grade I ; pour des scores de 6 et 7, on parle de grade II et pour des scores de 8 et 9, on parle de grade III.

- Le grade I correspond aux tumeurs les moins agressives ;
- Le grade III correspond aux tumeurs les plus agressives ;
- Le grade II est un grade intermédiaire entre les grades 1 et 3.

Sur les comptes rendus d'examen, le grade est souvent exprimé par la lettre G ou SBR, suivie des chiffres I, II ou III. Le grade peut aussi être exprimé en termes de « bas grade » pour les tumeurs les moins agressives et « haut grade » pour les tumeurs les plus agressives.

Différents types de traitements peuvent être utilisés pour traiter un cancer du sein : la chirurgie, la radiothérapie, l'hormonothérapie, la chimiothérapie et les thérapies ciblées.

Selon les cas, les traitements peuvent avoir différents objectifs :

- supprimer la tumeur ou les métastases
- réduire le risque de récurrence
- ralentir le développement de la tumeur ou des métastases
- améliorer le confort et la qualité de vie de la personne malade, en traitant les symptômes engendrés par la maladie.

Il arrive parfois qu'un seul type de traitement soit nécessaire. Dans d'autres cas, une association de traitements est utile pour mieux maîtriser la maladie. On peut ainsi, par exemple, réaliser une chirurgie et compléter ensuite le traitement uniquement par une chimiothérapie, ou uniquement par une radiothérapie. Le traitement complémentaire est appelé traitement adjuvant. Son objectif est de compléter l'action de la chirurgie et de renforcer son efficacité.

Le choix des traitements dépend des caractéristiques suivantes :

- du type de cancer et de l'endroit où il est situé dans le sein
- de son caractère unifocal (un foyer cancéreux) ou multifocal (plusieurs foyers cancéreux)
- de son stade au moment du diagnostic
- de son grade
- du statut des récepteurs hormonaux ou de HER2
- des éventuelles contre-indications aux traitements
- de l'état de santé général de la patiente, de son âge, de ses antécédents personnels médicaux et chirurgicaux et de ses antécédents familiaux
- de l'avis de la patiente.

Une proposition de traitements est établie par des médecins d'au moins trois spécialités différentes (chirurgien, oncologue médical, oncologue radiothérapeute, pathologiste...) dans le cadre d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) en s'appuyant sur des recommandations de bonne pratique.

### 3.7 La chimiothérapie

La chimiothérapie est un traitement à base de médicaments (on parle aussi de traitement médical). Les médicaments de chimiothérapie agissent sur les mécanismes de la division cellulaire.

C'est un traitement général (appelé traitement systémique), qui agit dans l'ensemble du corps. Cela permet d'atteindre les cellules cancéreuses quelle que soit leur localisation dans le corps, même si elles sont isolées et ne sont pas détectables par les examens de diagnostic.

Les médicaments de chimiothérapie sont administrés le plus souvent par perfusion, ou parfois par voie orale sous forme de comprimés.

Une chimiothérapie n'est pas proposée de façon systématique à toutes les patientes atteintes d'un cancer du sein. Son utilité est appréciée en fonction du stade du cancer au moment du diagnostic et des facteurs de risque de récurrence.

- Pour les cancers infiltrants, une chimiothérapie peut être nécessaire après ou avant l'intervention chirurgicale.

Lorsqu'elle est proposée après la chirurgie, on parle de chimiothérapie adjuvante. Une chimiothérapie adjuvante est indiquée notamment lorsque les examens clinique et anatomopathologique laissent à penser que le risque de récurrence est important. La chimiothérapie a ici pour but de le réduire et d'améliorer les chances de guérison. Elle peut dans certains cas être associée à une thérapie ciblée. Le traitement est débuté dans les 3 mois après la chirurgie.

Lorsqu'elle est proposée avant la chirurgie (situation moins fréquente), la chimiothérapie a pour but de réduire la taille d'une tumeur trop volumineuse pour être opérée d'emblée ou pour permettre une chirurgie conservatrice. Elle peut également être prescrite en cas de tumeur inflammatoire. On parle de chimiothérapie néoadjuvante.

- Le traitement des cancers présentant des métastases repose principalement sur un traitement à base de médicaments : une chimiothérapie, éventuellement associée à une thérapie ciblée et/ou hormonothérapie. L'objectif est de stabiliser l'évolution de la maladie et d'améliorer la qualité de vie.

### 3.8 La radiothérapie

La radiothérapie utilise des rayonnements ionisants pour détruire les cellules cancéreuses en les empêchant de se multiplier. Elle consiste à diriger précisément ces rayonnements (appelés aussi rayons ou radiations) sur la zone à traiter, tout en préservant le mieux possible les tissus sains et les organes avoisinants, dits organes à risque.

On distingue :

- la radiothérapie externe, qui utilise une source externe de rayonnements dirigés, à travers la peau, vers la zone à traiter. Ces rayonnements sont produits par un accélérateur de particules. C'est la modalité la plus fréquente pour la radiothérapie des cancers du sein
- la curiethérapie, qui utilise une source radioactive placée à l'intérieur du corps, directement au contact de la zone à traiter. Dans le cas du cancer du sein, elle est peu fréquemment utilisée.

Pour un cancer du sein, quatre zones du corps peuvent être traitées par radiothérapie :

- la glande mammaire (après chirurgie conservatrice)
- le lit tumoral, c'est-à-dire la région du sein où se trouvait la tumeur avant l'intervention chirurgicale (après chirurgie conservatrice)
- la paroi thoracique (après chirurgie non conservatrice)
- les ganglions de la chaîne mammaire interne et ceux situés au-dessus de la clavicule (dits sus-claviculaires) et ce quel que soit le type de chirurgie.

Les indications de la radiothérapie varient en fonction du stade du cancer.

Pour les cancers du sein in situ et infiltrants, la radiothérapie peut être utilisée en complément de la chirurgie (radiothérapie adjuvante) avec pour but de détruire les cellules cancéreuses qui pourraient rester à la suite de l'intervention et diminuer le risque de récurrence.

- Après une chirurgie conservatrice, une radiothérapie externe de la glande mammaire est quasiment toujours réalisée. En présence de facteurs de risque de récurrence, une dose additionnelle peut être administrée, toujours par radiothérapie externe ou parfois par curiethérapie, au niveau du lit tumoral, c'est-à-dire dans la région où la tumeur a été retirée. Cette irradiation additionnelle est appelée boost ou surimpression. Elle est facilitée par la mise en place par le chirurgien de petits clips radio-opaques au niveau du lit tumoral. Par ailleurs, pour les cancers infiltrants, l'indication d'une irradiation des ganglions est discutée selon l'envahissement ganglionnaire.

- Après une chirurgie non conservatrice, une irradiation de la paroi thoracique est uniquement indiquée pour les cancers infiltrants en présence de facteurs de risque de récurrence. Une irradiation des aires ganglionnaires peut être discutée selon qu'ils sont envahis ou non. Pour certains cancers du sein métastatiques, une radiothérapie du sein peut être envisagée pour freiner l'évolution de la tumeur. La radiothérapie est également utilisée pour traiter des métastases cérébrales ou osseuses. Une radiothérapie est réalisée de préférence avant d'entreprendre une reconstruction du sein. Dans ce cas, la reconstruction est généralement différée. Afin de limiter les effets indésirables et minimiser l'impact de la maladie et des traitements sur la vie des patientes, l'heure est à la recherche de ce que l'on appelle la désescalade thérapeutique. Il s'agit d'obtenir les mêmes résultats en termes de guérison en utilisant moins de traitements et/ou des traitements moins lourds, moins longs et/ou moins invasifs. Dans ce contexte général, une nouvelle approche est testée depuis plusieurs années, dans la prise en charge des cancers du sein traités par chirurgie conservatrice. Il s'agit de la radiothérapie peropératoire qui consiste à délivrer, pendant l'intervention chirurgicale, une dose de rayons directement sur le lit tumoral. Cette nouvelle technique permet d'éviter 5 à 6 semaines de radiothérapie après la chirurgie (comme c'est le cas actuellement), les déplacements et la fatigue qu'elles engendrent. Elle permet également de limiter les effets secondaires puisque la zone traitée est extrêmement ciblée et les tissus sains sont épargnés. En pratique, une fois que le chirurgien a procédé à l'ablation de la tumeur, la sonde de radiothérapie est positionnée directement au contact des tissus et délivre une dose de rayons pendant une trentaine de minutes. Tout se passe donc au bloc opératoire. Dans certains cas, cette unique séance de radiothérapie suffira. Dans d'autres cas, elle sera suivie de 5 à 8 séances complémentaires (versus 25 séances). Cette technique est aujourd'hui en phase d'expérimentation. Elle est proposée dans certains centres, à des femmes âgées de plus de 60 ans, présentant une petite tumeur canalaire infiltrante hormonodépendante et ne surexprimant pas HER2, sans ganglions lymphatiques envahis.

### 3.9 Prothèse externe

La décision d'avoir recours à une prothèse mammaire externe dépend de différents facteurs comme les besoins, les désirs et le mode de vie de la patiente, etc... Certaines femmes

choisissent dans un premier temps de porter une prothèse externe avant d'opter secondairement pour une reconstruction mammaire.

*Les différents types de prothèse externes :*

On distingue les prothèses temporaires, partielles et permanentes.

- Les prothèses temporaires sont des coussinets souples et légers qui peuvent être épinglés à l'intérieur d'un vêtement ou glissés dans un soutien-gorge ample.
- Les prothèses partielles (aussi appelées coquilles ou enveloppes) peuvent être utilisées dans le cas où une grande quantité de tissus mammaires a été enlevée. Elles se portent par-dessus le sein pour lui donner une apparence plus naturelle et uniforme. Il est aussi appelé soutien-gorge post-mastectomie.
- Les prothèses permanentes sont conçues de façon à avoir le même poids et la même apparence que le sein normal.

### 3.10 Reconstruction mammaire

La reconstruction mammaire fait partie intégrante de la prise en charge du cancer du sein, en particulier après une chirurgie mammaire non conservatrice. Beaucoup de femmes y ont recours après une chirurgie mammaire non conservatrice. Une reconstruction est plus rarement nécessaire après une chirurgie conservatrice.

La reconstruction mammaire est prise en charge à 100 % dans le cadre de l'ALD (affection longue durée) sur la base du tarif de l'Assurance maladie.

*- Les motivations d'une reconstruction mammaire*

Parmi les diverses motivations qui peuvent conduire une femme à choisir une reconstruction mammaire, on peut trouver :

- le désir de combler la perte du sein, parfois vécue comme une mutilation
- le souhait d'éviter d'avoir à porter une prothèse mammaire externe
- l'envie de se sentir plus désirable et à l'aise dans son corps
- la volonté d'oublier ce qui rappelle le cancer du sein
- la possibilité de varier sa garde-robe, en particulier les soutiens-gorge.

Certaines femmes néanmoins ne ressentent pas le besoin de reconstruire leur sein. Ce choix est personnel.

### *- Reconstruction immédiate et reconstruction différée*

La reconstruction mammaire se fait parfois en même temps que la chirurgie du cancer, on parle dans ce cas de reconstruction immédiate. Plus souvent, elle est réalisée après la fin des traitements, au cours d'une nouvelle intervention ; on parle cette fois de reconstruction différée, ou encore de reconstruction secondaire.

### Reconstruction par prothèse interne et reconstruction par lambeau

Il existe deux principales méthodes de reconstruction mammaire, parfois associées : la mise en place d'une prothèse interne (implant mammaire) et l'utilisation de tissus provenant d'autres parties du corps (reconstruction par lambeau).

Le type de chirurgie reconstructive choisi dépend :

- de l'étendue de la chirurgie du cancer et de la quantité de tissu retirée du sein
- des traitements complémentaires, comme la radiothérapie, qui peut engendrer des changements cutanés
- de la quantité de tissu disponible pour la reconstruction
- de la santé du tissu dans la région à reconstruire
- de la taille et de la forme de l'autre sein
- de l'état de santé général de la patiente et de ses troubles de santé existants éventuels
- de la constitution corporelle de la patiente
- de ses attentes.

### Les étapes de la reconstruction

Quelle que soit la méthode retenue, une reconstruction mammaire nécessite le plus souvent deux ou trois interventions, avec un intervalle de 3 à 6 mois entre chacune d'entre elles.

La première opération a pour but de reconstruire le volume du sein.

La seconde consiste à harmoniser les deux seins afin d'améliorer le résultat esthétique. Elle n'est pas toujours nécessaire mais fait partie intégrante de la prise en charge médicale du cancer du sein.

La troisième, qui peut parfois être groupée avec la seconde, consiste à refaire la zone de l'aréole et du mamelon.

Chaque cancer est particulier et nécessite une reconstruction appropriée (immédiate ou différée, par implant ou par lambeau). Au cours de la consultation et après avoir examiné la patiente, le chirurgien explique la ou les techniques les mieux adaptées à la situation.

### 3.11 Cancer du sein et estime de soi

L'image corporelle correspond à la perception et au vécu intime, le plus souvent inconscients, que nous établissons avec notre propre corps. L'image du corps est un fondement de l'estime de soi. L'estime de soi est justement l'appréciation que nous pouvons nous faire de nous-mêmes, tant individuellement que dans les interactions avec les autres. On peut comprendre que le cancer du sein et ses traitements peuvent affecter l'image corporelle et l'estime de soi.

#### *Atteinte du corps et cancérologie*

L'atteinte du corps en oncologie implique trois étapes clés tant sur le plan somatique que psychologique.

Sur le plan somatique, on distingue l'annonce de la maladie et de la potentielle mutilation, la destruction et l'ablation de l'organe ou de la partie du corps atteinte, la réintégration et la reconstruction d'un organe modifié ou d'une prothèse de substitution de l'organe.

Sur le plan psychique, l'annonce de la maladie fait réaliser au patient sa mortalité ; la perte de l'organe aboutit ou non à l'acceptation irréversible du passé avec le processus du travail de deuil ; la reconstruction renvoie au travail d'incorporation de l'organe modifié ou de la prothèse instaurée.

En cancérologie, le corps met à mal le sujet dans sa croyance en son immortalité et contraint l'appareil psychique à s'en représenter ses modifications d'où la mise en place des mécanismes de défense chez les patients.

Le cancer et ses traitements contraignent l'individu à penser différemment le corps face à l'agression somatique (atteinte réelle du corps). Les conséquences sur ce corps atteignent le psychisme en sachant qu'il n'y a jamais véritablement de « restitutio ad integrum ».

Le cancer va transformer le regard au corps pour le sujet lui-même mais aussi pour les autres.

Le cancer oblige le corps à une mise en scène permanente et l'esprit à une quête de sens vis à vis de la souffrance atteignant ce corps. Le cancer et ses diverses thérapeutiques vont

entraîner chez le patient une métamorphose plus ou moins rapide de son corps, de son identité corporelle d'où un risque potentiel de dépersonnalisation avec perte du contrôle de soi et perte de vue de son identité avec une atteinte de l'estime de soi et la perte de confiance. Cela pose la question pour les patients de la pérennité de la perception de leur image et les confronte à différents challenges :

- de l'impossibilité à se voir mutilé à l'acceptation de se voir mutilé ;

- de la relation à son corps et la subjectivité de cette relation ;

- de la capacité ou non à faire le deuil de « l'avant » et d'investir ou non « l'après ».

Certaines représentations populaires du cancer issues de l'inconscient collectif, renvoient à l'invasion du corps par la maladie et les métastases annonciatrices d'une mort prochaine, au fantasme de dévoration par le « crabe » qui va se nourrir à l'intérieur de ce corps malade, à la pourriture qui va en résulter avec les conséquences sur l'autonomie et la perte du rôle social, familial et professionnel. Ce corps atteint par cette « longue » maladie va progressivement conduire à la déchéance et à une mort vécue comme lente et douloureuse.

La chimiothérapie renvoie à la perte de cheveux qui représente la marque visible de la maladie « cancéreuse » mais aussi à l'atteinte de tout le système pileux : cils, sourcils, pilosité pubienne et axillaire. L'alopécie remet en cause la féminité et le pouvoir de séduction, et constitue souvent un traumatisme narcissique difficile à assumer par les femmes et parfois aussi par les hommes.

La radiothérapie peut affecter le corps par la présence de troubles cutanés avec modification de la texture de la peau (épidermite, atrophie cutanée) et de brûlures au niveau de la zone irradiée. Les nouveaux matériaux utilisés pour le tatouage lors des phases de repérage de la zone à irradiée ne sont plus indélébiles et ont donc moins d'impact au niveau cutané. D'autres réactions sont possibles telles que l'asialie, la perte d'appétit, des sensations nauséuses, une fatigue, des troubles cognitifs si atteinte cérébrale, une atrophie des muqueuses, une sécheresse des organes sexuels si atteinte gynécologique.

L'hormonothérapie bouleverse les cycles féminins et masculins et précipite ménopause et andropause avec prise pondérale, flush facial et bouffées vasomotrices, baisse de libido.

### *Atteinte corporelle et identité*

Le cancer et ses traitements vont mettre en péril chez le patient son identité corporelle (image de soi) et son identité psychologique (conscience de soi). Chez la patiente, deux questions fondamentales concernant le corps vont conditionner l'impact sur l'identité :

- comment le corps est-il investi avant l'intervention mutilante par la patiente ?

- comment pourra-t-elle percevoir ou appréhender une perspective de perte touchant son corps ?

Pour investir et se réapproprier ce nouveau corps, il ne suffit pas de panser le corps mutilé, mais il faut aussi pouvoir le penser et se le représenter avec une mise en mots. Cela va se traduire par des interrogations suivantes chez les patientes : « À quoi vais-je ressembler ? Mon entourage va-t-il me reconnaître ? Comment vont-ils me regarder ? ». L'identité va passer par le regard miroir de l'autre dans lequel la patiente essaye de se reconnaître.

La relation au corps est bouleversée pour le sujet lui-même et aussi dans la façon dont son corps est vu et investi par les autres.

### *Les différents corps dans le cancer : atteinte de l'intégrité corporelle*

Le corps atteint par le cancer peut être appréhendé selon différentes problématiques :

#### - Le corps réel

Il est celui objet de tous les examens d'investigation, de soins et de traitements. Il est le corps fragilisé, meurtri, délabré, mutilé car envahi par la maladie et confronté aux effets secondaires des traitements. Il est aussi le corps objet de sensations plus ou moins désagréables comme la douleur physique, la fatigue. Il est le corps objet de représentations car fantasmé, adulé ou rejeté et trahi. Son atteinte renvoie à l'identité profonde de chaque individu, tributaire de son histoire singulière.

#### - Le corps de besoin

Il est objet de dépendances aux soins médicaux et à autrui, objet de pertes d'autonomie ou de non-satisfaction des besoins, investi ou « désinvestissement du moi corps » par désespoir.

### - Le corps identitaire

Il traduit l'image de soi détruite par ce corps, identité profonde avec effondrement des repères identificatoires, autonomie perdue ou amoindrie.

### - Le corps imaginaire

Il est celui fantasmé, catalyseur de toutes les pertes de l'intégrité corporelle que le patient va subir. Il devient image idéalisée d'un corps triomphant mis à mal par la maladie, imaginaire réduit au réel.

### - Le corps de douleur

La douleur concerne le corps physique et psychique. Les syndromes douloureux physiques multiples sont dus soit au processus néoplasique (métastases osseuses, plexopathie, atteinte viscérale) soit aux séquelles des traitements en post-radiothérapie ou chirurgie ou chimiothérapie (les taxanes peuvent donner des polyneuropathies). Les douleurs peuvent être générées par les explorations plus ou moins invasives : biopsies, fibroscopie, prélèvements artério-veineux, pose de cathéter.

La douleur et la souffrance morale peuvent être masquées par les plaintes somatiques et traduiront détresse, anxiété, dépression, atteinte narcissique, deuil, regret d'une image perdue. Le risque étant une focalisation permanente de la pensée sur le corps douloureux avec un repli et une régression voire au maximum une inhibition de la pensée.

L'annonce du cancer met à mal le corps comme en témoigne cette citation de Deschamps:<sup>25</sup>  
« À l'annonce du mot "cancer" se brisent les ailes du désir, et l'esprit se noie dans un abîme sans fond, tandis que le corps est précipité dans l'horreur de la chute : tomber cancéreux, c'est "tomber-mourir" dans un univers déchaîné (...). C'est éclater en mille morceaux cancérisés, métastasés dans un océan d'indifférence alors que le monde réel continue imperturbablement de tourner ».

Ce corps peut être caché, clivé, ravagé, meurtri, morcelé, mortifère, castré, amputé et les conséquences de son atteinte ne seront pas anodines :

---

<sup>25</sup> Deschamps D. *Psychanalyse et Cancer* : au fil des mots...un autre regard. Paris : L'Harmattan, 1997.

- atteinte de l'intégrité corporelle et perte d'un organe et/ou d'une fonction corporelle
- bouleversement de la représentation de soi et remise en cause de l'image idéale de soi
- problème de l'investissement d'un corps malade et/ou mutilé
- atteinte narcissique et altération de l'estime de soi
- création d'une situation de faiblesse et de dépendance avec l'effondrement du mythe de la toute puissance
- perturbation possible de la vie relationnelle et sociale.

Dolto nous rappelle que « pour l'être humain, les altérations du schéma corporel ne sont psychologiquement supportables que si son narcissisme est sauvegardé ».<sup>26</sup>

Plusieurs paramètres peuvent venir majorer chez les patientes leurs difficultés d'investissement de ce corps mutilé. Avant tout, la représentation du corps malade, envahi par la maladie, qui va mal se défendre en raison d'une faiblesse du système immunitaire. Puis la représentation du corps mutilé non reconnu et vécu comme étranger à soi et la nécessité de vivre avec ce corps « différent » et de devoir faire le deuil de l'organe disparu et de s'habituer à des repères différents (perte d'un organe interne versus création d'un organe externe comme une poche de colostomie).

Face à ce corps mortifère, la patiente peut ressentir un sentiment de trahison et une perte de confiance dans un corps auparavant « en bonne santé » et qui n'a pas su le protéger soit de l'ennemi intime (crabe qui dévore de l'intérieur) soit de l'invasion extérieure du « microbe » ou du « virus » (ex. : infection à papilloma virus et cancer du col utérin, affection à Epstein Barr virus et cancer du cavum).

#### *Aspects psychologiques de la mutilation*

L'intervention chirurgicale mutilante de la patiente renvoie symboliquement à la castration dans le réel. Elle la confronte à la maladie grave et représente une menace pour son intégrité

---

<sup>26</sup> Dolto F. *L'Image inconsciente du corps*, Paris, Seuil, 1984.

narcissique. Elle véhicule diverses peurs telles que la crainte de la déchéance physique avec perte d'autonomie et de la dignité, présence d'une souffrance tant physique que morale irréductible et in fine peur de l'abandon et de la mort.

Différentes problématiques sont à considérer chez la patiente mutilée :

- problématique du deuil (organe retiré et parfois non remplacé)
- problématique de la castration
- problématique de la réparation
- problématique de l'image du corps
- problématique du regard de l'autre et de l'image renvoyée à autrui et à soi-même (image spéculaire)
- problématique de l'objet à rejeter (« mauvais objet responsable de tous les maux ») ou à réinvestir.

L'importance du retentissement sur le corps va dépendre de la symbolique, du degré d'investissement et des représentations associées à l'organe atteint et des modifications du fonctionnement corporel. Les perturbations identitaires engendrées, la perte du sentiment de sécurité, la blessure narcissique, le travail de deuil face à l'organe retiré et aux autres pertes associées rendent compte du difficile travail d'intégration du nouvel organe.

L'importance des troubles de l'image du corps est telle qu'elle peut déterminer l'état de bien être émotionnel un à deux ans après le diagnostic et le traitement chirurgical.

L'atteinte du sein par le cancer renvoie à diverses symboliques car il est le lieu de multiples investissements conscients et inconscients :

- la composante anatomique avec le sein mamelle nourricière source de vie, de maternité mais aussi devenu menace de mort potentielle
- la composante narcissique avec le sein source de séduction, de beauté et de féminité
- la composante érotique avec le sein source de fantasmes, zone érogène et élément de la sexualité

- la composante imaginaire avec le sein du désir, celui qu'on n'a jamais eu... Et qu'on n'aura jamais.

La perte du sein renvoie à un vécu de castration, une mutilation de l'image de soi qui va couper l'accès au plaisir sexuel d'une zone fortement investie sur le plan érogène et constituer une blessure voire un effondrement narcissique avec la fin de la féminité et par contamination un vécu mortifère.

La mastectomie renvoie à une perte d'identité avec l'atteinte à l'intégrité physique par la mutilation et la détérioration de l'image de soi (apparence, désirabilité). Elle oblige la patiente à faire le deuil du sein retiré par rapport à la silhouette antérieure et à s'adapter à une asymétrie et des modifications du volume et des sensations tactiles pouvant entraîner des répercussions sur la sexualité et la vie conjugale.

Il peut se développer une véritable névrose de deuil souvent plus intense que pour tout autre organe car celui-ci est fortement investi. Un syndrome dépressif post mastectomie est rencontré dans près de 14 à 25 % des cas.

Pour pallier la détresse psychologique engendrée par la mastectomie, certaines patientes se voient proposer une reconstruction mammaire qui peut être immédiate ou différée à un an. Toutefois, cet acte chirurgical qui se veut réparateur ne va pas dispenser la patiente du travail de deuil du sein perdu et de l'appropriation, de l'incorporation et du réinvestissement libidinal du sein reconstruit. C'est aussi l'ambivalence et la question du désir de la femme à être reconstruite qui est posée par ce geste chirurgical.

### 3.12 Cancer du sein et sexualité

La sexualité ne se limite pas strictement aux relations sexuelles et peut aussi intégrer la stimulation des sens, la tendresse et l'attention de l'autre sur soi. Le cancer du sein et ses traitements peuvent affecter la sexualité de la patiente mais n'altèrent pas sa capacité à ressentir du plaisir sexuel grâce aux caresses par exemple.

Les effets du cancer du sein sur la sexualité dépendent à la fois des traitements (chirurgie, radiothérapie, hormonothérapie ou thérapie ciblée), de la sévérité de la maladie et de la façon dont elle vit sa relation à l'autre et sa sexualité avant la survenue du cancer. Certains changements sont temporaires, d'autres peuvent être définitifs. Il peut s'agir de fatigue, d'une

diminution du désir sexuel, de douleurs, de modifications de l'image du corps, de troubles de la fertilité ou encore d'une ménopause précoce. Ces répercussions affectent la vie intime et sexuelle de la femme et du couple mais malgré ces gênes, une vie intime et sexuelle est envisageable. Le maintien ou la reprise d'une sexualité nécessite toutefois de respecter le temps nécessaire à chacun de retrouver ses repères et de pouvoir rester attentif à l'autre tout en préservant une communication de qualité.

### La diminution de la libido

Il est fréquent que les personnes malades et leurs partenaires soient anxieux en raison du choc psychologique lié à la maladie, ainsi que de l'incertitude sur l'avenir (conséquences des traitements, peur de la récurrence...). Ces préoccupations peuvent perturber leur intimité et l'expression de leur sexualité. Une personne déprimée peut se désinvestir sexuellement, alors que ses possibilités physiques sont conservées.

Par ailleurs, des traitements, comme certaines chimiothérapies et antidépresseurs, peuvent perturber et réduire le désir sexuel. Chez la femme, une baisse de la libido est habituelle pendant et au décours du traitement : plus de 50 % des cas jusqu'à 2 ou 3 ans après la fin du traitement. En général, ces effets secondaires disparaissent après la fin des traitements.

### Les douleurs

La maladie, les traitements et leurs effets secondaires peuvent entraîner des douleurs physiques importantes induisant une modification voire un arrêt de la sexualité. La façon dont la douleur est perçue est un phénomène complexe. De nombreux processus psychologiques et émotionnels entrent en jeu. La perturbation de l'équilibre hormonal de la femme qui peut être liée à une radiothérapie, à certaines chimiothérapies ou à une hormonothérapie, peut être responsable de douleurs au moment des rapports sexuels.

### 3.13 La ménopause précoce

---

Certains traitements du cancer sein (hormonothérapie, ablation, irradiation des ovaires, chimiothérapie) entraînent une ménopause précoce. Les symptômes de la ménopause précoce sont les mêmes que ceux de la ménopause naturelle: bouffées de chaleur, transpiration excessive, sécheresse vaginale.... Ces conséquences de la ménopause peuvent gêner les relations sexuelles.

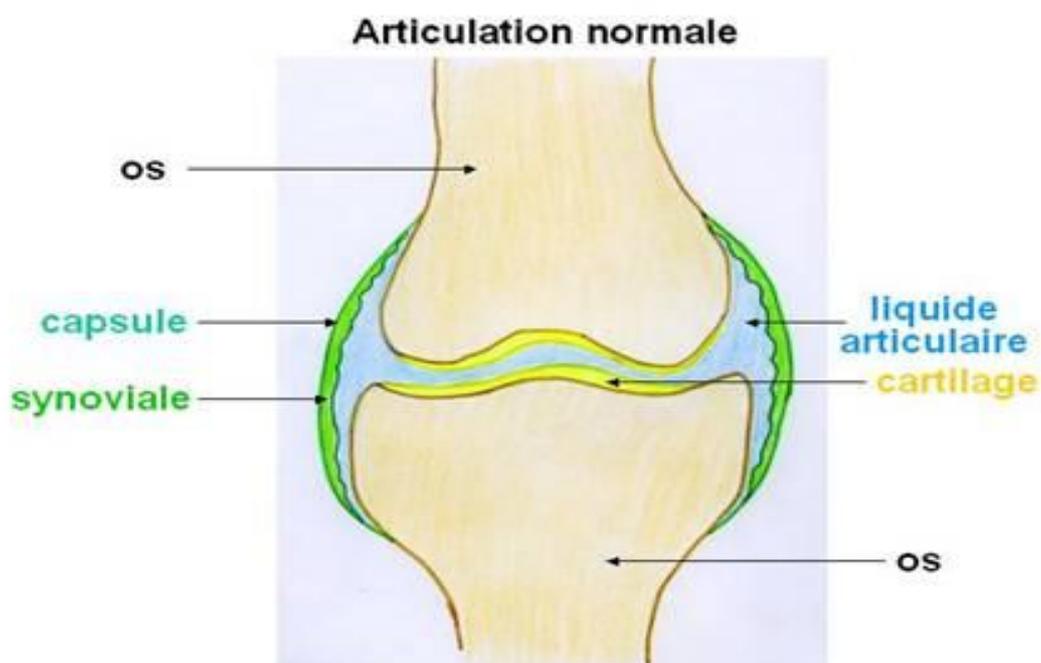
---

## ANNEXE 3

### LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

#### 1. Définition

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est un rhumatisme inflammatoire chronique. C'est-à-dire qu'il s'agit d'une maladie articulaire qui s'accompagne d'une inflammation de la synoviale et qui va durer. La synoviale est la membrane qui tapisse l'intérieur de la cavité articulaire et qui a pour fonction de sécréter le liquide articulaire : le liquide synovial qui lubrifie l'articulation.



Au cours de la PR, cette membrane est le siège d'une inflammation. Elle sécrète une quantité trop importante de liquide qui s'accumule dans l'articulation. Celle-ci gonfle et devient douloureuse. Il y a un épanchement de synovie. Ce phénomène se produit dans chaque rhumatisme où il existe une inflammation d'une articulation. Mais il se caractérise au cours de la PR, par le fait que les cellules de la membrane synoviale se multiplient anormalement. Il en résulte un épaississement de cette membrane que l'on appelle pannus synovial. Si l'inflammation de la synoviale persiste, des conséquences sur tous les éléments de

l'articulation (cartilage, os situé sous le cartilage) mais aussi sur ceux qui l'entourent (ligaments, tendons) vont survenir. Ainsi, les lésions du cartilage et de l'os au-dessous surviennent lorsque le pannus synovial et les enzymes inflammatoires contenus dans le liquide se mettent à agresser ces structures. Les tendons qui entourent l'articulation sont également touchés et participent, en l'absence de traitement, au développement des dégâts, puis des déformations articulaires. La douleur et la gêne fonctionnelle qui caractérisent la PR sont dues soit à l'inflammation, soit aux lésions du cartilage et de l'os situé au-dessous. Dans le cas de la PR, plusieurs articulations sont touchées, c'est pour cette raison que l'on parle de polyarthrite.

C'est le plus fréquent des rhumatismes inflammatoires chroniques. On la qualifie également de maladie systémique car elle ne touche pas seulement les articulations et divers organes peuvent être atteints. Elle fait partie des maladies auto-immunes, car dans son déclenchement et dans sa pérennisation intervient un dérèglement de l'immunité avec formation d'auto-anticorps.

Lorsqu'il existe un trouble de l'immunité comme au cours de la PR, les articulations peuvent être reconnues comme étrangères et donc agressées. Une des objectifs du traitement sera de rétablir la tolérance contre ses propres articulations.

La polyarthrite rhumatoïde est relativement fréquente. En France, on estime le nombre de cas de 0,25 à 0,50 % de la population générale. Elle survient principalement chez la femme entre 40 et 60 ans, mais elle peut se voir à tous les âges et quelque soit le sexe ou la race. Elle est deux fois plus fréquente chez les parents des sujets atteints.

Il faut tout de suite insister sur l'importance d'un dépistage et d'un diagnostic précoces. Ils permettent aujourd'hui, avec les traitements dont disposent les rhumatologues, de contrôler dans la plupart des cas l'évolution de cette maladie, voire de l'arrêter.

La PR peut présenter plusieurs visages. Il existe des formes bénignes qui n'entraînent que peu de conséquences pour les patients : aucun dégât articulaire, ni déformation, avec une vie tout à fait normale.

Mais, à l'inverse certaines formes sont sévères, responsables de complications plus ou moins importantes sur le plan articulaire. Elles se manifestent par une évolution rapide. Il est donc

très important, dès le diagnostic posé de voir quels sont les facteurs qui peuvent présager de cette évolution rapide, afin de mettre en route le plus tôt possible les traitements adéquats. Enfin, dans certains cas, la gravité de la maladie résulte de la présence d'une manifestation extra-articulaire (telle par exemple celle des vaisseaux qui se traduit par une vascularite).

## **2. Comment survient la polyarthrite rhumatoïde ?**

La PR survient volontiers chez les femmes entre 40 et 60 ans, particulièrement en période péri ménopausique. A cet âge, la prépondérance féminine est très marquée, puisque 4 femmes pour un homme sont touchées.

La maladie est plus fréquente chez les parents des sujets atteints.

Toutefois, la PR peut se voir à tout âge et également chez les hommes.

Cette maladie existe dans le monde entier et toutes les races peuvent être atteintes.

La PR n'est ni une maladie infectieuse, ni contagieuse, ni cancéreuse ou héréditaire. C'est une pathologie plurifactorielle. Cela veut dire que pour être déclenchée, plusieurs phénomènes doivent se conjuguer.

Des facteurs psychologiques sont parfois retrouvés. Dans 20 à 30 % des cas, on constate qu'elle survient après un événement marquant tel un deuil, une séparation, un accouchement, une intervention chirurgicale,...

Des facteurs hormonaux ont été soupçonnés devant le fait que cette maladie prédomine chez la femme et survient en période péri ménopausique. De plus, il existe une rémission quasi constante pendant la grossesse, et souvent une poussée au décours de l'accouchement. Enfin, les contraceptifs oraux pourraient peut-être diminuer la sévérité de la PR.

Des facteurs environnementaux peuvent influencer la survenue de la maladie puisqu'on constate que dans certaines zones ou pays, la PR est plus ou moins fréquente. Mais aucune preuve scientifique n'a permis d'identifier le ou les facteurs responsables.

Des facteurs génétiques sont incontestables, puisqu'il existe des cas familiaux. Il s'agit en fait de facteurs de prédisposition génétique. C'est à dire, que leur présence facilite l'éclosion de la maladie, mais ne peuvent à eux seuls la déclencher. On a ainsi identifié à la surface des globules blancs, des protéines particulières concernant l'antigène HLA (Human Leucocyte Antigen) : il s'agit de groupes tissulaires portés par les globules blancs, comme les groupes sanguins sont portés par les globules rouges. Dans la PR, les protéines HLA DR1 et HLA DR4 sont fréquemment rencontrés.

### **3. Pourquoi survient-elle ?**

L'inflammation est le mode classique de réaction de l'organisme face à une agression quelle qu'elle soit. Mais, dans le cas de la PR, l'agent agresseur n'est pas identifié. Il peut s'agir d'un agent externe comme un virus par exemple ou interne à partir d'un des propres constituants de l'organisme.

Ainsi il a été démontré que les fumeurs ont un risque un peu plus élevé de présenter une PR que les non-fumeurs.

Les personnes fabriquant dans leur sang des anticorps particuliers (les anticorps anti-peptides citrullinés) ont plus de risque de souffrir d'une PR que les autres.

### **4. Evolution de la maladie**

Il existe plusieurs modes d'évolution de la PR. Il faut distinguer l'évolution « naturelle » (c'est-à-dire sans qu'aucun traitement n'ait été mis en route) de l'évolution sous traitement.

Si on laisse évoluer la PR, plusieurs scénarii sont possibles :

- Soit une guérison survient, bien que ce soit l'éventualité la plus rare
- Soit l'inflammation persiste sans entraîner de dégât articulaire important
- Soit l'inflammation persiste et les articulations se dégradent progressivement du fait de l'épanchement articulaire et du pannus qui vont léser le cartilage, l'os et les ligaments et les tendons. Des dégâts articulaires puis des déformations vont alors se développer.

Lorsqu'un traitement est mis en route, l'évolution est le plus souvent contrôlée. L'évolution habituelle se fait par poussées inflammatoires plus ou moins intenses dont la durée varie notablement. Au cours de ces poussées se produit habituellement une aggravation des lésions avec souvent atteinte d'autres articulations jusque là indemnes. Des rémissions, c'est à dire une disparition de la maladie, peuvent survenir de façon imprévisible et sont parfois définitives. On pense aujourd'hui que si le traitement est administré suffisamment tôt au tout début de la maladie, on peut stopper l'évolution de la PR.

On ne peut pas dire aujourd'hui que l'on guérit la polyarthrite rhumatoïde. Car la guérison suppose que la maladie guérisse totalement à l'arrêt du traitement. Or, si aujourd'hui les

traitements disponibles permettent d'arrêter l'évolution de la PR, la maladie reprend le plus souvent à leur arrêt. Par contre, il existe de nombreux moyens pour contrôler l'évolution et empêcher la survenue des déformations articulaires. Les progrès dans le traitement de la PR permettent maintenant en plus de viser la rémission ainsi qu'une vie normale.

Il est utile au moment de poser le diagnostic de faire une prise de sang, bien qu'il n'existe pas de marqueur spécifique de la polyarthrite rhumatoïde (PR). On recherche la présence de facteur rhumatoïde et d'anticorps anti-citrullinés (anticorps anti-CCP) dont l'absence ne permet pas d'éliminer une PR, mais qui donne une indication sur cette probabilité. Certains éléments seront également recherchés pour éliminer d'autres rhumatismes inflammatoires et apprécier la gravité potentielle de la maladie. La prise de sang évalue aussi l'importance de l'inflammation, en mesurant la vitesse de sédimentation (VS) et la valeur de la protéine C réactive (CRP).

Ensuite, au cours de la maladie, la surveillance porte essentiellement sur la VS et la CRP. Il n'est pas nécessaire de répéter les autres dosages sauf pour la surveillance des traitements.

Il est très important au début de la polyarthrite rhumatoïde de faire des radiographies des mains et des pieds de façon à avoir des clichés de référence. Le premier signe recherché sur les radiographies est celui d'une érosion osseuse, dont la localisation particulière peut avoir une grande importance diagnostique.

## **6. Polyarthrite rhumatoïde et grossesse**

Il n'y a pas de contre-indication à la grossesse quand on a une polyarthrite rhumatoïde, au contraire, on note très fréquemment (environ 3 fois sur 4) une rémission de la polyarthrite rhumatoïde (PR) pendant cette période. Elle se produit en général à la fin du 1<sup>er</sup> trimestre et devient maximale au troisième trimestre. Par contre, il faut savoir qu'une poussée douloureuse peut survenir après l'accouchement. Des précautions indispensables doivent être prises vis-à-vis des médicaments que prend la patiente.

## **7. Le traitement**

Le traitement de la PR repose sur l'association de plusieurs éléments, dont l'importance est variable selon chaque cas :

- des traitements médicamenteux

- des traitements locaux
- une information sur la maladie
- une approche médico-psychologique
- une réadaptation fonctionnelle personnalisée
- et éventuellement, des interventions chirurgicales

Les traitements médicamenteux généraux sont de deux types : les traitements symptomatiques, qui ne sont pas spécifiques de la PR et qui agissent uniquement sur les symptômes et les traitements de fond qui bloquent plus spécifiquement l'évolution de la maladie.

Dans la première catégorie on trouve :

- les antalgiques contre la douleur,
- les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les corticoïdes qui combattent l'inflammation

Dans les traitements de fond, il existe :

- le méthotrexate,
- les antipaludéens de synthèse
- les sels d'or
- la sulfasalazine
- les biothérapies
- le léflunomide

Les traitements locaux, c'est-à-dire au niveau des articulations atteintes sont :

- les ponctions évacuatrices et les infiltrations de corticoïdes ;
- les synoviorthèses ;
- les synovectomies arthroscopiques.

L'éducation et l'information délivrées sur la PR consistent, par exemple, à lutter contre l'idée reçue qu'il faille réduire ses activités lorsqu'on est porteur d'un rhumatisme inflammatoire. Au contraire le mouvement est tout à fait bénéfique et doit être encouragé, en apprenant les conditions dans lesquelles il doit être réalisé. Il faut par exemple apprendre les gestes à éviter et les bonnes manières pour prendre les objets.

La réadaptation fonctionnelle est très importante au cours de la polyarthrite rhumatoïde, quel que soit le stade de la maladie, mais elle doit être modulée en fonction de l'évolution. Elle permet de limiter la survenue des déformations, d'assurer le maintien de la qualité des

muscles, et de lutter contre l'enraidissement. Ce sont des ergothérapeutes et des kinésithérapeutes spécialisés qui pourront s'en charger. Des appareillages pourront également être réalisés en fonction des besoins.

### 7.1 La cortisone

La prise de cortisone est utile les corticoïdes sont tout à fait à leur place dans l'arsenal thérapeutique de la PR. Ils permettent d'agir rapidement sur la douleur en rapport avec l'inflammation des articulations. Les corticoïdes, et donc la cortisone sont en effet de « super » anti-inflammatoires Leur mécanisme d'action les fait intervenir rapidement sur diverses phases du processus inflammatoire. Il est de plus démontré, de façon récente, que leur administration à petites doses au début de la PR, ralentit les lésions osseuses et cartilagineuses. On peut donc envisager la corticothérapie selon plusieurs modes :

- soit au cours de la maladie lorsque la douleur et l'inflammation sont particulièrement importantes et l'arrêter lorsque la maladie rentre en rémission

- soit la débiter même si la PR n'est pas très douloureuse, mais quand même fortement inflammatoire pour limiter les dégâts articulaires.

Elle peut s'administrer de différentes façons. La voie orale, est la plus habituelle sous la forme de comprimés de prednisone (cortancyl) ou prednisolone (solupred) en une seule prise matinale quotidienne. L'objectif est de pouvoir diminuer le plus possible la dose de façon à trouver la dose minimale efficace. La dose est presque toujours inférieure ou égale à 10 mg par jour.

Au cours de la PR, il est parfois nécessaire de réaliser des « assauts cortisoniques » ou « bolus ». Il s'agit d'administrer la cortisone par voie intraveineuse, à forte dose, pendant une période courte de 2 à 3 heures. Cela entraîne alors un effet anti-inflammatoire et antalgique très rapide. On réserve ce mode de traitement aux PR particulièrement agressive. Dans ces cas, une hospitalisation est indispensable pour pouvoir surveiller et prendre toutes les précautions nécessaires.

On peut aussi administrer les corticoïdes par infiltrations, directement dans l'articulation.

Les corticoïdes sont très efficaces, mais ils présentent également des inconvénients. Les effets indésirables pouvant survenir sont divers et certains en rapport avec la dose cumulée, c'est à dire la dose totale reçue au fil des mois ou des ans (hématomes, hypertension artérielle, prise de poids...).

## 7.2 Le méthotrexate

Le méthotrexate a représenté la première grande avancée thérapeutique dans la PR il y a 25 ans.

Son usage est simple, puisqu'il se prend une fois par semaine, soit sous forme d'une injection intramusculaire, soit en comprimés.

Trois semaines sont nécessaires pour que le méthotrexate commence à agir. Au bout de 3 mois, on a une idée précise de son efficacité.

Ce traitement a l'avantage d'être efficace chez 2/3 des patients atteints de PR et bien toléré. Il est donc habituellement prescrit pendant de nombreuses années et rend vraiment service.

Une surveillance stricte est indispensable.

## 7.3 Les immunosuppresseurs

Les immunosuppresseurs sont des traitements utilisés dans la polyarthrite rhumatoïde comme traitements de fond. Leur emploi est toutefois réservé aux formes graves de la PR, en cas de résistance aux traitements de fond. La ciclosporine A est un immunosuppresseur. Son activité se manifeste à partir de la 12<sup>e</sup> semaine. Le délai d'action nécessaire pour juger de son efficacité est de 3 mois. Sa prise s'accompagne d'une surveillance stricte et régulière, en particulier sur les cellules sanguines. Elle expose également à un risque accru d'infections, du fait de son action qui diminue l'immunité du sujet. Certains de ses effets indésirables présentent un risque indéniable. Il s'agit de la survenue possible d'une hypertension artérielle ou d'une détérioration de la fonction rénale. Cette dernière se mesure par le dosage régulier de créatininémie.