

## « Guérir » la souffrance psychique des personnes atteintes du cancer ? Questions éthiques

### Healing the Mental Suffering of Cancer Patients? Ethical Questions

A. Polomeni

Reçu le 17 décembre 2022 ; accepté le 10 avril 2023  
© Lavoisier SAS 2022

**Résumé** Partant du rapport de la Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires qui note le risque de dévoiement des soins de support au profit de dérives sectaires, l'auteur aborde les représentations de la souffrance et des soins psychiques octroyés aux patients atteints de cancer.

**Mots clés** Cancer · Souffrance psychique · Soins psychiques · Représentations sociales · Dérives sectaires · Éthique

**Abstract** Based on the report of the Interministerial Mission of Vigilance and Combat against Sectarian Abuses which notes the risk of devoting support care to the benefit of sectarian drifts, the author discusses the representations of psychological and psychological care given to cancer patients.

**Keywords** Cancer · Psychic suffering · Psychological care · Social representations · Sectarian drifts · Ethics

Le rapport de la Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires [1] constate que les patients atteints de cancer sont « une cible de choix des organisations sectaires », dont « le terrain de prédilection reste les soins de support », et met en garde quant au « risque de dévoiement de certaines pratiques au profit de dérives sectaires ». La lecture de ce rapport nous amène à reprendre une réflexion sur le discours social et sur les multiples pratiques dont la souffrance psychique est l'objet<sup>1</sup>. Ce discours social charrie

des métaphores, des représentations établissant des liens entre le psychisme et le corps qui sous-tendent les attentes vis-à-vis des pratiques soignantes censées soulager, voire « guérir » cette souffrance. « Toutes ces représentations ne sont pas extérieures à la souffrance, mais en constituent la chair même, l'expérience à la fois la plus singulière et la plus historiquement déterminée » [2].

### La souffrance psychique : effet du cancer

Il est admis que le cancer suscite une souffrance psychique chez le patient et ses proches : « *c'est normal d'être déprimé quand on a le cancer !* ». Circulant dans le discours social, ces propos tendent à banaliser la souffrance psychique : « *c'est normal* »...

Dans sa définition statistique, la norme est assimilable au comportement de la majorité. Mais, la norme, au-delà de sa fonction descriptive, a une valeur prescriptive : elle « est toujours liée à une technique positive d'intervention et de transformation, à une sorte de projet normatif » [3].

Dans le cadre des soins aux patients atteints de cancer, une « normalisation » de la souffrance psychique peut entraîner des écarts entre les évaluations des troubles psychiques (anxiété et dépression) par les soignants et par les patients [4] et des barrières à la prise en charge des problèmes psychiques — de part et d'autre. Chez les médecins, ces entraves sont liées à des contraintes organisationnelles et au manque de formation ; chez les patients, elles sont dues à la représentation de la souffrance comme « inévitable » et à la peur d'être « mal vu » par les soignants [5].

Soulignons cette crainte du stigmate chez les patients atteints de cancer. « Processus interpersonnel, produit des relations sociales plutôt que comme un simple attribut personnel » [6], le stigmate prend sens dans le regard d'autrui. D'où l'invitation à parler à « ceux qui vivent la même chose » : « *Angoisse, peur, stress, colère, tristesse, solitude... La maladie provoque toute une série de sentiments, parfois*

A. Polomeni (✉)  
Institut d'hématologie clinique et thérapie cellulaire,  
hôpital Saint-Antoine,  
Assistance publique-Hôpitaux de Paris,  
F-75012 Paris, France  
e-mail : alice.polomeni@aphp.fr

<sup>1</sup> Nous reprenons la présentation au Colloque international « La souffrance : pratiques et remèdes », organisé par le LIS : Lettres, Idées, Savoirs (EA 4395), université Paris-Est Créteil, Créteil, 07-08 juin 2018.

*difficiles à gérer. Tout garder pour toi ne t'aidera pas à aller mieux, au contraire ! Et souffrir d'un cancer n'a rien de honteux. En parler non plus*<sup>2</sup>.

Ce message peut laisser entendre qu'il suffirait d'« en parler » pour aller mieux — sans interroger à *qui* on parle, dans quel cadre... Et de nourrir l'illusion qu'ayant la même maladie l'on vit « la même chose », que l'on fait partie d'une « communauté » — corroborant, ainsi, le stigmate. Via les blogs, forums et réseaux sociaux, des « groupes virtuels » se forment, des rencontres « IRL » (*in the real life* : dans la vraie vie) s'organisent. Ces échanges, dont les bénéfiques sont souvent loués (pour rompre l'isolement, diffuser des astuces pour mieux vivre la maladie, etc.), peuvent masquer la singularité de chaque patient.

On argumente : « L'effet miroir joue un rôle salvateur dans un parcours comme le cancer : si cette femme que je lis a réussi à s'en sortir, *pourquoi pas moi ?* » [7] Nous interrogeons — et si l'image du miroir s'inversait ? : « si cette femme que je lis a réussi à s'en sortir, *pourquoi moi pas ?* »

Le miroir brisé rappelle que la souffrance n'est pas le seul effet de la maladie, de la douleur, d'autres symptômes ou de séquelles du traitement, mais qu'elle est intrinsèquement liée à ce que cela signifie pour chacun et que, de son seul fait, la maladie cancéreuse ne constitue pas systématiquement un « traumatisme ».

Notons que cette équivalence diagnostic/traumatisme dépasse les représentations dites profanes : le DSM-IV considérait « le fait de recevoir le diagnostic d'une maladie mettant en jeu le pronostic vital » comme un traumatisme suivi d'un syndrome de stress post-traumatique [8]<sup>3</sup>. Cette classification risque d'induire une vision « mécaniciste » des réactions psychiques au diagnostic et de susciter une médicalisation précoce, voire inadaptée, de l'annonce diagnostique. Si le diagnostic amène le sujet à la confrontation à l'incertitude, à la vulnérabilité, à la finitude, constitutives de la condition humaine, sa façon d'y répondre sera unique, se déployant dans une temporalité qui lui sera propre, selon des mécanismes psychiques singuliers.

Ainsi, il nous paraît important d'interroger : la souffrance psychique se réduirait-elle à un ensemble de symptômes ? Et, de rappeler que « dans le champ du soin psychique, un symptôme est plutôt ce qui signe le sujet (...) [il] est davantage un compagnon du sujet, une façon de faire avec sa structure » [10].

<sup>2</sup> Pour des raisons éthiques, nous avons choisi de ne pas identifier les sites Internet sur lesquels les messages cités sont diffusés.

<sup>3</sup> Notons que la cinquième version du DSM revoit les critères qui déterminent le caractère traumatique des expériences et explicite qu'« une maladie mortelle ou une affection médicale potentiellement mortelle n'est pas nécessairement à considérer comme un événement traumatique » [9] (p. 354).

## La souffrance psychique : cause du cancer ?

Le discours social sur le cancer fait également circuler l'idée selon laquelle la souffrance psychique serait une explication étiologique de la maladie. D'après le Baromètre cancer 2015 [11], le fait d'avoir été fragilisé par des expériences douloureuses, par des déceptions professionnelles ou personnelles ou d'avoir des difficultés à exprimer ses émotions est perçu par une partie de la population française comme pouvant favoriser l'apparition d'un cancer.

Dans ces représentations étiologiques du cancer, le sujet est soupçonné d'avoir contribué à ce qui lui arrive. Il sera alors invité à chercher dans son histoire de vie, des événements et/ou des comportements qui seraient à l'origine de la pathologie cancéreuse. D'où une invitation à parler, à se raconter, à partager ses émotions..., ce qui peut être vécu comme bienfaisant. Cette bienfaisance serait redevable à la notion d'efficacité symbolique : souscrivant à cette vision de la maladie où le psychique prendrait une part déterminante, les patients attribuent à ces procédés une dimension soignante qui peut les rendre opérants, en influençant leur vécu de la maladie.

## La souffrance psychique : vécu du cancer

D'après ces représentations, le psychisme interviendrait aussi – de façon positive ou négative, dans le processus thérapeutique. Ainsi, le leitmotiv « le moral est 50 % dans la guérison » signifie aux patients qu'ils sont aussi bien responsables de leur maladie que de leur devenir : guérir – ou non.

On lira sur Internet : « *Moral et guérison sont indissociables. Quand le moral est bon, le corps est plus fort* ». Ou encore : « (...) *les gens sont désespérés d'avoir un cancer (...) et ne réalisent pas que leur pessimisme risque d'aggraver les choses. (...) Quand on se plaint, l'inconscient et le corps entendent, et on diminue ses résistances immunologiques. Et inversement !* ».

Inutile de rappeler l'infondé scientifique de telles assertions, mais insistons sur les effets néfastes de ce discours sur les malades. Des métaphores « guerrières » tendraient à assimiler les malades du cancer à des « héros ordinaires »<sup>4</sup>, selon « *usage idéologique de la résilience* », qui impose au sujet de cacher ses sentiments négatifs pour faire preuve « d'une psyché conquérante venant à bout de toutes les souffrances » [12].

Des représentations du cancer comme « épreuve initiatrice » considèrent que l'individu peut sortir grandi de cette expérience. Décrivant la valorisation de la vie et les nouvelles possibilités d'épanouissement chez certains patients,

<sup>4</sup> Référence au message diffusé par la campagne de sensibilisation de l'Institut national du cancer en 2014.

le concept de croissance post-traumatique vient étayer des interventions visant à promouvoir ce changement personnel, des comportements plus adaptés — en termes de surveillance médicale, alimentation, hygiène de vie, encourageant le patient à devenir le « gestionnaire de sa santé et des thérapeutiques qu'elle requiert » [13].

Afin de soutenir cette attitude proactive, on pourra prescrire le coaching pendant les différentes étapes du parcours de soin — du diagnostic au rétablissement. Ces programmes de gestion du stress et d'optimisation des stratégies de soins répondraient à un objectif de l'*empowerment* des patients, les incitant à s'identifier à une figure idéologique de l'autonomie qui serait synonyme d'autosuffisance, de maîtrise de soi.

On peut là noter un changement dans les représentations sociales du « cancéreux » : « du malade "victime" à l'usager "autonome", authentique "partenaire" de la relation de soins (...) et plus largement à l'"acteur" social à part entière, sur la scène publique » [14].

Cette figure ferait alors office de nouvel idéal du « bon patient » ? Et quid de ceux qui se trouvent dans l'impossibilité de répondre à ces nouvelles exigences ? [15] Cette valorisation de la figure héroïque du patient toujours debout dans son combat contre la maladie n'augmenterait pas le sentiment de solitude des malades, ne les induirait pas à taire leurs souffrances, n'amènerait pas à plaindre les « perdants » : seuls les méritants s'en sortiraient ?

## La souffrance psychique : quels remèdes ?

Les représentations sociales de la souffrance psychique liée au cancer ont des répercussions sur les soins octroyés aux patients et à leurs proches. Cet « encombrant appareil de la métaphore » [16] perdure, malgré les avancées de la science médicale. Ces représentations, imprégnant discours et pratiques soignantes, peuvent mener les professionnels, confrontés à la maladie et à la mort, à imaginer « (...) qu'ils seraient les seuls (ou parmi les rares) à avoir le privilège, la compétence et le courage d'affronter ces situations-là » [17]. Cette « identification héroïque phallique » peut oblitérer toute réflexion sur leur agir dans la relation soignante.

Ces représentations sociales ont aussi un impact sur l'attitude des patients et de leurs proches vis-à-vis des soins psychiques. L'idée que le psychisme pourrait être un obstacle à la guérison amène certains à aborder le « traitement psychologique » avec une attente de résultats d'autant plus forte qu'elle est relayée par le discours institutionnel sur l'évaluation des psychothérapies [18].

Comme le constate Gori, « dans le domaine du soin (...) le politique exige des preuves d'efficacité, de rentabilité à court terme et, du coup, on privilégie les psychothérapies brèves ciblées sur les symptômes aux dépens des thérapeutiques centrées sur les transformations subjectives (...) » [19].

Ainsi, les approches psychocorporelles (réflexologie, sophrologie, hypnose...) bénéficient d'un engouement considérable de la part des patients et/ou de leurs proches, dans une attente de solutions rapidement efficaces à la souffrance associée à la pathologie cancéreuse. Certaines techniques promettent au patient « *une démarche active, dénuée d'effets secondaires, lui permettant de retrouver le contrôle de son bien-être physique et mental* »... D'autres avancent l'argument économique, en les présentant comme des « *techniques peu chères, permettant au patient de sortir plus vite de l'hôpital* ».

Remèdes rapides et efficaces, à consommer sans modération...

Soulignons qu'il ne s'agit pas de disqualifier ces approches psychocorporelles qui peuvent contribuer à la qualité de vie des patients, et dont certaines font l'objet d'études scientifiques afin d'en évaluer les bénéfices ; mais de soutenir l'exigence éthique d'interroger leur socle théorique et leur utilisation clinique. Et de rappeler qu'une approche purement symptomatique du vécu du patient nierait que la souffrance est une affaire de sens — du sens donné par le sujet à cette irruption de la maladie dans son histoire de vie. De notre point de vue, c'est une *certaine* écoute qui permettra au sujet de cerner ces représentations, d'entamer ce travail d'élaboration psychique nécessaire à la subjectivation de l'événement a-sensé de la maladie. Une des conditions *sine qua non* de cette écoute est la reconnaissance — par nous, soignants, des effets du discours social à propos de la maladie cancéreuse. C'est ce questionnement qui nous amène à souscrire au plaidoyer de collègues qui alertent : « (...) l'amalgame bien-être, thérapeutique, soins, guérison ouvre la porte à une mise en danger physique et psychique du patient (...) » [20].

**Liens d'intérêt :** les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt

## Références

1. Milivudes – Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires. Rapport d'activité 2021. [www.milivudes.interieur.gouv.fr](http://www.milivudes.interieur.gouv.fr)
2. LIS : Lettres, Idées, Savoirs. Université de Paris-Créteil. <https://www.fabula.org/actualites/74059/representations-de-la-souffrance-upec.html>
3. Foucault M (1999) Les anormaux, cours au Collège de France 1974–1975, Paris, Gallimard/Le Seuil, p 46
4. Trash PC, Paterson A, Riba M, et al (2002) Assessment of psychological distress in prospective bone marrow transplant patients. *Bone Marrow Transplantation* 29:917–925
5. Lee SJ, Loberiza FR, Antin JH, et al (2005) Routine screening for psychosocial distress following hematopoietic stem cell transplantation. *Bone Marrow Transplantation* 35:77–83
6. Goffman E (1963) Stigmate. Les usages sociaux du handicap. Les Éditions de Minuit, Paris, p 4

7. Chayenko Cerisey C (2014) Qu'attendent les patients des acteurs du soin psychique en oncologie ? *Psycho-Oncol* 8:4–7
8. American Psychiatric Association (APA) Diagnostic and Statistical Manual (DSM) of Mental Disorders. DSM-IV\_manuel-diagnostique-troubles-mentaux.pdf
9. American Psychiatric Association (2015) Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux - DSM-5, version française coordonnée par M-A Crocq et J-D Guelfi. Paris, Elsevier-Masson, 1176 pages
10. Abelhauser A (2005) Libres associations. *Cliniques méditerranéennes* 1: 59–69
11. Foucaud J, Soler M, Bauquier C, et al (2018) Baromètre cancer 2015. Cancer et facteurs de risque. Opinions et perceptions de la population française. Institut national du cancer. Sant. publique France. Éd., Saint-Maurice : Santé publique France, 19 p. [www.santepubliquefrance.fr](http://www.santepubliquefrance.fr)
12. Illouz E « Gare aux usages idéologiques de la résilience », *Le Monde* 31/12/16-02/1/2017
13. Gori R, Le Coz P (2007) Le coaching : main basse sur le marché de la souffrance psychique. *Cliniques méditerranéennes* 1:73–89
14. Moulin P (2005) Imaginaire social et Cancer. *Rev Francoph Psycho-Oncologie* 4:261–7
15. Jouan M (2012) L'autonomie, entre aspiration et injonction : un idéal ? *Vie sociale* 1:41–58
16. Sontag S (1979) La maladie comme métaphore. Christian Bourgois, Paris
17. Gaillard G (2011) Tolérer l'effraction, travailler à inclure. *Cliopsy* 5:7–23
18. Schepens P (2005) Le rapport de l'Inserm sur les psychothérapies : quelques points d'analyse. *Cliniques méditerranéennes* 1:71–87
19. Gori R (2011) Questions écrites à Roland Gori. *Revue du MAUSS* 2:101–11
20. Bensoussan C, Percebois F, Huyghe JM (2021) Plaidoyer pour un patient éclairé. Propositions déviantes et cancer. In: Miviludes Mission Interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires. Rapport d'activité, pp 208–9. [www.miviludes.interieur.gouv.fr](http://www.miviludes.interieur.gouv.fr)