UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL
(en extension à l'Université du Québec à Chicoutimi)

Proposition d'un modèle psychothérapeutique intégratif pour le cancer du sein
- Approche de théologie pratique -

Par

Magella Potvin
Théologie pratique
Faculté de Théologie

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Philosophiae Doctor (Ph.D.)
en théologie pratique

Faculté des Études Supérieures
Grade octroyé à compter du
JUIL 8 1999
Université de Montréal

TOME I

22 mars 1999

© Magella Potvin, 1999

Université de Montréal

Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :

Proposition d'un modèle psychothérapeutique intégratif pour le cancer du sein
- Approche de théologie pratique -

présentée par :

Magella Potvin

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Camil Ménard	**Directeur de recherche**
Denise Couture	**Co-directrice de recherche**
Guy-Robert St-Arnaud	**Lecteur**
Louis-Charles Lavoie	**Examinateur externe**
Marc Girard	**Président du jury**

Thèse acceptée le _____

SOMMAIRE

Dans le cadre d'une recherche doctorale l'auteur passe en revue les divers aspects psycho-médicaux du cancer du sein. Cette première étape de L'OBSERVATION met en évidence le fait que 70 % à 75 % des cas de cancer du sein sont d'origine inconnue, quoique possiblement liés à des facteurs psychologiques voire émotionnels. La PROBLÉMATIQUE qui émerge de cette observation est que le monde médical, même s'il démontre une certaine ouverture d'esprit face à ce constat, ne possède pas pour autant les connaissances nécessaires pour aborder cette question de la dimension psychologique de la totalité somato-psycho-spirituelle (SPS) unifiée qu'est l'existence humaine. Quant aux diverses approches psychologiques ou psychosomatiques offertes elles sont, majoritairement, psychanalytiques. Deux conceptions de la maladie totalement et irrémédiablement enfermées dans leur monisme respectif : le gène pour l'une, observable et quantifiable; l'inconscient pour l'autre, non observable et non quantifiable. À l'irréconciabilité de leur paradigme réciproque s'ajoute le fait que ces deux conceptions de la maladie excluent la dimension spirituelle de l'existence humaine pourtant SPS et inséparable. Par la suite, au niveau d'une observation empirique cette fois, l'auteur se concentre, via l'APPROCHE de l'analyse existentielle (Daseinsanalyse), sur l'existence de douze femmes atteintes de cancer. Les grandes pointes d'observation qui ressortent de cette recherche qualitative, laquelle utilise la MÉTHODE phénoménologique, sont analysées selon l'interprétation du concept de maladie propre au médecin et psychiatre Médard Boss; la maladie somatique comme enlisement, surcharge ou empêchement de l'existence. L'existence

authentique, pour Boss, correspond à une capacité de présence; l'existence est la clairière de l'Être, là où les êtres et les choses apparaissent tels qu'ils sont. L'essence de l'existence est donc prioritairement et qualitativement spirituelle. C'est à partir du sens que tel phénomène prend que nous nous sentons motivés à agir ou ne pas agir. Cette activation ou cette corporéisation, saine ou malsaine, est la matérialisation de l'activité spirituelle. Le cancer du sein devient donc, dans la majorité des cas, la corporéisation mieux encore la somatisation d'une existence spirituellement enlisée, surchargée ou empêchée. Dès notre conception nous sommes dépendants somato-psycho-spirituellement et nous nous harmonisons à ce milieu sain ou malsain. Dans ce contexte n'importe quel phénomène prend obligatoirement un sens. Ainsi une «fausse» interprétation d'un phénomène, liée à des événements biographiques personnels et culturels donc culturo-personnels, est une compréhension en soi. Voilà pourquoi certaines personnes, cherchant naturellement à s'harmoniser, peuvent être «heureuses» dans des relations de dépendance marquées par la haine, le ressentiment, l'humiliation, l'insécurité, etc. Comme personne n'est responsable de ses origines puisque la naissance est subie, personne n'est responsable de son cancer. Par la suite, l'auteur fournit une interprétation, toujours selon le *Daseinanalyse,* d'un récit de guérison des Écritures; Mc 5, 21-43 : *«La femme souffrant d'hémorragie; la fille de Jaïros».* Cette re-lecture dudit récit permet dans un premier temps, de mettre en évidence le fait que la maladie de cette femme, à cette époque, était en lien avec une problématique existentielle due à des événements biographiques personnels et, aussi culturels, donc culturo-personnels. En second lieu l'auteur montre l'importance de la parole dans le processus de guérison opéré par le nazaréen. La guérison de cette femme comporte un impératif incontournable lié à une conversion existentielle profonde dans le sens que la guérison somatique, si elle se veut durable, commande à une vigilance dans notre agir. Ce récit confirme

le concept d'existence comme une totalité SPS. Enfin, au PLAN PROSPECTIF, et c'est ce qui constitue l'originalité de cette recherche, un modèle d'intervention psychothérapeutique intégratif et complémentaire est proposé. Intégratif parce que ce modèle rejoint la personne malade dans sa totalité SPS. Intégratif, également et surtout, parce que la personne malade est amenée, possiblement, via la parole qui émerge de l'espace-temps psychothérapeutique, à susciter chez elle une transformation de la dimension spirituelle en réinterprétant, de façon libre et créatrice, le sens accordé à certains phénomènes de son existence passée. Phénomènes culturo-personnels ayant contribué, de par le sens qu'ils portaient jusque-là, à une certaine fermeture quant à l'actualisation maximale, libre et indépendante, de sa façon d'être en relation avec le monde, avec autrui bref de laisser les phénomènes du monde se dévoiler librement, tels qu'ils sont, avec le sens qu'ils portent. Paradoxalement la prévention s'adresse au futur, prospectivement, mais passe rétrospectivement par le passé soit la seule réalité obsrevable. Ainsi il faut non seulement guérir le corps malade mais guérir et sauver c'est-à-dire soigner l'existence d'une personne malade dans sa totalité SPS si l'on vise une guérison intégrale et, possiblement, plus durable. Complémentaire aussi parce que ce modèle ne s'oppose pas aux modèles thérapeutiques traditionnels et alternatifs actuels. Bien au contraire, ce modèle vient ajouter l'apport de la philosophie existentielle, de la psychologie existentielle et de la théologie pratique à tous les modèles existants. Il est une réponse à toutes ces femmes qui exigent et espèrent en une approche globale et holistique. Ce modèle est holistique voire symbolique parce qu'il part de la dimension somatique, ce sein malade, pour remonter à la dimension psychologique et culminer dans la dimension spirituelle soit le sens de l'existence d'une femme atteinte de cancer.

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire i
Table des matières iv
Liste des tableaux xi
Liste des annexes xii
Remerciements xiii

Introduction 1

La problématique générale 1
L'objectif 14
La méthode : Le modèle praxéologique 19
L'approche existentielle 24
Trois schémas courants de l'interprétation de la maladie 26
- Le schéma technique 26
- Le schéma végétatif 27
- Le schéma psychanalytique 28

Trois modèles de counselling 32
- Le counselling biblique 33
- Le counselling psychologique 34
- Le counselling pastoral ou intégratif 37

Une proposition : le schéma relatif à l'analyse existentielle de Boss 43
Plan sommaire 56

CHAPITRE PREMIER Observation et problématisation générale concernant le cancer du sein - Information psycho-médicale 58

1.1 L'état de la question 58
1.1.1 Au sujet du cancer 58
1.1.1.1 Épidémiologie 58
1.1.1.2 Sur le développement du cancer 65
1.1.1.3 Les facteurs de risque 82
1.1.1.3.1 Hérédité 82
1.1.1.3.2 Enfance 86

1.1.1.3.3 Type de personnalité 92
1.1.1.3.4 Stress et émotions 97
1.1.1.3.5 Événements de vie (épreuves) 101
1.1.1.3.6 Déni et inhibition comme réaction à l'épreuve ... 104
1.1.1.3.7 Du désespoir (*Hopelessness*) 109
1.1.1.3.8 Mariage et cancer 114
1.1.1.3.9 Grossesse, avortement, menstruation et hormones 115
1.1.1.4 Cancer et thérapie 118

CHAPITRE DEUXIÈME Observation et problématisation spécifique concernant douze femmes atteintes de cancer - Information de type autobiographique (récit de vie) 124

2.1 Justification de la méthode phénoménologique 124
2.1.1 Sur la question du qualitatif et de l'objectivité 124
2.1.2 La phénoménologie en recherche 130
2.1.3 Sur les outils utilisés 136
2.1.3.1 L'entrevue semi-dirigée 136
2.1.3.2 Le questionnaire autobiographique 143
2.2 La cueillette des données 150
2.2.1 La sélection des sujets 150
2.2.2 Fidélité et fiabilité de la recherche 152
2.2.3 Limites de la recherche 155
2.3 Le traitement des données 158
2.3.1 Préambule 158
2.3.2 Étape 1 de l'analyse de contenu : Les récits autobiographiques 165
2.3.2.1 SUJET NO 1 165
2.3.1.2.1 Relation parentale 165
2.3.1.2.2 Fratrie et famille en général 166
2.3.1.2.3 Éducation et instruction 167
2.3.1.2.4 Maladies 167
2.3.1.2.5 Amour, mariage et sexualité 168
2.3.1.2.6 Généralités 168
Autobiographie chronologique - Sujet no 1 170

2.3.2.2 SUJET NO 2 171
2.3.2.2.1 Relation parentale 171
2.3.2.2.2 Fratrie et famille en général 172
2.3.2.2.3 Éducation et instruction 173
2.3.2.2.4 Maladies 173
2.3.2.2.5 Amour, mariage et sexualité 175
2.3.2.2.6 Généralités 176
Autobiographie chronologique - Sujet no 2 177
2.3.2.3 SUJET NO 3 178
2.3.2.3.1 Relation parentale 178
2.3.2.3.2 Fratrie et famille en général 179
2.3.2.3.3 Éducation et instruction 179
2.3.2.3.4 Maladies 179
2.3.2.3.5 Amour, mariage et sexualité 180
2.3.2.3.6 Généralités 181
Autobiographie chronologique - Sujet no 3 183
2.3.2.4 SUJET NO 4 184
2.3.2.4.1 Relation parentale 184
2.3.2.4.2 Fratrie et famille en général 185
2.3.2.4.3 Éducation et instruction 185
2.3.2.4.4 Maladies 186
2.3.2.4.5 Amour, mariage et sexualité 187
2.3.2.4.6 Généralités 188
Autobiographie chronologique - Sujet no 4 190
2.3.2.5 SUJET NO 5 191
2.3.2.5.1 Relation parentale 191
2.3.2.5.2 Fratrie et famille en général 192
2.3.2.5.3 Éducation et instruction 195
2.3.2.5.4 Maladies 195
2.3.2.5.5 Amour, mariage et sexualité 197
2.3.2.5.6 Généralités 198
Autobiographie chronologique - Sujet no 5 200
2.3.2.6 SUJET NO 6 201
2.3.2.6.1 Relation parentale 201
2.3.2.6.2 Fratrie et famille en général 202
2.3.2.6.3 Éducation et instruction 203
2.3.2.6.4 Maladies 203
2.3.2.6.5 Amour, mariage et sexualité 205
2.3.2.6.6 Généralités 207
Autobiographie chronologique - Sujet no 6 209

2.3.2.7 SUJET NO 7 210
2.3.2.7.1 Relation parentale 210
2.3.2.7.2 Fratrie et famille en général 211
2.3.2.7.3 Éducation et instruction 212
2.3.2.7.4 Maladies 214
2.3.2.7.5 Amour, mariage et sexualité 214
2.3.2.7.6 Généralités 216
Autobiographie chronologique - Sujet no 7 218
2.3.2.8 SUJET NO 8 219
2.3.2.8.1 Relation parentale 219
2.3.2.8.2 Fratrie et famille en général 220
2.3.2.8.3 Éducation et instruction 221
2.3.2.8.4 Maladies 222
2.3.2.8.5 Amour, mariage et sexualité 223
2.3.2.8.6 Généralités 225
Autobiographie chronologique - Sujet no 8 227
2.3.2.9 SUJET NO 9 228
2.3.2.9.1 Relation parentale 228
2.3.2.9.2 Fratrie et famille en général 228
2.3.2.9.3 Éducation et instruction 230
2.3.2.9.4 Maladies 230
2.3.2.9.5 Amour, mariage et sexualité 231
2.3.2.9.6 Généralités 233
Autobiographie chronologique - Sujet no 9 235
2.3.2.10 SUJET NO 10 236
2.3.2.10.1 Relation parentale 236
2.3.2.10.2 Fratrie et famille en général 237
2.3.2.10.3 Éducation et instruction 238
2.3.2.10.4 Maladies 239
2.3.2.10.5 Amour, mariage et sexualité 240
2.3.2.10.6 Généralités 242
Autobiographie chronologique - Sujet no 10 244
2.3.2.11 SUJET NO 11 245
2.3.2.11.1 Relation parentale 245
2.3.2.11.2 Fratrie et famille en général 245
2.3.2.11.3 Éducation et instruction 247
2.3.2.11.4 Maladies 247
2.3.2.11.5 Amour, mariage et sexualité 249
2.3.2.11.6 Généralités 251
Autobiographie chronologique - Sujet no 11 253

2.3.3 Étape 2 de l'analyse de contenu : Tableau des unités de sens 254
2.3.3.1 SUJET NO 1 255
2.3.3.2 SUJET NO 2 256
2.3.3.3 SUJET NO 3 257
2.3.3.4 SUJET NO 4 258
2.3.3.5 SUJET NO 5 259
2.3.3.6 SUJET NO 6 260
2.3.3.7 SUJET NO 7 261
2.3.3.8 SUJET NO 8 262
2.3.3.9 SUJET NO 9 263
2.3.3.10 SUJET NO 10 264
2.3.3.11 SUJET NO 11 265
2.3.4 Étape 3 de l'analyse de contenu :
Catégorisation et classification des unités de sens 267
2.3.4.1 SUJET NO 1 268
2.3.4.2 SUJET NO 2 269
2.3.4.3 SUJET NO 3 270
2.3.4.4 SUJET NO 4 271
2.3.4.5 SUJET NO 5 272
2.3.4.6 SUJET NO 6 273
2.3.4.7 SUJET NO 7 274
2.3.4.8 SUJET NO 8 275
2.3.4.9 SUJET NO 9 276
2.3.3.10 SUJET NO 10 277
2.3.3.11 SUJET NO 11 278
2.3.5 Étape 4 de l'analyse de contenu :
Les grandes pointes de l'observation 280
2.3.5.1 Au niveau du cancer du sein 280
2.3.5.2 Au niveau du cancer de l'intestin 282
2.3.5.3 Rappel synthèse et parallèle 284
2.3.5.4 Tableau 2 - Synthèse des grandes pointes de l'observation .. 286

CHAPITRE TROISIÈME Interprétation - un outil d'intégration somato-psycho-spirituelle : l'analyse existentielle selon Médard Boss 287

3.1 Étape 5 de l'analyse de contenu 287
3.1.1 Description scientifique 287
a) La question psycho-somatique avant Boss 287
b) L'approche existentielle : définition 290

3.1.1.1 Justification historique 292
3.1.1.2 L'être humain 296
3.1.1.3 La spatialité 310
3.1.1.4 La temporalité 312
3.1.1.5 L'humeur ou disposition affective *(Mood)* 317
3.1.1.6 L'être-avec-les-autres *(Mitsein)* 325
3.1.1.7 L'historicité 329
3.1.1.8 Mortalité et anxiété 333
3.1.1.9 La corporéité 337
3.1.1.10 Névrose hystérique et névrose d'organe 347
3.1.1.11 Le «choix» de l'organe 352
3.1.1.12 Sur la thérapie 357

3.2 Étape 6 de l'analyse de contenu :
Interprétation des grandes pointes de l'observation 364
3.2.1 Théorisation sur la structure et l'origine de la dépendance 365
3.2.1.1 Période d'avant conception 365
3.2.1.2 Période pré-natale 370
3.2.1.3 Période post-natale 373
3.2.1.4 Dépendance - Relation avec la mère et anxiété 383
3.2.1.5 Conception de l'amour et phobie 390
• Sur l'amour 390
• Sur la phobie 397
3.2.1.6 Introspection et réaction face au cancer 401
3.2.1.7 Croyance religieuse 403
3.2.2 Langage de femmes - Langage bossien 407
3.2.3 Interprétation des résultats 410

CHAPITRE QUATRIÈME Interprétation - Comment l'éventualité d'une corrélation critique entre la théologie et l'analyse existentielle pourrait-elle favoriser l'intégration somato-psycho-spirituelle et être source de certaines modifications somatiques plus durables? 412

4.1 À propos de la théologie chrétienne 412
4.1.1 Observation de la praxis de l'action dans Mc 5, 21-43
(La femme souffrant d'hémorragie; la fille de Jaïros) 412

4.1.1.1 Spatialisation 415
4.1.1.2 Temporalisation 420
4.1.1.3 Superpositions spatio-temporelles 424
4.1.1.4 Actorialisation 426
4.1.1.5 Disposition sentimentale 429
4.1.1.6 Les demandes 430
4.1.1.7 Les épreuves 432
4.1.2 Problématisation sur la praxis du récit de Marc 433
4.1.2.1 Confrontation avec la praxis biblique dans son ensemble 433
4.1.2.1.1 Sur quelques expressions et termes utilisés 433
4.1.2.1.2 Au sujet de l'enchâssement des deux récits 441
4.1.3 Confrontation avec la praxis biblique de Luc et Matthieu 443
4.2 Interprétation du récit, selon la perspective de l'analyse existentielle (*Daseinsanalyse*) : une lecture exogène 445
4.3 Interprétation de la praxis du texte de Marc à travers le prisme de l'aujourd'hui du lecteur 475

CHAPITRE CINQUIÈME Vers une approche psychothérapeutique chrétienne 479

5.1 Éclairage théologique 479
5.1.1 Schillebeeck 480
5.1.2 Perrin 490
5.2 Partie I de la thérapie : l'analyse autobiographique 493
5.2.1 Quelques impératifs à une analyse autobiographique valable 502
5.3 Partie II de la thérapie : la synthétisation 505
5.3.1 Entrevue #1 - La naissance 507
5.3.2 Entrevue #2 - L'existence 521
5.3.3 Entrevue #3 - L'harmonisation 533
5.3.4 Entrevue #4 - L'épreuve comme rupture de l'harmonisation 546
5.3.5 Entrevue #5 - La parole ou comment et pourquoi s'exprimer 557
5.3.6 Entrevue #6 - La maladie 567
5.3.7 Entrevue #7 - La réinterprétation 578
5.4 Prospective - Visées pastorales constructives 579

Conclusion 587
Bibliographie 594

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Les trois schémas de l'interprétation de la maladie	31
Tableau 2	Révision synthèse sur la méthodologie utilisée	164
Tableau 3	Synthèse des grandes pointes de l'observation	286
Tableau 4	Le parcours affectif relationnel	396
Tableau 5	De la naissance à l'épreuve : cheminement	406
Tableau 6	Langage de femmes - Langage bossien	408
Tableau 7	Synthèse du modèle psychothérapeutique proposé	493
Tableau 8	Les stades de développement	538
Tableau 9	L'itinéraire spirituel	583

LISTE DES ANNEXES

Annexe I - Le cancer du sein dans le monde - 1985 1

Annexe II - Le cancer du sein dans le monde - 1988 3

Annexe III - Formule de consentement 5

Annexe IV - Journal de bord autobiographique 8

Annexe V - Questionnaire d'information autobiographique 10

Annexe VI - Bible et praxéologie pastorale 18

REMERCIEMENTS

On ne réalise pas une thèse de doctorat seul même si, à la rigueur, on était le seul à y croire. Je profiterai donc de cet espace qui m'est accordé pour témoigner ma gratitude envers ceux et celles qui m'ont conduit à la réalisation de ce projet.

D'abord je tiens à remercier le docteur Claude Gagnon. Avant même que j'aie terminé mes études en psychologie le docteur Gagnon m'a ouvert les portes de sa clinique. Il est un des rares médecins, que je connais, à avoir démontré autant d'intérêt en rapport à la compréhension et à l'interprétation de la personne malade. En second lieu, je dois remercier tous les patients que j'ai eu le privilège de traiter à la clinique du docteur Gagnon. C'est grâce à eux que j'ai pu réaliser, au niveau pratique, l'importance du lien existence et maladie. Plus particulièrement, je remercie les douze femmes qui ont accepté de participer à cette recherche. Leur participation était impérative. Plus spécifiquement, c'est-à-dire au niveau universitaire, mes remerciements vont à mon directeur de thèse, Camil Ménard. L'apport capital de monsieur Ménard a été son appui inconditionnel à l'objet de ma recherche. Il a toujours été très disponible, de bon conseil et, surtout, très délicat dans sa façon de recommander certaines modifications tant sur le contenu que sur la forme. Je remercie également ma co-directrice, madame Denise Couture de l'Université de Montréal. Sa participation était incontournable, compte tenu que je touchais à une réalité bien féminine, le cancer du sein. Son implication m'a évité bien des écueils. Madame Couture est une femme aux capacités d'intégration et de synthèse exceptionnelle.

Merci également à Guy-Robert St-Arnaud pour la grande précision de ses interventions. Un merci spécial à Louis-Charles Lavoie pour l'importance de son intervention quant au fond de la question soulevée par cette thèse à savoir la question de l'intégration somato-psycho-spirituelle dans le processus psychothérapeutique.

Enfin, je tiens à remercier tous ceux qui m'ont encouragé, quelle que soit la manière dont ils l'ont fait. Je pense plus particulièrement à Marc Girard dont j'ai toujours senti l'appui. Je pense également au département des Sciences religieuses lequel a contribué, financièrement, à certains de mes déplacements. Merci également pour m'avoir fourni certains avantages techniques. Je remercie les responsables du Bureau du doyen de la gestion académique, ceux du Comité de perfectionnement des chargés de cours et monsieur Jean-François Moreau du Bureau des Études de cycles supérieurs et de la recherche pour leur aide financière sous quelque forme que ce soit.

Dans un autre ordre d'idées, je remercie ceux qui m'ont transmis le sens de l'humilité : soeur Simone Plourde, celle qui m'a initié à la philosophie, le docteur Christian Poirel en psychologie, Simon Dufour, qui m'a ouvert les portes du doctorat en théologie, Camil Ménard et Marc Girard. Enfin, Denise Couture, dont l'humilité se mesure à sa capacité exceptionnellement remarquable d'analyse et de synthèse. À quoi me servirait toutes les connaissances et les richesses du monde si je ne possède pas l'humilité? Je serais riche certes mais pauvre au plan relationnel humain. Avec l'humilité, je m'ouvre librement à tous. C'est cette ouverture libre, une fois accueillie, qui fait passer de l'humain au divin, du divin à l'humain. L'humilité est toujours accueillie parce que, paradoxalement, elle est elle-même accueil.

INTRODUCTION

PROBLÉMATIQUE GÉNÉRALE

Il y a encore quelques années le système de santé du Québec était considéré comme l'un des meilleurs au monde. À l'aube du vingt et unième siècle sa survie est conditionnelle à d'importantes modifications et orientations. Les récentes coupures au plan financier ainsi que le «virage ambulatoire» en témoignent. C'est en fonction de ses coûts que le réseau québécois de la santé est menacé — le tiers du budget provincial. Un autre constat que nous sommes forcés de faire consiste dans la progression et la prolifération continues de la maladie. Comme c'est le cancer du sein qui nous préoccupe nous citons la Dr Rosemonde Mandeville, chef de laboratoire à l'égard des recherches sur le cancer du sein à l'Institut Armand-Frappier de Montréal : «Le cancer du sein augmente, il y a de plus en plus de victimes et de plus en plus, il touche la femme plus jeune[1].» Le point de vue du Dr Mandeville est d'ailleurs reconfirmé quatre ans plus tard par le Forum national sur le cancer du sein en ces termes :

> Le Canada affiche un taux de cancer du sein parmi les plus élevés au monde [...]. En fait, le taux de cancer du sein n'a cessé d'augmenter depuis les années 60 [...]. Aujourd'hui on peut affirmer qu'une Canadienne sur neuf souffrira du cancer du sein au cours de sa vie[2].

---

1 R. Mandeville, «Tout ce qu'on doit savoir sur le cancer du sein», *Le Lundi*, vol. 14, no 13, 1990, pp. 28-29.

2 Forum national sur le cancer du sein, «Le dépistage du cancer du sein pourrait être étendu», *Le Devoir*, vol. LXXXV, nº 207, 1994, p. A-8.

Plus récemment encore, Jean Latreille, du Réseau d'échange et d'information du Québec sur le cancer du sein (REIQCS), affirmait que cette maladie «occupe toujours la première place de tous les cancers diagnostiqués et représente 30% des cancers chez la femme : on prévoit qu'une femme sur huit en souffrira bientôt»[3]. Enfin, selon le Dr Jacques Jolivet, cancérologue à l'Hôtel-Dieu de Montréal, c'est face aux deux cancers les plus rares (Hodgkin, chez les jeunes adultes, et leucémie infantile, ne représentant respectivement que 0,5% et 1% de tous les cas de cancer) que la médecine a marqué ses plus beaux buts. Pour le reste, de dire le Dr Jolivet :

> l'immense majorité de tous les autres cancers, le fait est bête et brutal : en dépit des milliards de dollars investis dans la recherche, les chiffres stagnent ou ne sont que très progressivement à la baisse. Et surtout, ils augmentent pour certains des cancers (poumon, sein, prostate, côlon) qui pèsent le plus dans la balance des statistiques. Depuis 1970 — en tout juste un quart de siècle — le taux global de nouveaux cas a augmenté de 41% chez les hommes et de 24% chez les femmes. Il faut noter que ce n'est pas le vieillissement de la population qui explique ce phénomène, puisque les données sont «normalisées selon l'âge», comme si la pyramide démographique n'avait pas changé. On ne peut pas non plus invoquer l'accroissement de la population, puisqu'il s'agit de taux et non plus de chiffres absolus[4].

Ne serait-ce pas parce qu'il y a trop de malades, de nouvelles maladies et d'anciennes qui resurgissent, que le système est à ce point menacé? Si tel est le cas c'est que le système n'était le meilleur qu'en apparence. Sa faiblesse n'est sûrement pas au niveau des techniques

---

[3] J. Latreille, «Le test de dépistage, l'arme majeure contre le cancer du sein», *Journal de Québec*, vol. 29, n° 7, 1995, p. 15.

[4] J. Jolivet, «Qui gagne : la médecine ou le cancer?», *L'Actualité*, vol. 21, n° 4, 1996, pp. 19-32.

utilisées qui sont des plus modernes et des plus sophistiquées. Nous manquerions également de sincérité si nous tentions d'imputer la déroute de notre système au manque de communication et de prévention, nous qui vivons l'ère de la mondialisation des communication. D'ailleurs, la question de la prévention elle-même est mise en doute par certains chercheurs et chercheuses impliquées dans cet important volet de la maladie. Récemment cette question faisait dire à l'éminente professeure de biologie de Harvard, Ruth Hubbard et à Abby Lippman, professeure d'épidémiologie à l'Université McGill, de se méfier de certains tests en lien avec le cancer du sein et, plus particulièrement, les tests génétiques. À leurs yeux *«the rush to tests is clearly fueled by economic considerations and not by health considerations*[5].» Encore plus récemment une étude américaine parue le 16 avril 1998 dans le *New England Journal of Medicine* réalisée auprès de 2400 femmes de 40 à 69 ans par l'équipe de la docteure Joann G. Elmore, de la Faculté de médecine de l'Université de Seattle, État de Washington révèle que :

> 31,7% des tests de dépistage du cancer du sein pratiqués dans cette population pendant dix ans se sont soldés par un faux résultat positif [...]. Ce risque de faux diagnostic s'accroît même avec le nombre d'examens pratiqués, de telle sorte qu'une femme qui subit dix mammographies à 50% de risque d'être victime d'au moins un résultat erroné[6]. [traduction personnelle]

Mais en quoi ce système aurait-il pu manquer? Le Québec, société post-industrielle, a, depuis la révolution tranquille, déifié la science, en l'occurrence la technique médicale, et, par

---

[5] R. Hubbard et A. Lippman, "Two professors urge caution with test of breast-cancer gene, Question motive", *The Wall Street Journal*, vol. CCVI, n° 90, 1995, p. B5A.

[6] J. G. Elmore *et al.*, "Ten years risk of false positif screening mammograms and clinical breast examination", *The New England Journal of Medicine*, vol 338, n° 16, 1998, pp. 1089-1096.

voie de conséquence, grandement réifié l'humain. Cela était inévitable compte tenu que la technique, si elle veut demeurer scientifique, a besoin d'un objet qui soit mesurable, quantifiable. Un humain ne correspondait pas à ces critères parce qu'un humain est par nature un *ek-sistent*, c'est-à-dire un être-dans-le-monde, continuellement et totalement engagé, un être-de-relation. Il est du propre de l'humain de toujours être «en dehors» de lui. Cette spécificité, propre à l'humain, a fait en sorte que la technique médicale, de toute évidence fortement cartésienne, le disséqua et en arriva à se pencher uniquement sur la dimension somatique, donc saisissable, des trois dimensions, continuellement inter-agissantes, qui consituent l'existence humaine comme totalité unifiée et inséparable. Ces trois dimensions sont : somatique ou corporelle *(sôma)*, psychologique *(psukhê)* et spirituelle *(spiritualis)*[7]. Toutefois, en ce qui concerne cette recherche, des limites s'imposaient. Ainsi, nous chercherons à comprendre une maladie — le cancer du sein chez la femme — en approchant la malade dans sa totalité psychosomatique parce que, selon notre compréhension, la problématique à l'origine des difficultés que vit notre système de santé pourrait résider dans le fait d'avoir considéré le malade uniquement sous l'angle somatique.

---

[7] Selon Denis et Fortin la spiritualité réfère à «cette capacité qu'ont les humains de faire des connec-tions entre les différents phénomènes [...]. La spiritualité est une énergie permettant la prise en charge de soi-même». † J.G. Denis et G. Fortin, «La variable religieuse en counselling pastoral et l'emprise sur l'existence», *Sciences Religieuses,* vol 15, 1996, pp. 131-142. En ce qui concerne le psychologique il s'agit de l'ensemble des processus à l'oeuvre dans le simple fait d'être en rapport avec le monde avec autrui : sentiments, émotions, attitudes, etc. Quant au corps il est le médium somatique par lequel l'existence s'actualise, se matérialise. Le terme psychosomatique sera maintes fois utilisé. Ce terme nous le tirons de Boss plus spécialement. Psycho pour psychologique et soma-tique pour corps. Il s'écrit en un mot parce que cette unité est inséparable. Psychosomatique et non somatopsychique parce que, dans la perspective de Boss, le corps ne fait qu'actualiser ce qui est vécu existentiellement. Or, pour Boss, l'existence est une activité découvrante-de-sens donc essentielle-ment spirituelle. En conséquence l'expression psychosomatique renvoie toujours, dans cette thèse, aux trois dimensions de l'existence humaine que nous exprimerons également sous le vocable somato-psycho-spirituelle.

L'observation sur le terrain, par le biais de la pratique psychothérapeutique privée, constitue le terreau de cette recherche. Il importe de préciser ici que l'expérience clinique qui fut à la base du présent projet de recherche s'est déroulée dans un contexte d'abord médical au sens où la majorité des patients et patientes rencontrés(es) étaient référés(es) par un médecin. Il y avait donc, chez certains médecins, une reconnaissance tacite que la compréhension, l'explication et la guérison durable de certaines problématiques somatiques dépassaient la capacité d'intervention de la science médicale. Que quelques médecins, dans une clinique donnée, reconnaissent une certaine «incapacité» à traiter certains cas dans une perspective globale, voire psychosomatique, nous semble suffisant pour justifier un tel projet de thèse. Il est ressorti de près de six années de pratique privée et plus de deux mille heures d'entrevues individuelles que derrière toute problématique corporelle ou somatique, il y a généralement une problématique psychologique et spirituelle dont le niveau d'importance ou de pathologie était équivalent ou trouble somatique. Tantôt nous découvrions des femmes et des hommes avec une certaine rancune «consciente» ou non consciente en lien avec un père alcoolique, violent, décédé trop jeune parfois, etc., ou face à une mère dépressive, surprotectrice, d'une pudeur maladive, etc. À un autre moment ce sont des épouses ou des époux incapables de communiquer entre eux, dévorés par le ressentiment. Tous les récits de vie que nous avons pu entendre dans l'intimité et la confidentialité propres à la relation psychothérapeutique laissaient généralement voir des existences enlisées à la mesure des pathologies somatiques diagnostiquées. Les êtres qu'il nous a été donné de rencontrer sont des êtres affectés à

différents degrés et de façon unique par la souffrance physique (douleur : en lien avec des organes atteints) et par la souffrance morale (souffrance : en lien avec des modes d'être désaccordés). La constatation voire la compréhension de ces existences malades dans leur totalité, principalement le dévoilement du signifié (l'inobservable ou l'existence problématique en jachère), a été une révélation fort importante. La relation psychothérapeutique où l'importance est accordée prioritairement au récit de vie d'une existence ne peut se vivre ainsi que dans la mesure où le narrateur peut se livrer en toute liberté, c'est-à-dire sans se sentir jugé, rejeté, culpabilisé; c'est dans ce sens que l'on peut affirmer avec Heidegger que «l'ouïr est constitutif du dire». La relation psychothérapeutique permet d'accéder à une totalité; par le biais du fait accessible à l'expérience immédiate (le cancer du sein ou l'organe malade en cause, c'est-à-dire le symbolisant), le psychothérapeute est amené à l'inobservable, au non-sensible (les souffrances existentielles de ces êtres), c'est-à-dire le symbolisé. Voilà donc une totalité existentielle reconstituée! Voilà également comment opère une approche holistique[8]; partir d'un fragment pour accéder à l'ensemble.

Dans un certain sens c'est l'expérience clinique accumulée qui nous a permis de constater que la maladie somatique est souvent la résultante d'une existence enlisée. Nous avons vu à notre clinique nombre de patients libérés de maux somatiques médicalement

[8] Pour nous cette approche doit être non seulement holistique mais chronoholistique dans le sens où l'humain se développe à partir de ses expériences lesquelles expériences s'actualisent dans le temps et ce, depuis sa conception.

diagnostiqués. Or nous n'avons jamais opéré, ni préconisé de traitement hormonal quel qu'il soit. Notre seule intervention est de faire en sorte que ces malades, en se révélant, prennent conscience de l'enlisement de leur existence[9]. L'expérience clinique a donc, de façon inductive, contribué au développement de ce projet de thèse. Notre questionnement part donc d'une pratique déjà opérationnelle, d'une intervention concrète et démontrable. En conséquence elle rencontre, au départ, la visée praxéologique.

Dans un article récent du journal *Le Devoir* publié le 25 août 1997, l'Institut national de la recherche sur les services médicaux via le Dr David Larson déclarait :

> La médecine américaine s'ouvre à la spiritualité. Certaines écoles de médecine américaine vont recevoir des subventions pour permettre aux étudiants de suivre des cours sur le rôle de la

---

[9] L'an dernier l'auteur a eu une très intéressante conversation avec le Dr Elisabeth Maunsell, directrice du Groupe de recherche en épidémiologie de la Faculté de médecine de l'Université Laval, à l'Hôpital du Saint-Sacrement. Les recherches de madame Maunsell ont porté sur 224 femmes et ce, durant sept ans. Cette dernière et son équipe ont trouvé que le taux de survie, après sept ans, de femmes ayant eu un ou plusieurs confidents pendant les trois premiers mois suivant leur diagnostic de cancer est de 76% contre 56% chez celles ne s'étant pas confiées. Dans l'édition du Journal du Québec du 27 septembre 1995, madame Maunsell déclare : «On se sait pas si le fait de se confier à quelqu'un peut avoir un effet sur le stress et conséquemment sur le système immunitaire...?»†. Ce qui est constaté toutefois c'est l'augmentation incontestable du taux de survie de façon plus que significative. En tant que psychologue clinicien et surtout en tant que théologien nous savons la force de la parole. Dans un contexte de counseling pastoral ou intégratif la parole sera «liante» en ce sens qu'elle doit permettre au patient et au psychothérapeute de pouvoir entrer en relation. Dans un second temps elle sera «dé-liante» pour le patient en lui permettant d'exprimer, généralement pour la première fois de sa vie, ses états d'âme les plus profonds. Finalement cette parole sera «re-liante» dans le sens précis où elle reliera d'abord le patient à lui-même et, conséquemment, dans ses rapports éventuels au monde. Concernant cette question que le Dr Maunsell soulève à savoir l'effet de la parole sur le système immunitaire nous avons en bibliographie plus d'une trentaine de références scientifiques et très récentes (1988 à 1995) traitant de l'effet de la parole sur le système immunitaire, du cancer et des traits de personnalité, des troubles somatiques en lien avec le langage voire la parole comme outil de communication.
† E. Maunsell, «Cancer du sein - Un confident peut prolonger la vie», *Journal du Québec*, vol. 29, n° 201, 1995, p. 21.

> spiritualité et de la religion dans les services médicaux. Les promoteurs de cette mesure veulent apprendre aux futurs médecins à intégrer dans leurs diagnostics «l'histoire spirituelle» de leurs patients[10].

Cette affirmation, entre autres, de l'Institut national de la recherche sur les services médicaux confirme dans une certaine mesure et dans certains cas la difficulté de la science médicale à rejoindre la totalité unifiée et inséparable qu'est l'existence humaine. Totalité qui découle de l'interaction des trois dimensions que sont le corporel, le psychologique et le spirituel[11]. À cet égard Sharon Batt fournit une possible réponse à ce dilemme :

> Du côté des femmes, on tient compte du coût émotionnel et de la qualité de vie, on considère que le contact humain fait partie des soins, on se préoccupe de la conservation des ressources, on préconise une approche non linéaire, holistique, pour la résolution des problèmes et une intervention médicale réduite au minimum. Du côté des hommes, on croit à la technologie, on a un penchant pour les projets d'envergure à grands frais et pour les mesures héroïques qui sauvent des vies[12].

---

10 D. Larson, «La médecine américaine s'ouvre à la spiritualité», *Le Devoir,* 1997.

11 En ce qui concerne cette thèse nous utiliserons les termes somatique, psychologique et spirituel lorsque nous parlerons de l'existence humaine comme totalité tridimensionnelle unifiée. Nous attirons donc l'attention du lecteur quant à d'autres types d'expressions utilisées par certains auteurs telles : esprit et corps, corps et âme, etc. Ces expressions ne sont pas les nôtres. En conséquence elles doivent être comprises à partir du contexte d'où elles sont tirées soit médical, philosophique, anthropologique, sociologique, théologique ou autre. Selon notre compréhension de ces auteurs esprit et âme se distinguent radicalement de la dimension corporelle et pointent vers les dimensions psychologique et spirituelle.

12 S. Batt, *À bout de patience - Les enjeux du cancer du sein,* Montréal, Les éditions du Remue-ménage, 1998.

Cette reconnaissance par le monde médical de l'importance de la dimension spirituelle représente une ouverture fort intéressante pour la théologie. Au mois d'août 1997, l'auteur a eu le privilège d'assister à la conférence mondiale sur le cancer du sein, qui se tenait à Kingston en Ontario, du 13 au 17 juillet, une première mondiale. Elle a rassemblé plus de quarante pays et environ six cent soixante-quinze (675) participants et participantes. L'une des communicatrices les plus reconnues actuellement en matière de cancer du sein au plan mondial, la docteure Suzan Love, a mentionné «qu'il y a de plus en plus de preuves attestant d'une connexion esprit/corps[13].» Madame Love est chirurgienne au niveau du cancer du sein. D'ailleurs, lorsque nous aborderons la question du cancer de façon plus spécifique, son livre, *"Dr Suzan Love's breast book"*, sera une référence très pertinente. En effet, ce livre constitue un excellent manuel de référence en ce qui concerne la physiologie ainsi que les différentes pathologies qui concernent le sein. Dans son exposé oral, tout comme dans son livre[14], la docteure Love[15] fait également mention que soixante-dix pour cent (70 %) des cas de cancer du sein n'appartiennent à aucune classification particulière en terme de facteurs de risque. Les facteurs de risque reliés au cancer du sein sont nombreux, nous les connaissons : alcool, cigarette, avortement, obésité, hérédité, etc., soit le trente pour cent (30 %) que la science croit avoir résolu. C'est donc en partie à cause de ces soixante-dix pour cent (70 %) de cas de cancer sans cause précise que nous nous sentons appuyés, tacitement, dans la présente recherche. La docteure Love d'affirmer :

---

13 S. Love, "Myths and Realities of breast cancer", *World Conference of breast cancer,* Kingston, Ontario, 1997.

14 S. Love, *Dr Suzan Love's breast book,* USA, Addison-Wesley publishing company, 1995.

15 S. Love, *Ibid.*

> The true answer to prevention isn't surgical, it's systemic. We need to find ways either to block the carcinogens or do something that could reverse the damage to genes. We need a new way to solve this disease, and we need it soon[16].

Selon la docteure Love, la communauté scientifique reconnaît que l'esprit peut affecter le corps. Selon Baker la question de l'effet des émotions sur la santé est aussi vieille que la médecine :

> The subject of the effect of the emotions on health is as old as medicine, but the sciences of psychoimmunology (the study of the effects of psychological factors on the immune system) and of neuroimmunomodulation (the study of the mechanisms whereby the nervous system modulates the activity of the immune system) are new[17].

Selon Melnechuk[18] la psychoneuroimmunologie étudie les voies par lesquels des procédés psychologiques conscients et inconscients peuvent affecter la santé en affectant le système immunitaire. Talmadge[19] parle également de la psychoneuroimmunologie comme science qui étudie l'impact de facteurs psychologiques sur la maladie. Pour Antonucci la psychoimmunologie étudie la relation entre certains facteurs psychosociaux et la santé.

---

16 S. Love, *Ibid.*, p. 247.

17 G.B.H. Baker, "Psychological factors and immunity", *Journal of psychosomatic research,* vol. 31, n° 1, 1987, p. 7.

18 T. Melnechuk, "Why has psychoneuroimmunology been controversial", *Advances : journal of the Institute for the Advancement of Health,* vol. 2, n° 4, 1985, p. 22.

19 J. Talmadge et W. Alvord, "Stress factors and breast cancer outcome", *Journal of clinical oncology,* vol. 5, n° 5, 1987, p. 333.

Grossarth-Maticek nous fournit un exemple convaincant à l'effet que le cancer est multifactoriel et qu'une approche monodisciplinaire est inappropriée. Le psychologique et l'organique interagissent d'une façon très complexe qui peut seulement être abordée d'une manière interdisciplinaire.

> Results show that certain psychosocial and medical variables are good predictors of cancer, and that there are interactions (synergetic effects) between the two groups of factors. It clearly emerges that a monocausal and even a monodisciplinary approach to cancerogenesis is inappropriate. We assume that in cancerogenesis, psychosocial and organic factors interact in a complex way which has to be approached in an interdiciplinary manner. This will open us possibilities for an effective prevention[20].

Culturellement nous ne pouvons pas passer sous silence l'immense stress que les femmes ont subi depuis les années 1950. À cet égard Wright déclare que l'un des plus grands défis pour les femmes actuelles est de trouver un équilibre psychologique, non marqué par une trop grande anxiété dans leur rôle de mère et/ou de professionnelle. L'importance réside dans la capacité d'assumer librement et de façon responsable l'orientation que l'on donne à sa vie de femme.

> Evolutionary psychology thus helps explain why modern feminism got its start after the suburbanization of the 1950s. The landmark 1963 book *The Feminine Mystique* by Betty Friedan grew out of her 1959 conversation with a suburban mother who spole with "quiet desperation" about the anger and despair that Friedan came to call "the problem with no name" and a doctor dubbed "the

---

[20] R. Grossarth-Maticek *et al.*, "Psychosomatic factors involved in the process of carcinogenesis : Preliminary results of the Yougoslav-Prospective Study", *Psychotherapy and psychosomatics,* vol. 40, 1983, pp. 191-193.

> housewife's syndrome". It is only natural that modern mothers rearing children at home are more prone to depression than working mothers, and that they should rebel. But even working mothers suffer depression more often than working men. And that souldn't shock us either. To judge by hunter-gatherer societies, it is unnatural for a mother to get up each day, hand her child over to someone she barely knows and then head off for 10 hours of work — not as unnatural as staying home alone with a child, maybe, but still a likely source of guilt and anxiety. Finding a middle ground, enabling women to be workers and mothers, is one of the great social challenges of our day[21].

Eysenck est catégorique : synergiquement la psychothérapie est un outil de prévention efficace en matière de cancer en autant qu'elle s'allie avec la chimiothérapie et tous les autres traitements médicaux :

> Such a point of view will help to eradicate the traditional Cartesian-type dichotomy between body and mind, a dichotomy that has been disastrous from the philosophical as well as the scientific point of view, and which has prevented psychology and medicine from entering into a more fruitful relationship[22].

Mais comment la psychothérapie agit-elle? Cela demeure un mystère. Plusieurs études ont déjà démontré que des femmes ayant participé à des rencontres thérapeutiques ont augmenté leur survie et leur qualité de vie même au niveau métastatique. L'on a pu observer que le niveau de défense du système immunitaire était plus élevé chez ces patientes. Si madame

---

21 R. Wright, "Stress, anxiety, depression : The new science of evolutionary psychology finds the roots of modern maladies in our gene - The evolution of despair", *Time*, vol. 146, n° 9, 1995, p. 36.

22 H.J. Eysenck dans Grossarth-Maticek, R. *et al.*, "Psychosomatic factors involved in the process of carcinogenesis : Preliminary results of the Yougoslav-Prospective Study", *Psychotherapy and psychosomatics*, vol. 40, 1983, p. 100.

Love reconnaît ces faits, elle affirme toutefois que ces résultats sont l'histoire d'individus ou de groupes d'individus plutôt que d'études élaborées dans des situations contrôlées. Comme nous n'avons pas de preuves scientifiques, il est difficile de reconnaître la validité du phénomène, dit-elle. Paradoxalement, elle termine son chapitre traitant des approches alternatives en disant «qu'il était évident que les diverses techniques alternatives accumulent de plus en plus d'efficacité. En conséquence, il se peut avant longtemps qu'une approche holistique (incluant la personne totale) devienne la norme plutôt que l'exception». L'approche que la présente recherche vise à développer s'inscrit dans cette perspective.

Cette constatation de Love concernant une possible «connexion corps/esprit» concorde avec le questionnement qu'effectue actuellement le système médical américain tel que le déclare le Dr Larson de l'Institut national de la recherche sur les services médicaux aux États-Unis. Toutefois, même si l'ouverture du monde médical à la dimension spirituelle constitue un pas important, cela ne donne malheureusement pas pour autant à ce même monde médical la connaissance des concepts propres au monde de la spiritualité. En reconnaissant qu'il y aurait une certaine carence au plan de la pratique, le corps médical reconnaît du même coup qu'il y a une certaine inaptitude au plan théorique. L'intention avouée du corps médical à vouloir désormais inclure la spiritualité dans sa pratique ne lui donne pas ces connaissances pour autant.

L'OBJECTIF

Précisons au départ que cette recherche ne pose pas d'hypothèses qu'il faudrait infirmer ou confirmer; elle s'apparente plus à une recherche de sens. Le but de cette recherche est de se demander si la théologie pratique peut contribuer à élaborer un modèle psychothérapeutique qui puisse combler, si possible et à sa mesure, la lacune qui sévit actuellement au niveau de la thérapeutique médicale, soit cette difficulté à vouloir et à pouvoir soigner l'âme humaine et ce plus particulièrement en ce qui touche le cancer du sein. Pourquoi le sein? Nous avons grandement hésité entre Alzheimer, cancer du cerveau et cancer du sein. Si nous avons «choisi» le cancer du sein cela est probablement dû à nos antécédents philosophiques. Comment ce sein, dispensateur de vie via le lait maternel, peut-il arriver à donner la mort? Quoiqu'il en soit, les questions touchant la vie et la mort ne sont-elles pas les questions existentielles ultimes? En conséquence, les réponses à ces questions existentielles ultimes ne peuvent donc venir uniquement ni de la médecine traditionnelle ni de la psychologie traditionnelle. Ces questions existentielles ultiment interrogent également la philosophie existentielle et la théologie pratique; ces sciences qui traitent du sens de l'existence. Premièrement parce qu'au plan symbolique le sein, via le lait maternel (maternité), symbolise le don, la gratuité, l'abondance, la survie du nourrisson et, par voie de conséquence, la continuité de l'espèce humaine, laquelle inéluctablement englobe la notion de famille. Plus concrètement le sein constitue également le premier «objet» de relation du nourrisson comme être-dans-le-monde, comme être-avec-

autrui avec la mère-sein. À ce stade sein et mère s'équivalent, la mère n'est que sein, le sein n'est que mère[23].

> Le sein est surtout symbole de maternité, de douceur, de sécurité, de ressource. Lié à la fécondité et au lait, qui est la première nourriture, il est associé aux images d'intimité, d'offrande, de don et de refuge. Il est aussi réceptacle, comme tout symbole maternel, et promesse de régénérescence. Le retour dans le sein de la terre marque, comme toute mort, le prélude à une nouvelle naissance. Le sein d'Abraham désigne le lieu de repos des justes. Dans le sein d'Abraham il n'existe ni douleur, ni souffrance, ni soupir[24].

Ainsi, le lait parachève et poursuit le lien mère/foetus. Comment ce sein, comme symbole de continuité, peut-il se transformer en symbole de mort? Ce sein serait-il en train de «mourir» dans le monde tout comme se meurt la famille? En second lieu nous espérons pouvoir aider ces femmes qui se posent la question «pourquoi moi?». D'ailleurs, Sharon Batt, elle-même survivante à un cancer du sein et co-fondatrice de *Action cancer du sein* de Montréal, déclare que «la femme qui vient d'apprendre son diagnostic se demande d'abord pourquoi elle a développé un cancer du sein[25].»

---

23 Cela est tellement vrai que Love rappelle que les deux hormones responsables pour la production du lait maternel sont la prolactine et l'oxytocine. Ces deux hormones proviennent de la glande pituitaire et sont stimulées par l'hypothalamus. La prolactine produit le lait lequel est délivré par l'oxytocine. La prolactine déclenche la sécrétion de progestérone et préside aux phénomènes de la lactation. Toutefois, tout ceci est possible uniquement par la succion du mamelon par l'enfant. Love écrit : *"Unlike prolactin, oxytocin doesn't exist in the body until the suckling process calls it forth"*. † S. Love, *Dr Susan Love's breast book*, USA, Addison-Wesley, 1995, p. 28.

24 J. Chevalier et A. Gheerbrant, *Dictionnaire des symboles*, Paris, Robert Laffont, 1982, p. 271.

25 S. Batt, *À bout de patience. Les enjeux de la lutte au cancer du sein*, Montréal, Les éditions du Remue-ménage, 1998, p. 392.

En deuxième lieu, nous pourrions ajouter qu'au plan prospectif, le cancer du sein est l'un des cancers qui présente, au départ, le plus de chances de survie. Le sein, comparativement au foie par exemple, est considéré comme un organe «superficiel ou accessoire» tandis que l'autre se dit organe «profond ou noble». L'ablation d'un sein, si pénible soit-elle au plan psychique et somatique, ne met pas la vie en danger. Si nous devions, par cette recherche, insuffler le goût aux femmes atteintes de cancer du sein, aux psychologues et aux médecins de se laisser aborder par une psychothérapeutique intégrative et complémentaire[26], notre choix du cancer du sein deviendrait, dans cette perspective, un choix justifié. Voilà en bref, les raisons majeures de notre choix du cancer du sein. Dans cette perspective, nous avons concentré cette recherche sur douze femmes atteintes du cancer : neuf face à un diagnostic de cancer du sein et trois face à un cancer des intestins. Notre expérience clinique nous a permis de constater certains liens entre existence et maladie. Se pourrait-il que nous constations une dynamique semblable au sujet du cancer du sein? Sans être un objectif cela constitue une motivation intéressante. Il ne s'agit pas de se substituer ou de s'opposer à toutes les approches traditionnelles et alternatives. Bien au contraire, la grande majorité de ces méthodes possèdent, chacune en fonction de leurs compétences propres, une pratique justifiable ainsi qu'une expertise enviable. Toutefois, la question spirituelle demeure absente même de la grande majorité des approches alternatives. Notre culture a défié la science avons-nous dit. Dans ce contexte nous endossons la position de Küng qui affirme que :

---

[26] Nous utilisons le terme complémentaire dans le sens où le modèle que nous proposons s'ajoute à tout autre modèle traditionnel ou alternatif actuellement disponible.

> Ce n'est pas à l'effort scientifique et technologique qu'il faut renoncer, ni par conséquent au progrès humain, mais à la foi en la science en tant qu'explication globale de la réalité (conception du monde / weltanschauwung), à la technocratie considérée comme un ersatz de religion et une panacée[27].

L'objectif de cette thèse est de rechercher un modèle psychothérapeutique qui soit non seulement intégratif mais également complémentaire aux approches actuelles. Il s'agit de répondre à l'ouverture que la science médicale offre actuellement en y apportant une contribution sur le plan de la théologie pastorale, plus précisément, dans l'approche des soins aux malades. Ce faisant, cette recherche se veut une réponse à un voeu exprimé par nombre de femmes atteintes de cancer du sein. À ce titre, on pouvait lire, dans un document de présentation de la Conférence mondiale sur le cancer du sein :

> While neither the benefits nor any negative consequences of many of these complementary therapies have been scientifically proven, more and more women with breast cancer seek them out. They want therapies for the whole person, not just treatments for the breast or the body[28].

Dans ce contexte, cette recherche vise à intégrer, au plan clinique, les trois dimensions que sont le somatique (le corporel), le psychologique (les émotions) et le spirituel (les significations) lesquelles constituent une totalité unifiée dans toute existence humaine. Cette intégration, si elle réussit, devrait également permettre de lever le voile sur la dimension spirituelle de l'existence

---

[27] H. Küng, *Être chrétien,* Paris, Seuil, 1974, p. 34.

[28] World Conference on Breast Cancer, *Document d'introduction,* Kingston, Ontario, 1997.

humaine et ce, plus spécifiquement pour le bénéfice de la personne analysée. Si guérir s'adresse au corps, l'action salvatrice, quant à elle, interpelle l'âme humaine. Tillich rappelle que le mot salut signifie en latin *salvus* ou *salus* ce qui signifie « *"healed"* or *"whole" as opposed to disruptiveness*[29]. » Tillich ajoute :

> And if salvation is understood in the sense of healing, there is no conflict between the religious and the medical, but the most intimate relation. Only a theology which has forgotten this relation, and sees salvation as the elevation of the individual to a heavenly place, can come into conflict with medicine. And only a medicine which denies the non-biological dimensions of life in their significance for the biological dimension (including its physical and chemical conditions) can come into conflict with theology. But an understanding of the differences as well as the mutual within-each-otherness of the dimensions can remove the conflict and create an intensive collaboration of helpers in all dimensions of health and healing[30].

En ce qui concerne la définition de l'âme[31] c'est vers Perrin que nous nous tournons. À ce sujet Perrin déclare ceci :

> Un troisième niveau est donc postulé, que l'on pourrait désigner comme niveau axiologique: il se rattache à cette dimension de l'humain qui fut longtemps appelé l'âme, et qu'ici on peut clairement désigner par l'ordre des valeurs qui signifient les conditions ou tout signifiant prend sens [...] les formes concrètes du bien-être physique et mental tiennent ensemble en fonction de l'ordre symbolique selon lequel une société donnée en définit les normes et les valeurs[32].

---

29 P. Tillich, *The meaning of health - Essays in Existentialism, Psychanalysis, and Religion,* Chicago, Exploration Press, 1984, p. 88.

30 P. Tillich, *Ibid.*, p. 173.

31 Lorsque nous parlerons d'âme dans cette thèse il faudra le voir dans le sens précis de Perrin.

32 L. Perrin, *Guérir et sauver : entendre la parole des malades,* Coll. «Recherches morales», Paris, Cerf, 1987, pp. 203-204.

Perrin est donc très clair; le somatique (le corporel) et le psychologique (les émotions) s'actualisent en fonction de la signification que l'individu donne à tel événement. Voilà pourquoi la théologie pratique peut répondre à cette exigence salvatrice. Dans quel cadre peut-elle le faire?

LA MÉTHODE

- **Le modèle praxéologique**

Selon Schillebeeckx[33], la mission pastorale englobe évangélisation, aide au développement et action libératrice; la mission évangélique doit chercher à rejoindre les couches de la population d'où jaillit le cri suprême pour plus de liberté, de dignité humaine et de justice : «L'espérance chrétienne et l'avenir qu'elle vise ne prennent un caractère concret que lorsqu'ils s'enracinent dans la tragédie humaine de pauvreté, d'injustice et d'oppression[34].»

Ces quelques lignes de Schillebeeckx sont l'arrière-plan du modèle praxéologique tel qu'utilisé dans cette recherche. Ce modèle praxéologique constitue le cadre théorique de théologique pratique qui donne l'articulation d'ensemble à cette thèse. Ce modèle se divise, selon Nadeau[35] en six étapes : l'observation, la problématisation, l'interprétation théologique, la réélaboration opérationnelle, la prospective et l'évaluation.

---

33 E. Schillebeeckx, *Histoire des hommes : récit de Dieu,* Paris, Cerf, 1982.

34 E. Schillebeeckx, *Ibid.*, p. 280.

35 J.G. Nadeau, *Un modèle praxéologique de formation expérientielle*, Coll. «Éducation permanente», nos 100/101, 1989, pp. 97-105.

Examinons davantage quelques concepts relatifs à la praxéologie tel que l'entend Nadeau. Selon Nadeau[36], la praxéologie insiste sur la dimension interprétative de l'expérience qui passe par le monde particulier que nous habitons, le langage que nous avons reçu, les histoires qui nous ont été racontées. Ce sont tous des repères fondateurs, parmi d'autres, qui rendent les événements auxquels nous participons générateurs d'expérience, ce «vécu» de notre compréhension du monde, de nous-mêmes et des autres. Cette expérience serait aussi bien reçue qu'élaborée, aussi bien que personnelle. La méthode praxéologique vise donc, de dire Nadeau[37], l'étude d'une pratique particulière en maintenant, le plus possible, l'écart entre les idéologies discursives (l'académique) et les idéologies opérantes (l'expérience telle que vécue). Toujours selon Nadeau :

> Cette science de l'action vise à faire émerger la réalité d'une pratique particulière pour la confronter à ses porteurs et à leurs référents, de façon à la rendre plus consciente de ses enjeux en vue d'accroître sa pertinence et son efficacité.
>
> Ce qui nous permet d'en faire un lieu de formation expérientielle, c'est le fait que **cette action que nous étudions et demandons à l'étudiant d'étudier est son action à lui, la pratique du groupe auquel il appartient**. Chez nous, praxéologie et recherche-action-formation relèvent d'une même dynamique. Ainsi, nous ne cherchons pas à construire une science de théories théoriques de l'action, même si nous y sommes parfois conduits. Plus pragmatique, la formation en praxéologie se veut un processus de dévoilement-transformation d'une pratique particulière, de ses acteurs et d'abord de l'agent lui-même[38].

---

36 J.G. Nadeau, *Op. cit.*, p. 98.

37 J.G. Nadeau, *Ibid.*, p. 98.

38 J.G. Nadeau, *Ibid.*, pp. 100-101.

L'observation, première étape, vise à développer chez l'agent une capacité et même un réflexe d'appréhension de sa pratique. Nadeau[39] la définit ainsi :

> La première étape, **l'observation**, relève d'une visée de conscientisation aussi bien que de cueillette d'informations. Elle vise à développer chez l'agent une capacité et même un réflexe d'appréhension de sa pratique. On sait combien cette appréhension du réel ne va pas de soi, combien elle implique une sorte de conversion mentale : non seulement il faut tendre à se distancier de ses intérêts, mais encore il faut observer de façon multiple (polythétiste, dit Claudette Roy), tout en retardant le jugement. Marqués par nos intérêts, nous sommes en effet portés à décrire notre pratique telle que nous la concevons ou telle qu'elle devrait être, plutôt que telle qu'elle est. L'observation constitue une première distance de l'expérience. Cette étape «d'écoute active» d'une pratique vise à trouver «les mots pour la dire», à en dégager et analyser les éléments clés, à en identifier les relations. Elle débute avec le récit spontané que l'agent fait de sa pratique, récit qui lui permet de faire émerger au langage l'expérience qu'il en a, ses positions et perspectives sur celle-ci, etc. [...] **Qui fait quoi, pourquoi, où, quand, comment?** Sont ainsi pris en considération les acteurs de la pratique avec leur culture, ses enjeux et ses intérêts, ses relations avec le milieu, son rapport à l'histoire et au temps personnels et collectifs, ses modes, particulièrement ceux de participation et d'élaboration, ses idéalisations et ses effets ainsi que ses problèmes et dysfonctionnements.

En ce qui concerne cette première étape, nous estimons que l'expérience de la pratique psychothérapeutique en clinique privée que nous possédons constitue le substrat de ce qui représente, en ce qui nous concerne, l'observation telle que la définie Nadeau. Fort de cette expérience de psychologue[40], nous pouvons réfléchir sur qui fait quoi, soit les acteurs, pourquoi,

---

[39] J.G. Nadeau, *Op. cit.*, pp. 102-103.

[40] L'auteur est psychologue clinicien de pratique privée diplômé de l'Université Laval dans le champ de la compréhension psychosomatique de la maladie.

soit les finalités, où, quand et comment il le fait? C'est donc comme théoricien et praticien de cette discipline de la psychothérapie, comme acteur et comme agent, que nous observons.

La **problématisation** vise à organiser les résultats de l'observation en spécifiant les relations entre les termes de la pratique, particulièrement ceux qui font problème, et à intégrer en une lecture cohérente les sens divers qu'elle porte, de façon à en dégager un réseau conceptuel ou une dramatique. Il s'agit, de conclure Nadeau, «de mettre en perspective et de saisir à neuf les dynamiques et les problèmes déterminants de la pratique[41].»

Dans cette étape, nous aurons recours à diverses sciences qui ont développé une expertise en rapport aux dynamiques et aux problèmes dégagés lors de l'observation. C'est à partir de ces sciences que nous choisirons un ou des modèles de compréhension propre à notre pratique. Selon Nadeau, ici, «l'expérience se met à distance d'elle-même, se structure et même se modifie, à tout le moins dans sa dimension interprétative[42].»

Le troisième moment praxéologique, **l'interprétation**, cherche à dégager plus nettement et à critiquer les supports cognitifs et affectifs de l'engagement en lien avec la pratique étudiée. Nadeau nous dit :

---

41 J.G. Nadeau, *Op. cit.*, p. 103.

42 J. G. Nadeau, *Ibid.*, p. 63.

> Celle-ci vise à organiser les résultats de l'observation en spécifiant les relations entre les termes de la pratique, particulièrement ceux qui font problème, et à intégrer en une lecture cohérente les sens divers qu'elle porte, de façon à en dégager un réseau conceptuel ou une dramatique. Il s'agit de mettre en perspective et de saisir à neuf les dynamiques et les problèmes déterminants de la pratique. Au terme de cette étape, on aura donc saisi des interpellations pour l'action et parié sur l'une d'elles pour améliorer la pratique... ou pour vivre. C'est le moment plus existentiel de la responsabilité, de la délibération et de la décision devant des choix possibles. En termes de formation expérientielle, il s'agit d'assumer non seulement l'angoisse d'un questionnement sur sa pratique et son sens réel, mais d'assumer aussi le risque d'une parole articulée, à la fois critique et personnelle, sur ce sens[43].

Quant à la **réélaboration opérationnelle** elle consiste à choisir, planifier et gérer une intervention responsable, praticable et recevable, susceptible d'aider à atteindre ses objectifs, en pratique, avec des moyens appropriés. La réélaboration est en quelque sorte la saisie d'un choix qui devient un des moments le plus existentiel de la responsabilité. Selon Nadeau, il s'agit d'assumer non seulement l'angoisse d'un questionnement sur sa pratique et son sens réel, «mais d'assumer aussi le risque d'une parole articulée, à la fois critique et personnelle, sur ce sens[44].» À ce stade du modèle praxéologique l'agent aura élaboré un plan d'action visant à améliorer la pratique ou son rapport à elle.

La **prospective** a comme fonction de dégager les possibilités et les suites de l'intervention prévisibles à moyen et à long terme, pour la pratique, son milieu et ses acteurs.

---

[43] J.G. Nadeau, *Op. cit.*, p. 103.

[44] J.G. Nadeau, *Ibid.*, p. 104.

Dans son aspect plus poétique, d'ajouter Nadeau, elle nomme la mémoire, l'horizon et la promesse de la pratique. Enfin, **l'évaluation** fait le point sur l'évaluation de la pratique et le parcours de l'agent.

- **L'approche existentielle**

Notre problématique vise la maladie, plus spécifiquement, le cancer du sein. Notre constat est à l'effet que le système médical et les psychothérapies traditionnelles, ainsi que la majorité des approches alternatives, éprouvent une certaine difficulté à aborder la maladie dans une perspective globale soit dans le sens d'intervenir simultanément sur les trois dimensions de toute existence humaine que sont le somatique, le psychologique et le spirituel. Le modèle praxéologique servira de cadre théorique à l'ensemble de cette thèse, il en donnera l'articulation. Nous regarderons maintenant quelle approche, à notre point de vue, pouvait le mieux nous conduire à une interprétation intégrative corps/âme et, ainsi, répondre à l'objectif spécifique de cette thèse soit de proposer, éventuellement, un modèle psychothérapeutique intégratif. L'approche que nous avons choisie est l'approche existentielle de Médard Boss[45]. Voici, tel que fourni par Donald Moss[46], quelques points saillants de la carrière de Boss. Né en 1903 à Saint-Gail, Suisse et, dès 1905, sa famille habitait Zurich, qu'il n'a pas quitté. Parmi ses maîtres en médecine, il faut citer, pour la physiologie, W.R. Hess, prix Nobel, grand spécialiste du système

---

[45] Notons que Boss utilise le terme modalité au lieu de dimension lorsqu'il parle de l'humain. En conséquence nous utiliserons ces deux termes comme synonymes dans cette thèse.

[46] D. Moss et M. Boss, *Existential - Phenomenological Alternatives for Psychology,* New York, Oxford University Press, 1978, pp. 308-309.

nerveux autonome. En psychiatrie, il a suivi l'enseignement d'Eugen Bleuler. Son analyse didactique a été commencée par Freud lui-même à Vienne, en 1925. Il a également collaboré avec Jung pendant dix années. En philosophie, sa rencontre en 1947 avec Martin Heidegger a été décisive. Pendant vingt-neuf ans, Médard Boss et Heidegger ont entretenu une véritable amitié et des échanges intellectuels. C'est Médard Boss qui a initié Heidegger à la pensée de Freud. Médard Boss a été, à partir de 1952, professeur de psychothérapie à la Faculté de médecine de Zurich et directeur de la formation psychothérapique de la clinique universitaire du Burghozli. De 1954 à 1970, il a présidé l'Association internationale de Psychothérapie médicale. En 1954, et pendant plusieurs années, il a été invité par le gouvernement de l'Inde aux fins d'organiser la formation psychothérapique dans ce pays. En 1963, Médard Boss a été invité aux États-Unis pour un cours de six mois à Harvard. Les distinctions qu'il a reçues sont multiples mais, sans doute, l'une des plus prestigieuses est le prix *"Great Therapists"* (1951) de l'American Psychological Association qui n'avait été décerné auparavant qu'à Menninger. Plus de 120 articles et 12 livres publiés chez Hans Huber donnent une idée de la production de Médard Boss[47].

---

[47] Citons en particulier : *Der Traum und seine Auslegung (1953), Daseinsanalyse und Psychanalyse (1957), Grundriss der Medizin und der Physiologie Ansätze zu einer phänomenologischen Physiologie, Psychologie, Pathologie, Thérapie (1971).* Son enseignement réunit, au Zollikon, chaque année, un séminaire auquel participent des psychiatres du monde entier. Il a publié également un volume de textes consacrés à Martin Heidegger. *Zollikoner Seminare, herausgegeben von Medard Boss, Frankfurt am Main,* traduits en français : *Introduction à la médecine psychosomatique,* Presses Universitaires de France (1959), et *Un psychiatre en Inde,* Fayard (1979). Il faut y ajouter un chapitre de l'Encyclopédie médico-chirurgicale (volumes Psychiatrie) publiée en 1975. Bien que nous n'ayons pas accès à la langue allemande nous pensons que nous avons pu accéder aux oeuvres majeures de Boss lesquelles ont fait l'objet d'une traduction en anglais et/ou en français. Citons entre autres : *"Psychoanalysis and Daseinsanalysis", "Existential foundations of Medicine and Psychology"* et *"Introduction à la médecine psychosomatique".*

Toutefois, avant d'élaborer davantage sur l'analyse existentielle de Boss nous examinerons trois schémas majeurs d'interprétation de la maladie propres à l'histoire moderne de la science médicale. Après avoir montré comment la science médicale moderne s'est occupée de guérir le corps, nous examinerons comment certaines approches thérapeutiques dites chrétiennes se sont occupées de soigner l'âme humaine. Comme notre objectif spécifique est l'élaboration possible d'une intervention psychothérapeutique en lien avec la théologie pratique, il fallait nous référer à ce qui se pratique à cet égard afin de pouvoir choisir le type de thérapie chrétienne qui colle le plus à notre réalité.

Les trois schémas courants de l'interprétation de la maladie[48]

Le schéma technique

Dans une telle structure c'est, prioritairement, un trouble organique, donc lésionnel, qui conduit à un trouble fonctionnel d'où la maladie organique. Le terme technique est utilisé dans le sens où le corps est conçu uniquement sous l'angle d'un ensemble d'organes perceptibles et tangibles. Dans un tel contexte de technicité, toute thérapeutique relève du principe de chaînes causales, bref de la causalité. Comme nous l'avons constaté dans notre introduction, la science médicale américaine semble vouloir introduire, si peu soit-il, la dimension spirituelle pour la compréhension, l'explication et la guérison de certaines problématiques somatiques. Cette reconnaissance de la réalité spirituelle, ce voeu de la science médicale, démontre à quel point, malheureusement, celle-ci a traité et traite encore généralement la maladie plutôt que l'être

[48] Cette partie concernant l'explication des trois schémas courants de l'interprétation de la maladie vient de Boss lui-même (M. Boss, *Introduction à la médecine psychosomatique*, Paris, PUF, 1959, pp. 19-28).

malade. Et cela s'est perpétué même si déjà à l'époque dite du schéma technique les troubles classiques de l'hystérie, où aucune lésion anatomique ne pouvait servir de cause primaire à une évolution pathologique, semait un doute quant à l'application générale dudit schéma technique[49]. Nous verrons, selon Boss[50], que les conceptions psychogénétiques et somatogénétiques conduisent à une impasse, parce que, de façon abstraite et inadéquate, elles posent et une *«psukhê»* et un *«sôma»* comme lieux causals de maladie. En fait elles oublient que l'existence humaine est essentiellement découverte-de-significations donc également spirituelle.

Le schéma végétatif

Un deuxième schéma, dit végétatif, attribuait la maladie prioritairement à un trouble (fonctionnel) du système nerveux autonome (végétatif). Précisons ici que le système nerveux végétatif, différemment du système nerveux central, lequel agit sous le contrôle de la volonté, est dit autonome justement parce que son activité via la coordination des systèmes sympathique et parasympathique ne tombe pas sous l'action de la volonté. Généralement en médecine[51], on oppose les mécanismes de la vie végétative à ceux de la vie de relation (liaisons entre organisme et milieu environnant) en lien avec le système nerveux central. Le système nerveux végétatif ou autonome, est divisé, en se fondant sur des données antagonistes, en système

---

[49] Les nombreuses recherches génétiques qui se sont effectuées depuis la dernière décennie nous confirment à quel point la science a poussé la racine de la causalité. À chaque semaine il y a une publication pour nous faire part que tel ou tel gène serait responsable de telle ou telle maladie. Dernièrement, par exemple, nous pouvions lire que des chercheurs avaient identifié le gène de la vieille fille et du buveur de café.

[50] M. Boss, *Op. cit.*, p. 94.

[51] A. Domert et J. Bourneuf, *Nouveau Larousse médical,* Paris, Larousse, 1990, p. 1080.

parasympathique et en système sympathique. L'équilibre végétatif et conséquemment une grande partie du système hormonal résulte d'un débalancement entre ces deux systèmes. À cet égard, un proche collaborateur de Freud, Willem Reich, a apporté une importante contribution en ce qui a trait au vécu sexuel et son impact sur le système végétatif. Avec le schéma végétatif ou dystonie végétative, en lien avec le thalamus, on eut tôt fait de se demander toutefois qu'est-ce qu'il pouvait bien y avoir derrière la dystonie végétative. C'est alors que naquit le concept obscur de constitution ou de disposition. De même qu'on se doutait déjà que le psychisme n'était pas étranger au niveau du schéma technique il en fut de même en regard du schéma végétatif. Que la causalité soit de l'ordre du lésionnel (schéma technique) ou du fonctionnel (schéma végétatif), il était d'ores et déjà reconnu que quelque chose d'autre intervenait dans le processus de la maladie.

Le schéma psychanalytique

C'est avec Freud et ses constatations sur l'hystérie que naîtra un troisième schéma interprétatif de la maladie. En rapport avec l'hystérie Freud introduisit la *psukhê*, le sujet, comme entité pouvant intervenir dans le développement d'une maladie. Ainsi, le schéma psychanalytique reconnaissait prioritairement un trouble au plan psychologique, c'est-à-dire dans l'incapacité d'un individu à établir des rapports adéquats avec son environnement. En examinant ces trois schémas nous constatons que si le premier attribuait la maladie à des facteurs exogènes, donc au traitement de celle-ci de façon mécanique (opérations) ou chimique (pharmacologie), c'est avec Freud que la reconnaissance de facteurs endogènes dans l'étiologie

d'une maladie devenait possible. C'est là que réside le génie de Freud. La maladie devenait un processus où l'analyse, via la cure thérapeutique, devait permettre la libération de contenus inconscients chez l'analysé tout en réinstaurant l'équilibre somatique. À la suite de Freud bien d'autres écoles, également de tendance psychanalytique, virent le jour. Comme l'objectif de cette partie de chapitre a pour but de présenter l'évolution du concept de maladie à travers ces trois schémas majeurs que sont les schémas technique, végétatif et psychanalytique, nous n'insisterons pas davantage sur l'un ou l'autre des courants qui sont, pour la grande majorité sinon la totalité, issus de l'un ou l'autre des schémas végétatif ou, surtout, psychanalytique. Toutefois, nous croyons qu'il importe de signaler, à tout le moins, quelques grands noms à cet égard. Au plan historique, Besancon[52] nous rappelle d'abord que le terme même de médecine psychosomatique date de 1820. Il est dû à Heinrooh dans la conception néohyppocratique de la médecine naturaliste allemande. Lipowski[53] évoque d'autres précurseurs. Gaub, professeur de médecine à Leyden, Tuke en 1872 qui rapporte une série d'observations et d'anecdotes sur l'influence de l'âme sur le corps, sur la santé et sur la maladie. Enfin, il faut bien sûr en France évoquer Trousseau. La première école purement psychanalytique fut certainement celle de Freud, Groddeck et Ferenczi. Vient ensuite l'école de Chicago d'où remonte le véritable intérêt pour la psychosomatique dont les leaders furent Alexander et Dunbar. Signalons également le courant neurophysiologique dont Pavlov et Cannon furent les deux précurseurs. Au niveau des théories du stress, grand courant en recherche fondamentale, il importe de citer Walter Cannon

---

[52] G. Besancon, «Théorie en psychosomatique», *Encycl. Méd. Chir. Psy.*, 3400 C[10], 8 p., Paris-France, Éditions techniques, 1992.

[53] Z.J. Lipowski, "Psychosomatic medicine in the seventies : an overview", *Am. J. Psychiatry*, vol. 134, 1997, pp. 233-244.

et Hans Selye suivis par Porter, Brady, Gray, Laboritt, Kajan et Lévi. Maxschur, Bussit, Valabrega, Sami Ali, Garma, Tzanck et Misterlitch sont de ceux qui se situent, au plan contemporain, dans la continuité directe des travaux d'Alexander. À noter également l'apport de Michaël Balint, qui fut l'analysant de Ferenczi et qui préconisa grandement une amélioration au niveau de la relation médecin-malade. Dans la continuité de Balint se développa l'école des événements de vie dans la pathologie dite psychosomatique. À cet égard, citons les noms de Meyer, Holmes, C. Engel; Tatossian, Blankenburg jusqu'à Merleau-Ponty. Enfin, juste avant Boss, apparaissait l'école psychosomatique de Paris dont Marty, Némialr et Sifnéos furent entre autres d'importants initiateurs. Comme nous pouvons le constater le schéma d'interprétation psychanalytique a été à l'origine de bien des mouvements psychosomatiques. Quoiqu'il en soit tous les courants de l'interprétation de la maladie développés à la suite de Freud reconnaissent et acceptent le concept d'inconscient comme fondement de leur école ou mouvement. L'analyse existentielle de Boss se démarque toutefois par la connotation que ses fréquentations avec Heidegger a su donner à son oeuvre soit le rejet de la notion d'inconscient et, par voie de conséquence, le passage du principe de causalité à celui de motivation. Enfin nous tenons à revenir sur le fait que Boss, médecin et psychiatre, avait commencé son analyse didactique avec Freud lui-même à Vienne en 1925, puis sa collaboration avec Jung pendant dix années sans oublier sa collaboration étroite avec Heidegger pendant près de trente années. Tous les écrits de Boss sont en conséquence fortement inspirés de la psychanalyse freudienne et de la philosophie heideggerienne. En conséquence le point de vue psychanalytique que nous présentons, de même que celui ayant trait à la philosophie existentielle, relève certes de lectures personnelles mais aussi et davantage de sources indirectes plus précisément celle de Boss.

Tableau 1

Les trois schémas de l'interprétation de la maladie[54]

Figure 1
Le schéma technique

Figure 2
Le schéma végétatif

Figure 3
Le schéma psychanalytique

---

[54] M. Boss, *Op. cit.*, pp. 19-23.

Trois modèles de counselling

C'est à English[55] que nous référons prioritairement pour distinguer trois modèles de psychothérapies dites chrétiennes : le counselling biblique, le counselling psychologique et le counselling intégratif ou pastoral. Notons ici comment Frank C. Peters distingue counselling et psychothérapie. Le terme counselling devrait être utilisé lorsqu'il s'agit de besoin non médical. En tout autre cas de troubles de la personnalité par exemple ou de troubles somatiques le terme psychothérapie serait de mise :

> When help is offered in a medical setting, we will use the term psychotherapy; if it is a nonmedical setting, we speak of counselling. I am assuming that pastors generally do not attempt to cope with serious emotional disturbances and, of course, their setting is nonmedical. We shall therefore use the term couselling for our purposes[56].

Le terme *"nonmedical setting"* utilisé ici réfère à l'élucidation de conseils reliés à des questions d'ordre moral. Cette affirmation de Peters, toutefois, fait prendre conscience dans quelle mesure les trois dimensions de l'existence humaine sont encore séparés, et ce tant au niveau de la médecine que de la théologie. Dans ce contexte la critique de Boss sur la rupture entre soin du spirituel et soin du somatique est très à-propos :

---

[55] W.F. English, "An integrationist's critic of and challenge to the Bobgan's view of counselling and Psychotherapy", *Journal of Psychology and Theology,* vol. 18, n° 3, 1990.

[56] F.C. Peters, "Counselling and Evangelical theology", *dans* MALONEY, H.H. *Wholeness and Holiness : Reading in the Psychology / Theology of mental Health,* Grand Rapids, Michigan, Baker Book House, 1983, p. 233.

> Si, en fin de compte, la maladie devait se dévoiler toujours plus comme un «être homme» insuffisamment vécu, nous refermerions le cercle étrange que l'histoire occidentale a brisé voici plus de deux mille ans : car ne sommes-nous point nous autres médecins modernes, les successeurs des prêtres-médecins d'autrefois? Ces thérapeutes ne se sont-ils pas divisés, d'une part en prêtres — n'apportant plus que le salut — et en médecins — n'apportant plus que la guérison? Mais bientôt les médecins comprendront qu'ils ne sauraient guérir véritablement sans un avoir solide quant au salut de l'âme. Et d'autre part, prêtres et pasteurs admettent toujours plus la nécessité de surmonter cet ancien schisme, parce que leur travail pratique lui-même les pousse à mieux connaître l'homme total, donc à se familiariser avec les possibilités de la psychothérapie[57].

Le counselling biblique

Dans cette approche, l'Écriture est la seule référence pour la pratique du counselling. L'apport des autres sciences, quelles qu'elles soient, notamment la psychologie, doit être considéré comme un manque de confiance à l'égard de Dieu. Ce point de vue est également confirmé par Collins. Pour ce dernier, *"Biblical counselling will refer to counselling which employs only the Bible for theories of personality and treatment and shuns any use of psychology*[58]*."* Pour Collins la révélation de la Bible dans cette approche a la plus haute priorité. Dans le même sens Adams affirme que la relation d'aide doit s'appuyer uniquement sur des préceptes, normes ou règles en provenance des Écritures. Comme Collins, Adams est catégorique lorsqu'il affirme : *"If a principle is new or different from those that are advocated in Scriptures, it is wrong; if it is not, it is unnecessary*[59]*."* Pour Adams la notion de péché est

---

[57] M. Boss, *Op. cit.*, pp. 177-178.

[58] G. Collins cité par L.T. Howe, "Pastoral counselling and faith issues", *Journal of Psychology and Theology,* vol. 17, n° 2, 1989, p. 130.

[59] J.E. Adams, "Christian counselling is scripture", dans MALONEY, H.H. *Wholeness and Holiness : Reading in the Psychology / Theology of mental Health,* Grand Rapids, Michigan, Baker Book House, 1983, p. 285.

fort importante au point d'affirmer que tous les problèmes qui ne sont pas d'ordre physiologique ou somatique sont ramenés à une seule cause le péché d'où l'inutilité de l'apport de la psychologie à la relation d'aide.

En counselling biblique, le rôle du thérapeute en est un de confrontation et d'enseignement, voire d'exhortation, à la conversion aux principes bibliques. Comme l'a également constaté Louis-Charles Lavoie[60], le counselling biblique est radical et par voie de conséquence fondamentaliste : Dieu parle via les Écritures. De plus nous n'y retrouvons aucune théorie en ce qui a trait au développement de la structure de la personnalité.

Le counselling psychologique

Cette deuxième voie, English[61] la nomme counselling psychologique. Rappelons-nous ici que le terme *counselling* doit être perçu dans une perspective thérapeutique non médicale. Bien qu'elle soit pratiquée par un psychologue qui professe la foi chrétienne, ce modèle de relation d'aide réfère exclusivement à des théories psychologiques. Dans le même sens, Collins dira : *"Psychological counselling refer to the type of counselling which operates on psychological theories and does not use any biblical principles*[62]*."* Selon Oden[63], dans la perspective du counselling psychologique le thérapeute, chrétien de conviction, n'a pas à

---

60 L.C. Lavoie, *L'étude de certains processus d'intégration psycho-spirituelle en counselling pastoral grâce à l'imagerie mentale dirigée,* thèse de doctorat non éditée, Université de Montréal, 1995.

61 W.F. English, *Op. cit.*

62 G. Collins cité par L.T. Howe. *Op. cit.*, p. 222.

63 T.C. Oden, "Theology and therapy", dans MALONEY, H.H. *Wholeness and Holiness : Reading in the Psychology / Theology of mental Health,* Grand Rapids, Michigan, Baker Book House, 1983, p. 206.

recourir aux Écritures pour justifier la présence opérationnelle du Christ dans le processus thérapeutique que le seul fait des conditions d'accueil inconditionnel de la part de l'aidant sont en soi médiations symboliques par excellence de la grâce de Dieu. Selon Oden, même si la proclamation des Écritures n'est pas présente, cela ne signifie pas que Jésus-Christ ne soit pas présent pour autant. À cet égard, David E. Roberts affirme dans cette ligne :

> As we all know, many therapists who regard themselves as atheists, and certainly are not Christian in any strict sense, nevertheless are able to incorporate into their relations with patients certain qualities which we in the Christian tradition would want to affirm. And we would want to say that the therapist, even though he rejects such language, is actually operating as a channel of healing love, the ultimate source of which is divine[64].

Selon Howe, dépendre d'une vérité psychologique, laquelle ultimement émane de Dieu, ce n'est pas moins être dépendant de Dieu que dans un counselling biblique qui dépend des Écritures uniquement pour accomplir sa tâche. Il ajoute :

> All truth is God's truth, and the use of truth in counselling, whether derived from general or special revelation, is dependence upon God because he is the ultimate giver of all truth. Dependence upon the lesser truths of general revelation does not signify a lesser quality of dependence upon God[65].

---

[64] D.E. Roberts, "When is counselling or psychotherapy religions?", dans MALONEY, H.H. *Wholeness and Holiness : Reading in the Psychology / Theology of mental Health,* Grand Rapids, Michigan, Baker Book House, 1983, p. 293.

[65] L.T. Howe, "Pastoral counselling and faith issues", *Journal of Psychology and Theology,* vol. 17, 1989, p. 231.

Le problème de la première approche est son fondamentalisme. Quant au counselling psychologique, même s'il bénéficie de son ouverture à d'autres sciences, la psychologie en particulier, il n'en demeure pas moins, comme le mentionne Lavoie[66], que sa neutralité peut rendre difficile toute possibilité d'une herméneutique somato et psycho-spirituelle de la part de l'aidé. Nous abondons dans le sens de Lavoie : «si le counselling biblique a tendance à tout dissoudre dans le religieux, le counselling psychologique a plutôt tendance à tout dissoudre dans la psychologie[67].»

Selon Benner et Palmer, un modèle de counselling thérapeutique basé uniquement sur les Écritures ou sur la foi chrétienne du thérapeute sont des vues inadéquates parce que l'une confie trop d'autorité à Dieu et l'autre trop peu. Selon ces derniers, chacune de ces approches prises séparément a ses limites. Ainsi, ils affirment :

> We have seen that some Christian psychologists have suggested that a uniquely Christian therapy will be based on the Bible alone, while others have based it on the Christian therapist alone. We find these extreme views inadequate because they expect either too much of God's revelation or too little. A Christian approach to therapy is both different from secular approaches in some ways and yet quite similar in other ways. Christian psychotherapy takes biblical revelation seriously and recognizes the need to evaluate everything in its light. But Christian psychotherapy also recognizes the limits of biblical revelation and the need for the added input and insight found in psychology[68].

---

66 L.C. Lavoie, *Op. cit.*, p. 24.

67 L.T. Howe, *Op. cit.*, p. 231.

68 D.G. Benner et S.L. Palmer, "Psychotherapy and Christian faith", dans Stanton, L.J., "Relating the Christian faith to Psychology", *Psychology and Christian faith,* Grand Rapids, Baker Book House, 1988, p. 173.

Pour Jones, le thérapeute chrétien à la recherche de la vérité doit nécessairement penser de façon intégrationniste en matière de counselling.

> For the Christian, a commitment to the pursuit of truth entails a necessary commitment to the task of integration. Further, a commitment to the cause of Christ also entails a commitment to integration. Why? Because "He is the image of the invisible God, the first-born of all creation. For in Him all things were created... And He is before all things, and in Him all things hold together" (Col. 1:15-17). With Christ the living God at the center of the universe and of human life, surely only an approach which integrates scientific and religious truths can rightly bring him the glory and honor which he so richly deserves[69].

Le counselling pastoral ou intégratif

Le counselling pastoral ou intégratif est un modèle d'intervention qui utilise à la fois les principes de l'Écriture et ceux de la psychologie. Pourquoi pastoral ou intégratif? Pour Tillich[70], le terme de *counselling pastoral* devrait être utilisé uniquement en relation à une quête d'ultime et non en cas de préoccupations préliminaires telles les préoccupations d'ordre social, psychologique ou somatique. Est-ce que l'ultime est séparable du social, du psychologique, du somatique? À en croire Tillich, il semble que oui. Parce que nous partons du symbolisant, soit le sein comme organe malade, par rapport à cette thèse, *counselling intégratif* serait symboliquement juste. Ontologiquement toutefois, pastoral serait plus approprié parce que ce

---

[69] S.L. Jones, "Relating the Christian faith to psychology", dans Stanton, L.J., "Relating the Christian faith to Psychology", *Psychology and Christian faith,* Grand Rapids, Baker Book House, 1988, p. 32.

[70] P. Tillich, "The process of Healing", dans Stanton, L.J. (éd.), "The Christian faith to Psychology", *Psychology and Christian faith,* Grand Rapids, Baker Book House, 1988, p. 173.

sein nous fera accéder à une dimension plus profonde de l'existence. Notons ici que c'est parce que nous partons de l'intuition symbolique que nous choisissons le terme intégratif. Profondeur, également, parce que la modalité psychologique qui se fait jour et qui se découvre dans le cadre psychothérapeutique peut être l'émergence de la capacité ou modalité spirituelle chez l'analysée. Selon Hollenweger :

> La conception nouvelle de relation d'aide, dans la pluralité de ses expressions, s'est peu à peu imposée aussi en Europe, après sa phase d'incubation et de développement en Amérique du nord dans la première moitié de ce siècle. Le père fondateur en est le pasteur Anton Theophilus Boisen (1876-1965), initiateur du mouvement pastoral nord-américain et créateur du *Clinical Pastoral Training* (CPT)[71].

Résumant Boisen, Hollenweger dira :

> En d'autres termes, la relation d'aide s'inscrit dans les problèmes existentiels de la vie humaine et se pose en accompagnatrice de la personne humaine, pour réveiller les potentialités naturelles qui visent à la réalisation de soi[72].

Il importe de rappeler, à la suite de Boisen, deux autres pionniers du nouveau mouvement de relation d'aide : Richard C. Cabot et Russel L. Dicks, coauteurs du texte bien connu *The Art of Ministering to the Sick,* publié en 1936, l'année où Boisen fit aussi imprimer son *Exploration in the Inner World.* Cabot était médecin, Dicks pasteur; ils élargirent et généralisèrent le champ

---

71 W. Hollenweger, «L'Expérience de l'Esprit» dans Genre, E., *La relation d'aide : une pratique communautaire,* Genève, Labor et Fides, 1997, p. 136.

72 E. Genre, *Op. cit.,* p. 136.

de recherche et d'intervention ouvert par Boisen dans le contexte de la clinique psychiatrique. Pour ces derniers, la maladie est personnelle comme phénomène et elle est un processus créateur dans lequel Dieu lui-même est à l'oeuvre. Le médecin et le guérisseur doivent en conséquence se voir comme des instruments de cette force de guérison de Dieu. En autre terme, l'intérêt du pasteur en particulier doit se concentrer sur l'histoire, la biographie générale du patient : maladie et guérison sont une unique réalité en devenir. Hollenweger fournit une définition de la relation d'aide qu'il tire de Clinebell :

> Faciliter au maximum le développement des potentialités de la personne à chaque étape de sa vie, de manière à contribuer à la croissance des autres et au développement de la société dans laquelle chacun aura la possibilité d'utiliser toutes ses potentialités... en aidant les gens à sortir libres de leurs prisons de vie sans existence, à libérer leurs possibilités inexploitées et leurs forces gaspillées : c'est le processus par lequel les gens se libèrent d'eux-mêmes afin de vivre une vie plus pleine et dotée de sens. À travers cette expérience de libération, la personne découvre que le bonheur est le résultat de la mise en oeuvre de ses potentialités constructives. La santé mentale-spirituelle-relationnelle est un mouvement continu vers une vie plus pleine, plus joyeuse, plus productive. Le but du plein développement *(Wholeness)* est un voyage dans la croissance et non le départ vers une destination fixée d'avance[73].

Selon Genre, l'usage profane du concept de thérapie veut dire «service», «servir». Voilà selon lui le domaine de la relation d'aide : «elle est et reste un service, une diaconie[74].» Qui plus est, d'ajouter Genre, la relation thérapeutique est nécessairement orientée pneumatologiquement, c'est-à-dire, Dieu présent par son Esprit et qui rend la christologie vivante et présente.

---

[73] W. Hollenweger, *Op. cit.*, p. 152.

[74] E. Genre, *Op. cit.*, p. 217.

> C'est sur ce terrain accidenté que nous trouvons le point d'ancrage de notre relation d'aide orientée pneumatologiquement. Il n'y a qu'une source : que Dieu parle, que Dieu se révèle. L'Esprit saint est le seul chemin par lequel Dieu se communique à la personne humaine; il n'y a ni présence, ni action, ni libération, ni pardon de Dieu sinon par l'Esprit. Tel est l'horizon de notre vision de la relation d'aide [...]. Seule l'approche pneumatologique de la doctrine de Dieu est à même de permettre une vraie rencontre avec les hommes et les femmes de l'ère post-moderne, de proposer une vision unitaire de notre expérience du monde et de Dieu, parmi les nombreuses attentes de notre humanité. Et nous dirons aussi pour finir que la quête d'identité du sujet, la quête du sens de la vie, ne peuvent trouver un débouché que dans une dimension d'ouverture au futur, dans la direction d'un Dieu qui vient à nous[75].

Selon Genre la conception kérygmatique de la relation d'aide

> a montré essentiellement deux points faibles : *a)* respect insuffisant de l'autonomie du partenaire dans la prise de décision; *b)* recours insuffisant aux éléments de connaissance fournis par la psychologie et la psychanalyse en particulier[76].

Nous démontrerons ultérieurement que l'approche que nous préconisons, l'analyse existentielle, propose un modèle d'intervention dit «anticipatif» lequel respecte grandement l'autonomie du sujet. De plus, notre modèle recourt aux découvertes de la psychanalyse mais d'une manière enrichie en ce sens qu'il s'adjoint les découvertes de la philosophie existentielle.

---

[75] E. Genre, *Op. cit.*, p. 185.

[76] E. Genre, *Ibid.*, p. 171.

Cette troisième voie apparaît la plus fructueuse pour notre recherche. Le counselling intégratif a des affinités avec le counselling psychologique. À l'instar de ce dernier, il valorise la subjectivité humaine et reconnaît que le salut en Jésus-Christ est présent même s'il n'est pas accompagné d'une proclamation explicite du message évangélique. Néanmoins, le counselling intégratif diffère de ce dernier par l'importance qu'il accorde aux références religieuses. Il considère qu'il est dans la tâche du thérapeute d'analyser le recours qu'il fait aux références religieuses. Ce recours doit toujours se faire dans la direction Écritures/vécu de l'analysé et jamais dans le sens contraire cela relèverait du concordisme. Notons également que cette intervention de l'analyste n'en est pas une d'évangélisation. La tâche herméneutique première du counselling intégratif, selon Gerkin[77], est d'établir une corrélation entre le langage primaire par lequel nous parlons au sujet de la conception judéo-chrétienne du monde et le langage psychologique qui traduit l'histoire personnelle et contemplative de nos relations humaines. Théoriquement du moins, le counselling intégratif est l'approche qui semble le mieux favoriser l'intégration somato-psycho-spirituelle[78] de la personne. Lavoie[79] mentionne que de nombreuses tentatives ont eu lieu en vue d'élaborer des modèles intégratifs en counselling pastoral dont : la théorie cognitive de McMinn et Lebold (1989), l'approche émotivo-rationnelle de Jones (1989), le focusing de Gendlin (1985), la gestalt thérapie de Au (1991), l'approche jungienne

---

77 C.V. Gerkin, "Faith and Praxis : Pastoral Counselling's Hermeneutical Problem", *Pastoral Psychology*, vol. 35 (1), 1986, p. 10.

78 Nous parlons d'une intégration holistique qui doit se faire à partir du corps pour conduire au psychologique d'abord, c'est-à-dire, l'ensemble des processus psychiques à l'oeuvre (attitudes, comportements, sentiments, émotions, etc.) dans la relation de telle personne avec le monde environnant *(Miltwelt)*. Grâce à la psychothérapie telle que nous la concevons cette intégration peut accéder à une autre dimension soit le spirituel, voire à sa trans-formation.

79 L.C. Lavoie, *Op. cit.*, p. 27.

de Hemplemann (1986), la psychanalyse, l'approche symbolique de Mpolo (1985), etc. Parmi toutes ces approches l'approche symbolique apparaît, aux dires de Lavoie, l'une des plus prometteuses et aussi l'une des moins connues. En ce qui nous concerne, l'approche symbolique de Girard[80], ajoutée au counselling intégratif, nous apparaissent des plus fructifiantes. D'abord parce que l'intuition symbolique part d'une réalité concrète observable pour accéder à une réalité inobservable (dimension psychologique = les attitudes concrètes; dimension spirituelle = le sens accordé à certains phénomènes). Quant au counselling intégratif, le fait qu'il valorise la subjectivité humaine, vision psychologique, cadre avec notre formation de psychologue. Quant au salut en Jésus-Christ, présent au coeur du processus thérapeutique sans pour autant l'être explicitement, cela épouse la visée pastorale de cette thèse en théologie. Visée qui englobe à la fois salut et guérison :

> Telle est la conception de la «relation d'aide thérapeutique» que nous soutenons aujourd'hui. Ici thérapeutique signifie : la relation d'aide *ne peut pas séparer* le plan du salut *(Heil)* de celui de la guérison *(Heilung)*. Autrement dit : il faut considérer l'homme dans son intégrité *(der ganze Mensch)*[81].

Toutes les civilisations qui nous ont précédés ont développé une certaine tradition spirituelle, racontée chacune différemment. Le but d'une tradition c'est de nous permettre de nous re-connaître, de nous re-trouver. Si cette thèse était écrite en Chine elle risquerait

---

[80] M. Girard, *Les symboles dans la Bible : essai de théologie biblique enracinée dans l'expérience humaine universelle*, Montréal, Bellarmin, 1991.

[81] W. Hollenweger, «L'Expérience de l'Esprit» dans Genre, E., *La relation d'aide : une pratique communautaire,* Genève, Labor et Fides, 1997, p. 155.

grandement d'être d'orientation bouddhiste et musulmane dans un contexte iraquien par exemple. Dans cet esprit, elle s'inscrit dans la tradition spirituelle nord-américaine et du Québec soit la tradition judéo-chrétienne. Ainsi la relation psychothérapeutique devient un espace et un moment privilégié où théologiser à partir de la révélation chrétienne, c'est-à-dire rendre manifeste la parole de Dieu, devient possible.

Une proposition : le schéma relatif à l'analyse existentielle de Boss[82]

En quoi le schéma d'interprétation de la maladie de Boss se différencie-t-il, avantageusement en ce qui nous concerne, des trois schémas médicaux décrits préalablement? Dans les schémas technique et végétatif il n'y a pas beaucoup de place pour la dimension psychologique et, par voie de conséquence, spirituelle de l'individu. Du schéma technique au schéma végétatif il y a eu passage de la notion de trouble lésionnel à celle d'un trouble fonctionnel en lien avec le système nerveux autonome. Le principe de causalité organique direct était délaissé, dans le sens où un organe particulier était responsable de telle maladie, pour passer à un principe de causalité organique indirect dans le sens, cette fois, où c'était l'activité fonctionnelle d'un vaste ensemble, toujours matériel et tangible, qui serait à l'origine de la maladie ou du trouble organique. Dans le monde matériel, tel celui véhiculé par ces deux approches, le principe de causalité sert de dogme.

---

[82] Cette section est une introduction à l'approche existentielle de Boss, elle n'est pas l'analyse existentielle de Boss, laquelle sera l'objet d'un autre chapitre soit la première partie du chapitre III. Nous tenons à souligner que le terme *Daseinsanalyse* que nous utilisons doit être compris dans son sens original soit la *«Daseinsanalitik»* propre à l'ontologie de Martin Heidegger et non la *Daseinsanalyse* relative à la méthode de Ludwig Binswanger.

Reste le schéma psychanalytique. Or qui dit psychanalytique dit inconscient. À cet égard, c'est Freud qui eut le génie et qui fut à la source de tous les développements ultérieurs que connurent la psychologie et la psychothérapie. Freud était biologiste, donc sujet à respecter le principe de causalité si important pour la science. Toutefois, c'est par une logique théorique structurée qu'il a pu, lui-même, mettre en question la norme habituellement reconnue de la causalité purement mécanique et instaurer une causalité psychologique. C'est par le biais de la technique d'association libre[83] que Freud en est arrivé à établir un lien causal entre certains événements biographiques et les symptômes observés. C'est ainsi qu'il fut amené à conclure à l'existence d'un inconscient dynamique. Il utilise le terme de causalité pour parler de l'inconscient.

Selon Boss[84], le fait que Freud exigeait de tout phénomène psychique d'être établi avec certitude faisait de lui un cartésien. Cette intention de Freud fait dire à Boss que Nietzsche avait raison d'affirmer que le XIXe siècle n'était pas une victoire de la science mais plutôt une victoire de la méthodologie sur la science. Si Freud est un pur cartésien, c'est plus au plan théorique que pratique parce que l'inconscient est en contradiction même avec l'objectivité scientifique. Boss soutient que «Freud en fait s'est soustrait avec cette invention [celle de l'inconscient] au précepte de la vérification scientifique. Il dut en effet admettre que le «"système psychique" de

---

[83] Notons que la cure psychanalytique via l'association libre conduisait déjà à d'intéressants résultats. Or c'est par la parole que se réalise la technique d'association libre.

[84] M. Boss, *Existential foundations of medicine and psychology,* New York, Arenson, 1979, p. 58.

l'inconscient n'est jamais directement accessible à l'observation[85].» C'est également ce qui fait dire à Boss que Freud parlait de «métapsychologie» soit une théorie des entités psychiques soustraite à l'observation directe : *"a theory of psychic entities beyond the observable*[86]*."* Dans l'introduction de *Existential foundations of Medicine and Psychology,* Paul J. Stern[87] mentionne que c'est depuis Descartes que s'est instauré le dualisme corps/esprit, *res extensa/ res cogitans,* et que l'oeuvre de Heidegger visait, entre autres, à ré-concilier cette brisure qu'il jugeait pernicieuse. Selon Stern, le défi de Boss consiste à effectuer cette ré-conciliation mais cette fois au niveau de la médecine[88].

La conception de l'être humain, tant au plan de la théologie que de l'analyse existentielle, est une totalité unifiée où le somatique, le psychologique et le spirituel sont trois dimensions d'une seule réalité. Pour Boss[89], Freud a divisé cette unité d'être-dans-le-monde en trois unités séparés soit le psychique, le corporel et le monde extérieur. Voilà donc un premier argument en faveur du schéma d'interprétation de la maladie de Boss : l'être humain est une totalité unifiée, indissociable.

---

85 M. Boss, «Exposé sur le développement de la psychothérapie au XXe siècle», *Archives suisses de neurologie, neurochirurgie et psychiatrie,* vol. 128, n° 2, 1981, p. 188.

86 M. Boss, *Existential foundations of medicine and psychology,* New York, Arenson, 1979, p. 58.

87 J.P. Stern, "Introduction", dans Boss, M. *Existential foundations of medicine and psychology,* New York, Arenson, 1979, p. X.

88 Nous tenons à souligner ici l'importance capitale de cette affirmation de Stern au sujet de Boss. Affirmation qui constitue la justification de notre choix en faveur de Médard Boss.

89 M. Boss, *Op. cit.*, 1981, p.188.

Nous estimons qu'au plan descriptif, cette vision correspond à la vision descriptive théologique de l'humain (Paul : 1Th 5,23). Selon Tillich il est préférable d'utiliser l'expression dimension plutôt que niveau lorsqu'il est question de décrire l'humain :

> Man should not be considered as a composite of several levels, such as body, soul, spirit, but as a multidimensional unity. I use the metaphor "dimension" in order to indicate that the different qualities of life in man are present within each other and do not lie alongside or above each other[90].

Il importe de rappeler que l'objectif premier de cette thèse est de développer un modèle psychothérapeutique intégratif complémentaire auprès des malades; Boss était médecin, psychiatre et fut l'un des rares à travailler conjointement avec Martin Heidegger, plus précisément pendant près de trente ans. Boss[91] considère que la notion d'inconscient est contradictoire en elle-même :

> Human desire and striving cannot exist in a vacuum; they must refer to something other than themselves. This means that every act of wishing or striving is aware of the meaningfulness that makes up what is desired or striven for. The notion of unconscious desire is an inherent contradiction.

La notion d'inconscient est une contradiction en elle-même parce qu'en fait je suis continuellement en relation aux êtres et aux choses qui m'entourent. Le désir humain serait donc relationnel. Dans ce sens, il est le résultat d'une expérience vécue. Si je désire quelque

---

[90] P. Tillich, *Op. cit.*, p. 167.

[91] M. Boss, *Op. cit.*, p. 58.

chose c'est simplement et uniquement parce que ce quelque chose signifie quelque chose pour moi. Pour Boss[92] l'inconscient serait simplement la négation du conscient. Il demeure ainsi constamment relié au conscient. Autrement dit ni l'inconscient, ni le conscient n'existe pour Boss dans le sens d'un contenu encapsulé quelque part dans l'individu. Selon l'approche existentielle, être «conscient» ou «inconscient» réfère toujours à un mode d'être-dans-le-monde total et indivisible relié à une historicité personnelle. La conscience est une capacité à devenir conscient des choses comme phénomènes porteurs d'un sens particulier à découvrir[93]. Plus précisément sur la notion de conscience Boss dira :

> While we speak of consciousness we always have in mind the ability to become conscious of things as phenomena of particular meanings. The German word for consciousness, Bewusstsein haben, which means "to have a consciouness". Consciousness is generally represented as some specific thing existing as a box like container. More can be gleaned from the Latin conscientia. The "con" prefix refers to the human subject. Whenever I am conscious of something that is not myself, I continue in awareness of myself as a being that is conscious of something. And although this awareness of myself is not thematic, consciousness nevertheless by nature always entails consciousness of self. In "represent", the "re" prefix indicates that knowledge refers back to the knower. When I re-present, I am reprenting to myself what is present in my world[94].

---

92 M. Boss, "The inconscious : what is it?", *Review of existential psychology and psychiatry*, vol. 20, n°s 1-3, 1990, p. 240.

93 Or la découverte de sens n'est-ce pas la fonction de la spiritualité? C'est pour cela que Boss émettra l'idée que l'existence est essentiellement spirituelle. L'inconscient ne serait-il pas simplement ce à quoi nous n'avons pas accès dû au fait que certaines expériences ont limité notre ouverture-sur-le-monde. Toute expérience prend obligatoirement un sens à nos yeux, toute expérience est donc spirituelle en soi.

94 M. Boss, *Existential foundations of Medicine and Psychology,* New York, Arenson, 1979, p. 134.

Boss, référant au principe d'inconscient de Freud, pose la question suivante :

> If man exists in and of himself, an immanent being from his very beginnings, fundamentally encapsulated within his psyche, how does he ever gain the sort of vision that would permit him event to intuit some world outside? How does he leave and transcend himself to approach things outside, and how do these things of external reality get into the consciousness of a person who is made this way?[95]

Ainsi, selon Boss, le concept d'inconscient est insoutenable du fait que l'existence est un engagement continuel, une présence continuelle. De même la conscience comme telle n'existe pas séparément elle inclut la totalité de mon être au plan temporel bref selon Boss on doit comprendre conscience dans le sens «d'être conscient de» et non «d'avoir conscience de». Il ne s'agit pas d'une conscience qui précède l'action ou la manière d'être. Bref ce n'est pas la conscience d'avoir compris au plan thématique. L'être humain, comme être-dans-le-monde et être-avec-autrui, est continuellement engagé malgré lui. Bref, l'absence est impossible pour l'humain quoique la présence peut être l'objet d'un manque d'ouverture dans la capacité d'exploiter les possibilités de découverte de sens qui s'offrent à chacun. Plus ma capacité d'être-avec les êtres et les choses de ce monde se multiplie par ma capacité d'ouverture et plus le voile peut se lever sur une pluralité de sens, plus je deviens conscient et connaissant. Le principe de causalité est ainsi remplacé par celui de motivation lequel est lié à la notion de la temporalité. C'est parce que l'humain existe depuis sa naissance de façon continuelle qu'il se

---

[95] M. Boss, *Op. cit.*, p. 76.

temporalise. C'est parce que notre existence même est fondamentalement liée à la temporalité que se justifie le principe de motivation tel que le conçoit Boss :

> The ascertainable facts indicate rather, that when the phenomena of my world confront me they reveal, of their great store of meanings only those to which my perception — in the state of my existence at the time — is open. At one and the same — not in some succession of primary and secondary events — these phenomena induce or motivate me to an action, or nonaction, appropriate to the meaning I have perceived in them. Thus the motivation does not stand opposite me, above me and the world's "pre-real matter". Motivations or inducements, can occur only in response to my perception of what I encounter in my world[96].

Selon Boss, le temps (passé, présent, futur) est vécu simultanément. La motivation peut être clairement distinguée de la causalité à partir des trois attributs précités. La motivation comporte un sens parce qu'elle oriente et dirige la personne humaine motivée à agir en fonction d'un but (futur). Comme la temporalité est vécue simultanément le futur appelle donc le passé ou l'histoire personnelle. En second lieu, un but peut être envisagé par une personne humaine seulement parce que celle-ci seule peut être ouverte et accessible à l'aspect significatif et qualitatif des êtres et des choses. Enfin, la liberté est la condition pour que l'humain puisse être capable d'être motivé. C'est ce qui fait en sorte que telle personne, motivable, puisse décider à laquelle de telle ou telle opportunité rencontrée elle veut s'ouvrir et de quelle façon elle le fera. Selon Rollo May , psychothérapeute spécialiste de l'analyse existentielle, on ne doit pas considérer «l'inconscient» comme un réservoir d'impulsions, de pensées et de désirs que la culture rend inacceptables. On doit plutôt le définir comme *«les potentialités à connaître et à*

---

[96] M. Boss, *Existential foundations of medicine and psychology,* New York, Arenson, 1979, p. 76.

expérimenter que l'individu ne peut pas ou ne veut pas actualiser[97].» À noter que dans la citation de May le terme inconscient est entre guillemets. Dans l'approche existentielle le futur n'existe pas comme tel, il est possible. L'inconscient existe, certes, mais pas au sens freudien du terme, c'est-à-dire, comme étant cette partie du psychisme latent, faite de désirs et de processus dynamiques. En rejetant le principe d'inconscient instauré par Freud, il s'ensuit que l'interprétation que Boss développera en ce qui a trait à la maladie sera fort différente du schéma psychanalytique. Pour Boss, «l'art médical psychosomatique a pour objet la maladie somatique en tant que réalisation fourvoyée de l'existence humaine[98].» Dans cette seule affirmation, nous retrouvons encore une fois la trilogie bossienne à savoir : le somatique et le psychologique unifiés dans la dynamique existentielle humaine où l'existence est découverte-de-significations (le spirituel). Cette définition ouvre également à une dimension qui nous intéresse grandement soit celle de la dimension symbolique. Lorsque Boss dit que «l'art psychosomatique a pour objet la maladie», il affirme également que la maladie, l'objet c'est-à-dire le concret, serait en lien avec quelque chose qu'on ne voit pas à première vue : l'existence humaine. Boss a soin de clarifier les termes. Il dira qu'un symptôme n'est pas «l'expression de» mais bien «l'actualisation de»; ceci dans le but de maintenir l'unité unifiée inséparable qu'est l'existence humaine. C'est ici que l'intuition symbolique, que nous tirons de Girard[99], s'enclenche à l'approche existentielle de Boss et, plus précisément, à sa notion d'«actualisation». Boss à lui seul ne pouvait nous permettre d'accéder pleinement à l'objectif

---

97 R. May, *Psychologie existentielle,* Paris, EPI, 1965, p. 22.

98 M. Boss, *Introduction à la médecine psychosomatique,* Paris, PUF, 1959, p. 118.

99 M. Girard, *Les symboles dans la Bible : essai de théologie biblique enracinée dans l'expérience humaine universelle,* Bellarmin, 1991, p. 56.

de cette thèse. Pour l'instant retenons que, selon Girard, «le symbole résulte de la conjonction (c'est-à-dire de la "mise ensemble", unification, réconciliation) d'un symbolisant observable et d'un symbolisé inobservable. À strictement parler [...] le "symbole" est [...] le complexe unifié». Girard[100] ajoute que «la dualité inhérente à tout symbole, touche non pas les réalités (il n'y en a qu'une dans le processus), mais les niveaux de réalité (ici il y en a deux, l'observable et l'au-delà de l'observable)». Au point de vue médical, voire physique, le symbolisant, le morceau présent selon Girard, serait l'organe malade : le sein affecté d'une tumeur, par exemple. Le symbolisé, toujours selon Girard, serait la partie absente, impossible à percevoir, le morceau à reconstituer[101]. En ce qui nous concerne cette partie imperceptible, inobservable, bref le morceau à reconstituer, sera l'existence humaine, tant psychologique que spirituelle, du malade auquelle nous accéderons via l'autobiographie ou son récit de vie. Notons ici que la grille d'interprétation symbolique de Boss est d'ordre médical alors que celle de Girard est plutôt anthropo-théologique, enracinée dans l'expérience humaine universelle.

---

100 M. Girard, *Ibid,*, p. 56.

101 En ce qui nous concerne nous voyons prioritairement le sein comme symbole de maternité idéal. Non pas qu'il ne soit pas un signe de féminité. La différence entre signe et symbole est que le signe renvoie à un même niveau de réalité. Par exemple, une piste de loup dans le sable nous signale qu'il y a un loup quelque part; nous demeurons ici au niveau concret, physique, tangible et matériel. Le symbole fait accéder à une autre dimension de la réalité. Ainsi le sein, comme symbole de maternité, nous conduit à l'image de la mère allaitant l'enfant. Or nous savons que le lait est d'abord et avant tout produit par la succion du mamelon. L'allaitement est un *summum* de «profondeur» au plan relationnel-affectif. Le cancer du sein (sein malade donc rendu non fonctionnel) montre qu'une relation «profonde» au plan relationnel-affectif n'est plus possible. Ce sein malade ne fait qu'actualiser ou somatiser (dimension corporelle) la manière unique dont telle femme vit tel événement (dimension psychologique) en fonction du sens que prend cet événement pour elle (dimension spirituelle). Selon notre compréhension, ce que nous démontrerons, il y a généralement un lien direct entre l'organe physique atteint et la relation physique empêchée ou surchargée. À ce sujet, Boss†, sans parler du sein, élabore sur différents organes du corps humain touchés par la maladie et ce en fonction du sens que prennent ces organes au plan physique. † M. Boss, *Introduction à la médecine psychosomatique,* France, PUF, 1959, pp. 103-160.

En conclusion, nous estimons que Médard Boss, d'abord par sa formation tant médicale, psychiatrique, philosophique que clinique, constitue une référence de premier ordre pour poser les jalons d'un modèle psychothérapeutique intégratif complémentaire structuré. Qui plus est Boss déclarait :

> ... medical research has no task more urgent than the search for a new more broadly human approach to its objects of study, the existence of man[102].

Tatossian, spécialiste en cancérologie et psychosomaticien, est très clair à l'effet que face au cancer «la seule position tenable est celle d'une synthèse tenant compte des deux aspects de l'être humain (psychosomatique) qui est justement l'approche existentielle[103].» La vision unifiée de l'existence humaine telle que conçue par Boss et la percée symbolique qu'elle présente, jointe à celle de Girard, permettent, via la rencontre psychothérapeutique, de faire passer de la proposition «vouloir guérir» à «vouloir guérir et sauver»[104], le guérir s'adressant au somatique et le sauver visant le psychologique et le spirituel, et, plus profondément, la question de Dieu. Or la question de Dieu relève de la théologie. Comme cette recherche vise un modèle psychothérapeutique intégratif dans une perspective de théologie pastorale, l'apport de Girard,

---

102 M. Boss, *Existential foundations of medicine and psychology,* New York, Arenson, 1979, p. 77.

103 A. Tatossian, «Les structures existentielles chez les cancéreux», *Revue de médecine psychosomatique,* vol. 20, n° 2, 1977, p. 143.

104 Ainsi sauver, dans cette thèse, doit être perçu au sens théologique. Il ne faut donc pas entendre par ce terme que nous pouvons sauver telle femme de son cancer. Notre visée psychothérapeutique est de permettre à l'analysé de retrouver foi en elle-même. C'est par cette foi initiale en elle-même re-trouvée qu'il peut y avoir foi-au-monde, foi-aux-autres. D'ailleurs Jésus lui-même n'a jamais dit «ma foi t'a sauvée». Au contraire, l'unique expression que l'on retrouve dans les Écritures est «ta foi t'a sauvée».

au plan symbolique, nous permet d'approfondir la symbolique de Boss et d'accéder, possiblement, à l'objectif spécifique de cette thèse. Et qui sait encore, de faire accéder les êtres malades que nous rencontrerons à quelque chose de plus grand. Cette citation de Girard définit bien ce quelque chose de plus grand auquel nous pensons :

> On pourrait, avec l'Écriture, attribuer l'oeuvre de rupture au diabolos, "diable". Cela nous met sur une piste étymologique intéressante. Dia-ballein veut dire «jeter de travers, séparer». Donc, exactement le contraire de sym-ballein, «jeter ensemble». Si le diable est à la source de la rupture, le symbole, lui, est à la source de cette reconstitution qui seule permet de retrouver l'unité et, conséquemment, de retrouver Dieu[105].

Toujours selon Girard, l'humain sera «sym-bolon du Christ» par excellence, «un signe qui parle et qui est porteur du Christ» s'il est d'abord ré-concilié avec lui-même puis avec autrui. Selon Boff[106], Christ signifie la «conciliation des contraires» par excellence[107]. La richesse de la création de la vie est basée sur la possibilité infinie de contradictions et de séparations mais il y aura création si seulement il y a ré-conciliation et non destruction de l'unité originale. Face à la souffrance, plus particulièrement face à l'épreuve du cancer, la personne humaine vit la contradiction à son maximum, celle de la vie et de la mort, celle de ses limites existentielles. En conséquence, plus que jamais le visage de Dieu devient donc possibilité. Or, cette ré-conciliation avec soi-même comporte certaines conditions. La rencontre

---

105 M. Girard, *Les symboles dans la Bible : essai de théologie biblique enracinée dans l'expérience humaine universelle,* Montréal, Bellarmin, 1991, p. 89.

106 L. Boff, *Jésus-Christ libérateur,* Coll. "Traductions chrétiennes", Paris, Cerf, 1983, p. 236.

107 Notons que cette définition est également celle de l'amour. Ainsi, peut-on dire Christ, ou Dieu, est amour.

psychothérapeutique devient un espace privilégié pour ce faire parce que deux personnes humaines se rencontrent dans le but que l'existence souffrante de l'une, en rapport avec la déchirure existentielle qu'elle vit, soit ré-harmonisée, réconciliée. Selon Schillebeeck[108], Dieu est le coeur et la source que tout mouvement libérateur peut susciter. Ici le mouvement, l'action libératrice est la rencontre psychothérapeutique et l'agent libérateur est la personne souffrante elle-même, celle-là seule qui peut prendre la décision de partager sa souffrance ou ne pas la partager. La libération c'est la réconciliation avec soi-même. La liberté résidera quant à elle dans la capacité éventuelle d'entrer librement en relation avec les êtres et les choses de ce monde. La possibilité ou percée théologale réside dans les fruits de la réconciliation avec soi-même c'est-à-dire lorsque cette réconciliation s'actualisera avec autrui, lorsqu'il y a passage de l'espace micro-éthique relatif à la rencontre psychothérapeutique à l'espace macro-éthique de la rencontre avec l'autre quel qu'il soit. Là et seulement là il peut y avoir Épiphanie du visage de Dieu. Salut, avons-nous dit, signifie en latin «entier». Ainsi, le salut s'oppose à la disharmonie qui régnait auparavant. Le salut divin se réalise primairement dans la réalité mondaine. Dieu sera confirmé partout où le bien est favorisé et la souffrance combattue en faveur des humains. La révélation est donc une histoire douée d'un sens libérateur sans pour autant ni référer ni même nommer Dieu. Le Dieu de Jésus est un Dieu engagé dans l'histoire de la lutte contre tout pouvoir oppressif dans et à travers l'expérience humaine. Prendre position pour Dieu c'est prendre position au côté de cette femme ou de cet homme sur le plan interpersonnel et socio-politique.

---

[108] E. Schillebeeck, *Histoire des hommes : récit de Dieu*, Paris, Cerf, 1982, p. 257.

Il a déjà été mentionné que c'était l'observation reliée à notre pratique psychothérapeutique privée qui était la source d'une certaine prise de conscience d'une problématique au niveau des approches traditionnelles dans leur tentative de restauration de la santé globale. L'interprétation psychologique qu'il est permis de tirer découle du fait que derrière la majorité des êtres que nous avons eu le privilège d'analyser, nous avons constaté des existences surchargées, oppressées, enlisées, névrosées. Comme il a été mentionné préalablement, notre observation sur le terrain, jointe à nos connaissances personnelles théologiques tant expérientielles que théoriques, nous a permis d'accéder à cette couche plus profonde de l'existence humaine que constitue la spiritualité, à tout le moins, de la faire apparaître. Ainsi, l'interprétation psychologique offre un débouché sur l'interprétation théologique lorsque la psychothérapie est reconnue comme présence de Dieu, un Dieu qui se fait humain. Au plan psycho-théologique nous croyons, avec Carter, que l'existence fragmentée de ces êtres correspond, généralement, à ce qu'il décrit comme une certaine immaturité chrétienne.

> On the other hand, the immature Christian is torn by conflict because he is pulled in two directions (James, 1:8; 4:8) and because he is unclear about his identity, that is, he has not reckoned himself dead to sin and alive to God (Rom., 6:11). He has not embraced his identity as a new man or self but rather tries to operate as the old man which he is not[109].

---

[109] J.D. Carter, "Maturity, Psychological and Biblical" dans MALONEY, H.H. *Wholeness and Holiness : Reading in the Psychology / Theology of mental Health,* Grand Rapids, Michigan, Baker Book House, p. 191, 1983.

Dans le but d'approfondir et de systématiser les constatations reliées à notre pratique que nous avons pu faire initialement afin de vérifier jusqu'à quel point la pathologie est en lien avec le degré d'enlisement de l'existence, nous avons concentré notre recherche sur douze femmes atteintes de cancer : neuf face à un diagnostic de cancer du sein et trois face à un cancer des intestins.

Il importe de signaler également que le but de cette partie de la présente recherche avait uniquement pour fonction de vérifier si, comment et jusqu'à quel point, à travers la maladie qu'est le cancer du sein, nous pourrions arriver aux mêmes constatations que celles observées au cours de notre pratique antérieure, laquelle était d'ordre plus général dans le sens qu'elle touchait diverses symptomatologies.

Nous avons donc procédé par entrevue individuelle dans le seul but d'élaborer l'autobiographie complète de chacune de ces femmes. Il n'était donc aucunement question de l'application d'un modèle d'intervention psychothérapeutique quel qu'il soit, cet aspect relève plus de la dimension prospective de la présente recherche.

PLAN SOMMAIRE

Le premier chapitre nous permettra d'observer ce qui se passe au niveau du cancer du sein au plan psycho-médical. Ainsi, nous scruterons les points de vue de certains auteurs et

auteures tant au niveau théorique qu'empirique. Le deuxième chapitre sera une observation mais cette fois en ce qui concerne l'existence des douze femmes atteintes de cancer sélectionnées pour cette recherche. Une première partie fournira un recensement théorique sur la méthode phénoménologique alors que la seconde partie portera sur les récits de vie comme tel; leur analyse de contenu. Le troisième chapitre s'attarde sur la théorie de Boss, soit l'analyse existentielle. Par la suite, les grandes pointes de l'observation sont interprétées en fonction de cette théorie. Le quatrième chapitre nous permet d'aborder la question théologique. Dans sa première partie ce chapitre permet d'observer une praxis de l'action et ce dans Mc 5, 21-43; la femme souffrant d'hémorragie; la fille de Jaïros. La deuxième partie de ce chapitre offre une interprétation de ce récit selon l'analyse existentielle. Enfin, un cinquième chapitre, telle une réélaboration, propose un modèle psychothérapeutique intégratif, c'est-à-dire, un modèle où la philosophie existentielle, la psychologie existentielle et la théologie chrétienne sont sollicitées pour guérir le corps et soigner l'âme et cela afin de tendre vers une guérison plus globale et plus durable. Une seconde partie de ce chapitre, à titre prospectif, permet de constater les visées pastorales constructives idéalisées de l'auteur. La thèse se termine par une conclusion laquelle laisse voir certains constats positifs et quelques autres négatifs.

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATION ET PROBLÉMATISATION GÉNÉRALE CONCERNANT LE CANCER DU SEIN - INFORMATION PSYCHO-MÉDICALE

1.1 L'ÉTAT DE LA QUESTION

L'objectif spécifique de la présente recherche est, éventuellement et possiblement, l'élaboration d'un modèle psychothérapeutique intégratif et complémentaire dans le cadre d'une pratique en lien, généralement, avec le soin aux malades. Dans ce contexte, le présent chapitre présentera quelques éléments théoriques. Comme la problématique au coeur de notre questionnement touche le cancer du sein, nous estimons qu'il était impératif de faire ce parcours en ce qui a trait à ce cancer. Nous nous pencherons donc sur certains thèmes, entre autres : l'épidémiologie, le processus de développement de la maladie, les différents facteurs de risque les plus connus et, enfin, les thérapies offertes.

1.1.1 AU SUJET DU CANCER

1.1.1.1 Épidémiologie

Qu'en est-il de la problématique du cancer du sein au plan mondial? Au plan épidémiologique l'organisation *Women's environment and development organization*

(WEDO)[110] nous rappelle que ce type de cancer est en constante progression et ce dans la grande majorité des pays. De 1980 à 1985 l'augmentation estimée serait de l'ordre de 26%. La carte géographique en annexe I en témoigne. L'annexe II, provenant de Statistique Canada[111], nous permet de constater qu'au niveau canadien, le taux par 100,000 habitants de 71.1 en 1980 est passé, en 1997, à 84.8.

Pour nous faire une idée de la répartition des décès attribués au cancer relativement à certaines variables nous fournissons le tableau de Doll et Peto[112].

PROPORTIONS DE DÉCÈS PAR CANCER EN FONCTION DE DIFFÉRENTS FACTEURS

	POURCENTAGE DE TOUS LES DÉCÈS PAR CANCER	
VARIABLE OU CLASSE DE VARIABLES	Meilleur estimé	Variations estimables acceptables
1. Tabac	30	25 - 40
2. Alcool	3	2 - 4
3. Diète	35	10 - 70
4. Additifs alimentaires	< 1	-5 - 2
5. Comportements sexuels	7	1 - 13
6. Occupation	4	2 - 8
7. Pollution	2	< 1 - 5
8. Produits industriels	< 1	< 1 - 2
9. Procédures médicales	1	0.5 - 3
10. Variables géophysiques	3	2 - 4
11. Infection	10 ?	1 - ?
12. Inconnu	?	?

110 Women's environment and development organization (WEDO), "Breast cancer is on the rise world-wide", World Conference on breast cancer, Kingston, Ontario, 1997.

111 Statistique Canada, «Cancer du sein : les femmes inuit semblent immunisées», *Journal du Québec*, vol. XXX, n° 256, 1997, p. 20.

112 R. Dall et R. Peto, *The Causes of Cancer,* New York, Oxford University Press, 1981, p. 1256.

Malgré ces constats a-t-on raison d'être alarmiste? La docteure Love soutient au sujet du cancer du sein *"the percentage of young women getting breast cancer is the same as it's always been [...] most breast cancer still occurs in women over 50 — about 80 percent of cases*[113]*."* Porot confirme que 55% des cancéreux ont plus de 65 ans et que même «si l'on trouvait demain un traitement guérissant totalement les cancers, la durée de vie moyenne de la population serait prolongée de deux ans.»[114] Pour Schraub[115], l'augmentation des cancers est due au vieillissement, que nous avons prolongé, et à la diminution des autres causes de mortalité. Au niveau du cancer du sein ce constat est partagé par plusieurs. Ainsi, la docteure Mandeville déclare :

> Les principales causes du cancer du sein sont : premièrement, le vieillissement des femmes, elles vivent plus longtemps. Auparavant, elles n'arrivaient pas à l'âge critique, qui est de 50 ans pour le cancer du sein, parce qu'elles mouraient de tuberculose, en couche, etc.

Dans le même sens Von Metzler déclare:

> Cancer is not a disease of civilization; the higher tumor rate today is caused by a doubling of life expectancy and improved diagnostic methods. Tumor etiology can be either endogenous or exogenous, and hereditary factors are definitely involved[116].

---

113 S. Love, *Dr Susan Love's breast book,* USA, Addison-Wesley publishing company, 1995, p. 183.

114 M. Porot, *Psychologie des maladies - Manuel alphabétique clinique,* Paris, Masson, 1989, p. 64.

115 S. Schraub, «Cancer et psychologie : rôle sur le déclenchement et l'évolution des tumeurs», *Le concours médical,* vol. III, n° 15, pp. 1260, 1989.

116 A. Von Metzler et C. Nitsch, "Carcinogenesis and the central nervous system", *Cancer detection and prevention,* vol. 9, 1986, p. 260.

En ce qui a trait au cancer du sein l'échec à traiter ce cancer peut se comprendre du fait que 75% des cancers du sein n'ont pas de causes connues. Ce fait nous est confirmé par Seidman :

> The fact that three quarters of all breast cancer cannot yet be attributed to any known specific causes is reason to increase our efforts to identify and quantify risk factors, and to seek effective means of intervention and control. Despite our efforts to determine risk factors for breast cancer, we have not appreciably increased our ability to identify substantial numbers of truly "high-riks" women. From the point of view of the clinician, all women should be treated as being at appreciable risk for breast cancer[117].

Les données de Seidman sont corroborées par la docteure Love également :

> But so far, there is nothing comparable to the connections found between cholesterol and heart disease or between smoking and lung cancer. With breast cancer, the sad reality is that we can't say, as with lung cancer, "You're fairly safe because you're not in this particular population". In fact, 70 percent of breast cancer patients have none of the classical risk factors in their background[118].

Toujours au plan épidémiologique certains constats sont forts révélateurs. Prenons par exemple le cas des immigrantes japonaises. Nous savons que pour ces dernières, le risque, dans leur pays d'origine, est l'un des plus bas au monde. Toutefois, des études sur des Japonaises qui ont immigré en Californie révèlent que celles-ci ont connu une augmentation importante au niveau du cancer du sein et cela encore plus crucialement pour leurs filles. Voici la conclusion

---

117 H. Seidman *et al.*, "A different perspective on breast cancer risk factors : Some implications of the nonattribuable risk", *Cancer journal for clinicians,* vol. 32, n° 5, 1982, p. 311.

118 S. Love, *Dr Susan Love's breast book*, USA, Addison-Wesley publishing company, 1995, p. 182.

du docteure Love à ce sujet : *"This might indicate that dietary factors make more of a difference when the body is young and still growing and less of a difference in older people*[119]*"*. L'argument du docteure Love ne fait pas le poids compte tenu que l'alimentation ne constitue absolument pas un facteur de risque d'importance dans l'étiologie du cancer du sein. Mieux encore, une étude sur des femmes d'un groupe d'Adventistes du Septième Jour, de Californie, a démontré qu'il n'y avait pas de différence marquante entre le groupe qui pratiquait un végétarisme strict et l'autre groupe qui ne le pratiquait pas du tout. Fait à noter, cette référence nous vient du docteure Love elle-même :

> One revealing study was done with a group of Seventh-Day Adventists in California. Some are strict vegetarians but others are not, and so the latter proved useful as the control group. The study showed there wasn't much difference in the rate of breast cancer between the vegetarian and nonvegetarian members. A similar study of an order of vegetarian nuns in England had similar results : their breast cancer rates didn't vary significantly from the rates of other never-pregnant women who ate meat[120].

Ce qui importe de ne pas perdre de vue de ces études sur ces femmes japonaises est en tout premier lieu le déracinement, l'«acculturation brutale» pour parler comme Devereux[121], que ces femmes ont subi. Dans un contexte culturel contemporain certaines réflexions[122], au plan

---

119 S. Love, *Dr Susan Love's breast book*, USA, Addison-Wesley publishing company, 1995, p. 197.

120 S. Love, *Ibid.*, p. 198.

121 G. Devereux, *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Paris, Gallimard, 1970.

122 Si nous employons le terme «réflexion» c'est pour indiquer que nous référons à l'homosexualité et à la chirurgie esthétique à titre de constat culturel reconnu. Il ne faut donc pas y voir un jugement moral quel qu'il soit.

culturel, pourraient s'avérer éclairantes à savoir par exemple : quel est le statut de la femme voire de la femme mais à titre de mère dans un état où l'homosexualité dépasse 40% et où l'on y retrouve également le plus haut taux de chirurgie esthétique au monde?

Au Canada, le cas des femmes inuit des Territoires du Nord-Ouest est très signifiant. Ces femmes ont un taux de cancer du sein de cinq fois inférieur à la moyenne canadienne selon une étude de Statistique Canada[123]. Certaines habitudes de vie sont jugées néfastes en ce qui a trait aux risques encourus à développer un cancer du sein : obésité, alcool, cigarette, stress de toutes sortes, etc. Qui plus est, nous savons que la combinaison de ces facteurs entre eux est synergique. Malgré cela, le niveau de cancer du sein chez les femmes inuit des Territoires du nord-ouest est cinq fois moins élevé. Selon ce même bulletin, ces femmes auraient leurs enfants plus jeunes, l'allaitement serait plus long et le poisson leur fournirait un gras de meilleure qualité que la majorité des Canadiennes. Ce que l'article cité ne mentionne pas c'est que dans ces régions même le lait maternel est contaminé par le DDT utilisé dans les champs de coton de l'Alabama durant les années 1950. Il semble donc, en conclusion de l'article, que le seul argument valable qui demeure soit le mode de vie ancestral, mentalement et physiquement, que ces femmes auraient conservé. Les femmes autochtones sont demeurées fidèles à leur rôle ancestral alors que les Japonaises de Californie ont nettement dû faire le deuil

---

123 Statistique Canada, «Cancer du sein : les femmes inuit semblent immunisées», *Journal du Québec*, vol. XXX, n° 256, 1997, p. 20.

de leur mode de vie culturel comme femme. Comme par hasard les autochtones sont les seuls à conserver un taux élevé de fécondité[124]. Or, tout deuil comporte son lot de stress et d'émotions. En ce sens, le point de vue des psychologues dits évolutionnistes, qui voient la maladie comme le résultat des contrastes entre l'environnement moderne et l'environnement ancestral, est pertinent:

> A small but growing group of scholars — evolutionary psychologists — are trying to do better. With a method less fanciful than Freud's, they're beginning to sketch the contours of the human mind as designed by natural selection. Some of them even anticipate the coming of a field called "mismatch theory", which would study maladies resulting from contrasts between the modern environment and the "ancestral environment", the one we were designed for. There's no shortage of such maladies to study. Rates of depression have been doubling in some industrial countries roughly every 10 years. Suicide is the third most common cause of death among young adults in North America, after car wrecks and homicides. Fifteen percent of Americans have had a clinical anxiety disorder. And, pathological, even murderous alienation is a hall mark of our time[125].

---

124 Selon le démographe Louis Duchesne, du Bureau de la statistique du Québec (BSQ), l'indice de fécondité pour 1996 sera de 1,58, soit le même qu'en 1995. Il était de 1,61 en 1994, mais avait déjà atteint le niveau très bas de 1,35 en 1987. Ce taux de fécondité est le nombre moyen d'enfants nés des femmes en âge de procréer, soit âgées de 15 à 49 ans. C'est ce qu'on appelle l'indice synthétique de fécondité dans le jargon des démographes. Cet indice doit atteindre 2,1 pour que la population d'un État augmente sans apport de l'immigration extérieure. Dans les années où le Québec comptait des familles nombreuses, l'indice était l'un des plus élevés du monde, comme en 1960 où il atteignait 3,9. Il est tombé actuellement à un des niveaux les plus bas en Occident. Une seule région continue à avoir un taux de naissance exceptionnel. Il s'agit du nord du Québec, particulière-ment à cause du taux élevé de fécondité des populations autochtones (Inuits et Cris). *Le Devoir*, vol. LXXXVIII, n° 5, 15 janvier 1997, p-A5.

125 R. Wright, "Stress, anxiety, depression : The new science of evolutionary psychology finds the roots of modern maladies in our genes - The evolution of despair", *Time*, vol. 146, n° 9, 1995, pp. 32-34.

1.1.1.2 Sur le développement du cancer

Il importe de savoir que la problématique de la maladie que constitue le cancer et des liens possibles entre le développement de la maladie et certains facteurs psychologiques ne datent pas d'hier. Selon Schraub[126], l'existence d'un lien entre les facteurs psychologiques et les cancers a déjà été notée dès le IIe siècle puisque Galien signalait que les femmes renfermées, mélancoliques, «attrapaient» davantage de cancers que les femmes à tempérament sanguin.

Toujours selon Schraub d'autres auteurs, comme Gendron et Guy, faisaient un lien entre les femmes dépressives, anxieuses, nerveuses et la maladie cancéreuse. Paget, chirurgien anglais du XVIIIe siècle, notait qu'une anxiété profonde, un espoir déçu ou une déception étaient souvent suivis par la croissance et le développement d'un cancer. Dans la première partie du vingtième siècle, d'ajouter Schraub, une série d'auteurs ont affirmé un lien entre facteurs psychologiques et cancer; Reich assimilait, vers 1920, le cancer à une résignation émotionnelle. Tarlau, Smalheiser et Bacon ont remarqué que les cancéreux avaient souvent une structure caractérielle masochiste, signalaient des problèmes sexuels et qu'ils étaient incapables de faire face correctement à des sentiments de colère, d'agressivité et d'hostilité. Peu à peu, deux hypothèses ont été évoquées. Le cancer pouvait être lié à une personnalité (ou à une conduite particulière) ou être dû à un stress émotionnel intense. Ainsi, plusieurs psychologues, comme Greene, ont signalé des agressions psychologiques, des deuils notamment, ayant précédé de peu l'apparition d'une leucémie ou d'un lymphone chez des femmes et enfants qu'il avait étudiés.

---

126 S. Schraub, «Cancer et psychologie : rôle sur le déclenchement et l'évolution des tumeurs», *Le concours médical,* vol. III, n° 15, 1989, pp. 1257-1262.

En 1959, LeShan, faisant une étude rétrospective, a retrouvé chez ses patientes quatre thèmes particuliers liés à l'apparition d'un cancer : la perte d'une importante relation sentimentale ou amicale peu avant l'apparition de la tumeur, l'impossibilité du patient cancéreux d'exprimer ses émotions, la persistance d'une tension profonde notamment dans le milieu parental, et des perturbations sexuelles. En fait, de conclure Schraub, l'ensemble des publications de ces psychologues, y compris celle des Simonton, dans les années 80, qui évoque également le rôle des émotions et des stress critiques à l'origine des tumeurs, pèche sur le plan méthodologique car il s'agit d'études très ponctuelles sur peu de patients. Voilà donc ici un énoncé marquant l'énorme différence entre approche qualitative et approche quantitative. Selon la docteure Love le fait que nous soyons tous dans le même environnement, par exemple la population du Québec, exposés aux mêmes conditions, et que certains ne soient pas touchés par le cancer est intriguant. Oui, il y a l'environnement mais il y a aussi le bagage tant physique que psychologique de l'individu lui-même et, surtout, l'interaction entre niveau cellulaire et niveau social.

> Therefore there must also be internal factors explaining why not everyone who is exposed to the same environment gets cancer. So cancer is caused by a combination of something in a person's physical make up and something in the environment.
>
> It's becoming more and more clear that all cancers have a strong genetic basis. That doesn't mean they're necessarily hereditary; it means they're caused by something going on in the genes. The genes regulate cell growth. But just as cancer rates vary in different external environments, genetic changes in the cells vary in different internal environments (organs, tissues, etc). The whole process is interactive both in a cellular and in a societal sense[127].

---

[127] S. Love, *Dr Susan Love's breast book*, USA, Addison-Wesley publishing company, 1995, p. 166.

Notons ici la différence entre hérédité et génétique. L'hérédité est un facteur de risque alors que l'aspect génétique, auquel l'auteure renvoie, réfère à un processus de mutation des gènes, non hérité. Il mène à la cancérisation et fait partie du processus de développement du cancer.

Grossarth-Maticek et ses collègues proposent un premier schéma du développement de la maladie. Il y aurait, selon leur suggestion, et d'abord à la base, un état désespéré accompagné d'un manque d'initiative total. La conséquence de cet état génère une augmentation de cortisol laquelle conduit à une immunodéficience puis au développement de cellules cancéreuses.

> As far as cancer is concerned, Eysenck (1985b) and Eysenck and Kelley (1987) have developed a theory implicating certain neuropeptides and hormones, such as ACTH, endogenous opioids, and cortisol, the level at which is partly determined by stress, depression and feelings of hopelessness/helpness, and which in turn influence the workings of the immune system. Thus we have a plausible sequence: hopelessness/helplessness increase in cortisol immunodefect growth of cancer cells. It hardly needs saying that this is not as yet a proper theory, but merely a suggestion regarding the direction in which one would look to find some of the intermediaries between behaviour and disease[128].

Le schéma proposé introduit donc la question du système immunitaire et son implication dans l'étiologie du cancer. Selon Porot, «la modification du système immunitaire paraît être un lien assez plausible entre altérations psychiques et développement de cellules cancéreuses[129]».

---

128 R. Grossarth-Maticek *et al.*, "Changes in degree of sclerosis as a function of prophylactic treatment in cancer-prone and CHD-prone prohands", *Behaviour Research and Therapy*, vol. 29, n° 4, 1991, p. 349.

129 M. Porot, *Psychologie des maladies - Manuel alphabétique clinique*, Paris, Masson, 1989, p. 55.

Riley affirme quant à lui que :

> The physiological and hormonal changes induced by emotional or anxiety stress are capable of shifting an immunological equipoise to produce lethal consequences. Various tumor-host models have been used to illustrate these circumstances[130].

Avant d'entrer de plein pied dans cette question du système immunitaire, regardons quelques notions ayant trait à sa définition. L'immunocompétence, selon Weisse, réfère à cette habileté du système immunitaire d'un organisme à le protéger contre les invasions pathogènes. Le système immunitaire a un rôle de surveillance par le biais des leucocytes. Voici la définition que Weisse en donne :

> *Immunocompetence* refers to the ability of an organism' immune system to protect against pathogenic processes. Proper functioning of the immune system entails constant surveillance for antigens and rapid response against these foreign entities. Hence, disturbances in immune function may place individuals at greater risk for health problems (Rosen *et al.*, 1984). Cells of the immune system, collectively termed *leukocytes,* or white blood cells, are broadly divided into three main classes : lymphocytes, monocytes, and granulocytes (e.g. neutrophils, basophils, and eosinophils). Functional differences exist among these diverse classes of cells, and further distinctions are drawn among leukocyte subpopulations. For example, lymphocytes are subdivided into B cells, T-helper cells, T-suppressor cells, and natural killer cells. B cells produce antibodies, which are serum proteins (immunoglobulins) that provide an important defense against bacterial infections. T-helper cells stimulate immunologic activities; T-suppressor cells down-regulate immune responses. Studies examining T-suppressor cells identify them through a receptor that is also found on a subset of T cells that serves cytotoxic (cell-killing) function. Natural killer cells represent an additional class of cytotoxic cells that provide important antiviral and antitumor defenses[131].

---

130 V. Riley, "Psychoneuroendocrine influences on immunocompetence and neoplasia", *Science,* vol. 212, 1981, p. 1109.

131 C.S. Weisse, "Depression and immuno-competence : a review of the litterature", *Psychological bulletin,* vol. 111, n° 3, 1992, p. 477.

Un excellent résumé de la fonction immunitaire ainsi que de ses composantes nous est fourni par O'Leary :

> The general function of the immune system is to identify and eliminate foreign, "non-self" materials that contact or enter the body. These foreign materials are called antigens and include bacteria, viruses, parasites, and fungi. Components of the immune system are also capable of identifying and destroying cells that have undergone alterations associated with malignancy and of directing responses against non-self agents, such as donated organs. The immune system is composed of specialized cells that originate in the bone marrow and that mature and are sequestered in particular organs, such as the thymus, the peripheral lymphoid organs, the spleen, and the lymph nodes. From these organs, the specialized cells are released into the blood; they may also return to these organs from the blood[132].

Le rôle du système est d'identifier et d'éliminer tout corps étranger, appelé antigène, entrant en contact avec le milieu interne de l'organisme. Le rôle du système immunitaire, d'affirmer Rogers, est donc de conserver l'homéostasie au plan corporel, de la santé somatique. Rogers nous mentionne que ce n'est que tout récemment que certaines constatations ont été faites à l'effet que certains états mentaux avaient une influence sur le système nerveux autonome et endocrinien. Cela, d'ajouter Rogers, offre une base valable pour la compréhension éventuelle de la maladie au plan psychosomatique.

---

132 A. O'Leary, "Stress, emotion and human immune function", *Psychological bulletin,* vol. 108, n° 3, 1990, p. 363.

> The investigation of psychosomatic relationships involving the immune system offers us a unique opportunity. The immune system has a fundamental role in the maintenance of body homeostasis and health. Even minor fluctuations in this system have direct implications for the development of disease. In recent years there have been many advances in our understanding of the effect of mental states on the endocrine and autonomic nervous systems, although the implications of those changes for disease susceptibility have often been less obvious. The immune system provides us with a further critical link in the psychosomatic process and disease susceptibility[133].

Dans tous les cas le système immunitaire réagit face à un environnement changeant. Selon Kiecolt-Glaser, la réaction sera toujours à la mesure du changement soit de la simple allergie face à une surréaction à l'infection chronique face à une sous-réaction :

> When the immune system gets out of balance and overreacts to exogenous agents, it is highly probable that the body will react by developing an allergy. If, however, the immune system underreacts to outside or exogenous agents, the reaction of the body is likely to be the development of a severe chronic infection. In any case, the system is constantly fluctuating in its quest for the steady state[134].

Toutefois, ce rôle du système immunitaire peut être empêché dans sa fonction. Selon Naliboff, il devient de plus en plus reconnu que des éléments stresseurs tant psychologiques qu'environnementaux contribuent à influencer le système immunitaire :

---

133 M.P. Rogers, D. Duley, P. Reich, "The influence of the Psyche and the Brain on immunity and disease susceptibility : a critical review", *Psychosomatic Medicine,* vol. 41, n° 2, 1979, p. 148.

134 J.F. Kiecolt-Glaser, cité par JOHNSON, E.H., *The Deadly Emotions - The Role of Anger, Hostility and Agression in Health and Emotional Well-being,* New York, Praeger, 1990, p. 38.

> A body of evidence has supported the view that both psychological and environmental stressors influence susceptibility to and progression of physical illness. In regard to one possible mediating mechanism, recent human studies have linked a variety of life stressors (exams, bereavement, marital discord, caretaking of the chronically ill) and mood variables (depression, loneliness) to immune system suppression[135].

Nous pouvons lire dans un éditorial de *The Lancet*[136] que des événements existentiels éprouvants et certains troubles psychiatriques sont associés à la suppression de la réponse du système immunitaire. Ces constatations ont pu être expérimentées *in vivo* par des techniques psychologiques telles l'hypnose et la méditation. Selon Schraub :

> Le stress entraînerait des modifications neuro-endocrines et immunitaires par le biais notamment de l'hypothalamus, de l'hypophyse et des surrénales. Une action sur les organes immunocompétents (thymus) serait possible par des connexions nerveuses directes. Des études sont en cours notamment dans des laboratoires d'immunologie, sur les relations entre émotions et modifications de l'immunité qui peuvent aboutir ultérieurement à beaucoup d'affections chroniques[137].

Schraub nous donne en exemple l'étude suivante. En Angleterre, entre autres, l'étude de Bartrop (1977) et Schleifer (1989) a démontré une diminution des défenses immunitaires mesurées *in vitro* chez les personnes qui avaient perdu leur conjoint six semaines auparavant.

---

135 D.D. Naliboff *et al.*, "The effects of the opiate nalaxone on measures of cellular immunity during rest and brief psychological stress", *Journal of psychosomatic research*, vol. 39, n° 3, 1995, p. 345.

136 EDITORIAL, "Depression, stress, and immunity", *The Lancet*, 1987, p. 1467.

137 S. Schraub, «Cancer et psychologie : rôle sur le déclenchement et l'évolution des tumeurs», *Le concours médical*, vol. III, n° 15, 1989, p. 1260.

Si certains éléments stresseurs peuvent compromettre la fonction immunologique, il s'ensuit, selon Calabrese[138], de par la fonction du système immunitaire lui-même, qu'ils peuvent avoir une influence directe sur le développement et le pronostic de la maladie.

Citons également l'expérience suivante de Glaser faite sur quarante étudiants pendant un examen :

> The percentages of total T-lymphocytes (OKT-3+), helper T-cells (OKT-4+), and suppressor T-cells (OKT-8+) were significantly lower in blood samples obtained from 40 medical students during examinations, compared to baseline values obtained 6 weeks earlier. In addition, the response of T-lymphocytes to stimulation by phytohemagglutinin and concanavilin A was also significantly lower during examinations, compared to baseline. Self-report data documented significantly greater distress associated with examinations. The data have implications for immunosuppressive disorders and stress-related illnesses.
>
> In this study, we examined the effect of a stressful event on certain aspects of cellular immunity. We found significant decreases in the percentages of lymphocytes, total T-lymphocytes (OKT-3+), helper cells, and suppressor cells. We also found a significant decrease in T-lymphocyte proliferation in response to stimulation by PHA and Con A. Self-report data documented the significantly increased distress associated with examinations. The consistency of such findings across diverse subject groups suggests that greater distress is associated with poorer immune function[139].

---

138 J.R. Calabrese, M.A. Kling, P.W. Gold, "Alterations in immunocompetence during stress, bereavement, and depression : focus on neuroendocrine regulation", *Am. J. Psychiatry*, vol. 144, n° 9, 1987, p. 1123.

139 R. Glaser *et al.*, "Stress-related impairments in cellular immunity", *Psychiatry research*, vol. 16, 1985, pp. 233-237.

La conclusion de l'expérience de Glaser est qu'une grande détresse est associée à une fonction immunitaire moins efficace. L'étude d'Irwin confirme les diverses données que nous avons fournies préalablement à l'effet d'une corrélation entre le fait de subir plusieurs situations éprouvantes accompagnées de symptômes dépressifs sévères et un système immunitaire plus affaibli.

> In conclusion, we found that women who experienced losses and distressing life changes showed lower NK cell activity than women with few life events. The severity of their depressive symptoms correlated with an impairment of NK [natural killer] cell activity and with alterations in T [Th = T Helper; Ts = T Suppressor/Cytoxic cells] cell subpopulations[140].

Selon Kiecolt-Glaser, la réaction d'un individu face à un événement stresseur sera d'autant plus importante au niveau des conséquences que sera l'état de son système immunitaire préalablement à cet événement.

> The propensity to develop an infectious disease is likely to depend on differential exposure to pathogens and the prior health of the individual, particularly with respect to immune function. Distress-related immunosuppression may have its most important consequences in individuals with preexisting decrements in immune function[141].

---

140 M. Irwin *et al.*, "Life events, Depressive symptoms, and Immune function", *Am. J. Psychiatry,* vol. 144, n° 4, p. 441.

141 J. Kiecolt-Glaser et R. Glaser, "Psycological influences on immunity", *Psychosomatics,* vol. 27, n° 9, 1986, p. 624.

C'est dans ce sens que l'on peut saisir la teneur des propos de Rogers[142] à l'effet que le stress peut accroître la vulnérabilité d'un organisme en exerçant sur lui un effet immunosuppresseur et, plus particulièrement, le cancer :

> A central premise underlying much of the work that has been done is that stress may increase an organism's vulnerability to certain diseases by means of exerting an immunisuppressive effect, especially those diseases intimately associated with immunologic mechanisms, such as infection, malignancy, and autoimmune disease[143].

Selon Hancock[144], l'association entre cancer et immunosuppression est reconnue depuis longtemps. Basé sur la théorie d'immunosurveillance, un contrôle inefficace au plan immunologique de cellules potentiellement cancéreuses permet la prolifération de celles-ci et leur développement en cancer. Rogers confirme qu'il y a actuellement de nombreux travaux, bien fondés, également sur les interactions entre le système immunitaire et les fonctions des glandes endocrines.

> There are by now many well-documented interactions between immune processes and neuroendocrine functions, described in recent reviews by Besedovsky and Sorkin, Ahlqvist, and Wolstenholme and Knight[145].

---

142 M.P. Rogers, D. Duley, P. Reich, "The influence of the Psyche and the Brain on immunity and disease susceptibility : a critical review", *Psychosomatic Medicine,* vol. 41, n° 2, p. 147, 1979.

143 M.P. Rogers, D. Duley, P. Reich, *Ibid.*, p. 147.

144 B.W. Hancock et M.A. Ward, *Immunological aspects of cancer,* Boston, Kluwer Academic Publishers Group, 1984, p. 147.

145 M.P. Rogers, *Op. cit.*, p. 152.

Ce lien système immunitaire/glandes endocrines n'est pas sans importance. Les glandes endocrines[146] sont toutes à sécrétion interne dont le produit de la sécrétion se déverse dans le sang. Ce sont : la thyroïde, les parathyroïdes, les glandes surrénales, les glandes génitales (testicules et ovaires) et l'hypophyse qui contrôle la fonction de la plupart de ces glandes. La diminution de sécrétion d'une hormone ou son augmentation va entraîner des perturbations importantes, spécifiques ou non.

Ainsi, Riley nous signale que l'anxiété induite par un élément stresseur a un impact hormonal certain et ce, plus particulièrement, sur la concentration des substances corticoïdes lesquelles ont une influence dommageable sur le système immunitaire :

> Emotional, psychosocial, or anxiety-stimulated stress produces increased plasma concentrations of adrenal corticoids and other hormones through well-known neuroendocrine pathways. A direct consequence of these increased corticoid concentrations is injury to elements of the immunological apparatus, which may leave the subject vulnerable to the action of latent oncogenic viruses, newly transformed cancer cells, or other incipient pathological processes that are normally held in check by an intact immunological apparatus. The primary harm that corticoids cause when in high concentrations is damage to lymphocytes and thymus elements that are essential for optimum cell-mediated immune defenses and possibly for effective immune surveillance involving NK cells when cancer cells are involved[147].

---

146 A. Domart et J. Bourneuf, *Nouveau Larousse médical,* Paris, Larousse, 1990.

147 V. Riley, "Psychoneuroendocrine influences on immunocompetence and neoplasia", *Science,* vol. 212, 1981, pp. 1101-1109.

C'est à partir de ce lien stress/corticoïdes qu'Eysenck établit le lien cortisol/dépression, état désespéré [hopelessness] et impuissance [helplessness] et, par voie de conséquence, la relation positive entre état désespéré (hopelessness)/impuissance (helplessness) et cancer :

> The workings of the immune system are influenced and to some extent controlled by peptides and hormones. Corticosteroids such as cortisol act in an immunosuppressive fashion, and endogenous opiates may also may be involved in mediating some of the immunosuppressive effects of stress[148].

Qu'en est-il des événements stresseurs pouvant occasionner un abaissement du système immunitaire? Selon Weisse[149], l'altération du système immunitaire peut relever davantage de la sévérité d'une symptomatologie dépressive que d'une situation éprouvante ponctuelle. Il semble que le fait qu'un stress agisse de façon chronique (qui perdure dans le temps) plutôt qu'aigu fasse une différence. Un stress chronique, chez l'humain, semble jouer en faveur d'une moins bonne adaptation au plan immunitaire. Ce qui n'est pas le cas chez les animaux.

Selon Janice K. Kiecolt-Glaser :

> In addition, individuals who are chronically distressed may also be at greater risk for infectious disease because of longer-term immunological changes. While there is some evidence that chronic physical stressors may produce immunological

---

148 H.J. Eysenck, "Anxiety, learned helplessness and cancer : A causal theory", *Journal of anxiety disorders,* vol. 1, 1987, pp. 99-100.

149 C.S. Weisse, "Depression and immuno-competence : a review of the litterature", *Psychological bulletin,* vol. 111, n° 3, 1992, p. 483.

> adaptation or even enhancement of immune function in rodents (Monjan & Collector, 1977), we find that more chronically stressed groups appear to have poorer immune function than well-matched comparison subjects. Thus, in contrast to rodent research, prolonged or chronic psychological stress in humans does not appear to lead to adaptation to the level of matched comparison subjects[150].

Le fait qu'une personne n'ait pas subi d'événements stressants éprouvants ne peut garantir en rien de sa façon de réagir éventuellement face à un stress aigu ponctuel. En ce qui a trait à la symptomatologie dépressive, plusieurs études démontrent qu'il y a des liens entre dépression et immunocompétence. À cet égard, Weisse[151] s'est penché sur quarante études élaborées dans la dernière décennie et qui vont dans ce sens. La conclusion de Weisse[152] est la suivante :

> There is considerable evidence that altered immune states are present in individuals diagnosed with a depressive disorder. Reported most often is that depressed patients have lower lymphocyte responses to mitogens.

Il y aurait, selon Eysenck[153], également, certains stress (plus particulièrement ces stress ponctuels insurmontables menant à une certaine incapacité d'agir tel qu'on l'a appris) qui

---

150 J.K. Kiecolt-Glaser et R. Glaser, "Interpersonal relationship and immune function", dans CARS-TENSEN, L.L. et NEALE, J.M., *Mechanisms of Psychological Influence on Physical Health,* New York, Plenum Press, 1989, p. 44.

151 C.S. Weisse, "Depression and immuno-competence : a review of the litterature", *Psychological bulletin,* vol. 111, n° 3, 1992, p. 483.

152 C.S. Weisse, *Op. cit.,* p. 477.

153 H.J. Eysenck, "Anxiety, learned helplessness and cancer : A causal theory", *Journal of anxiety disorders,* vol. 1, 1987, p. 88.

supprimeraient l'activité du système immunitaire et cela peut-être, via la production de cortisol et d'autres corticostéroïdes déjà reconnus comme réducteurs de l'efficacité du système immunitaire[154].

Avant de conclure cette section il importe de signaler le lien entre le système immunitaire et endorphines. Mais qu'est-ce donc que les endorphines? Les endorphines furent d'abord considérées comme un opiacé endogène ayant pour fonction d'alléger la douleur face à une blessure ou à un stress. Or, l'on a découvert ultérieurement leur rôle dans la régulation du système immunitaire. Selon Morley :

> Endogenous opioid peptides have been demonstrated to play a role as modulators of a number of hormonal functions in humans. In particular they appear to inhibit luteinizing hormone and ACTH release, and the response of arginine vasopressin to osmotic pathophysiological states, they appear to play a role in the decreased pulsatile luteinizing hormone release seen in patients with prolactinomas. Circulating β-endorphin appears to be an important regulator of immune function. Preliminary studies in humans have suggested a role for endogenous opioid peptides in appetite regulation. In the last few years, a few case reports have suggested the possibility of a series- of syndromes due to endogenous opioid excess. Within the next decade, we can expect to see the routine use of opioid antagonists in a variety of pathophysiological states[155].

---

154 Nous verrons que cette constatation d'Eysenck rejoint ce que Boss entend lorsqu'il mentionne que ce qui importe dans la névrose hystérique ou la névrose d'organe c'est prioritairement le degré de l'enlisement.

155 J.E. Morley, "Neuroendocrine effects of endogenous opioid peptides in human subjects : a review", *Psychoneuroendocrinology*, vol. 8, n° 4, 1983, p. 361.

Une étude menée par Lindstrom, entre autres, a permis de confirmer la tendance des hypothèses actuellement en cours à l'effet que les endorphines seraient même impliquées dans certains états psychotiques[156] :

> The present date lend credit to the hypothesis that endorphins are involved in some psychotic states in the human. Pilot investigations revealed low level of CSF endorphins in patients suffering from chronic pain *(Terenius & Wahlström, 1975)*[157].

Rodgers et Cooper nous signalent les pistes intéressantes soulevées par le lien endorphines et états psychotiques :

---

156 Voici la définition des termes de psychose et névrose généralement reconnus dans le milieu psychologique et psychiatrique : la *«psychose»* est une maladie mentale grave, caractérisée par la perte du contact avec le réel et l'altération foncière du lien interhumain, cause de l'inadaptation sociale du sujet. Contrairement au névrosé, conscient de ses difficultés personnelles, le psychotique ignore ses troubles : s'isolant du monde extérieur, il se crée un univers privé qu'il façonne à sa guise et dans lequel il est tout-puissant. Il y a plusieurs sortes de psychoses : la schizophrénie, la psychose maniaque-dépressive, les délires (paranoïa, psychose hallucinatoire chronique, paraphrénie). L'activité délirante — qui se manifeste, dans les attitudes et les conduites, par la perte de l'autocritique, les déviations du jugement, le mode de pensée déréelle — exprime la profonde aliénation de la personne et constitue la caractéristique la plus typique des psychoses. La *«névrose»*, quant à elle, est un trouble mental qui n'atteint pas les fonctions essentielles de la personnalité et dont le sujet est douloureusement conscient. Les troubles phobiques (l'agoraphobie par exemple), les états anxieux (panique, obsessions, etc.), l'hystérie sont les principales névroses. Très répandus, les états névrotiques présentent un certain nombre de caractères communs : le névrosé se sent mal à l'aise, il manque d'assurance dans son rôle social; il est agressif à l'égard d'autrui (ironie...) ou contre lui-même (tentative de suicide); il présente des troubles de sommeil (insomnie ou hypersomnie), de la sexualité (frigidité ou impuissance, continence systématique ou masturbation) et semble exagérément fatigable. Son réel épuisement est la conséquence des efforts inconscients qu'il fait pour lutter contre ses pulsions sexuelles et agressives. Tous ses symptômes névrotiques sont, en définitive, l'expression symbolique du drame intérieur dont il est le siège et qu'il est incapable de dominer, car les éléments essentiels échappent à sa claire conscience. Cette notion de conflit est fondamentale; on la retrouve dans toutes les théories explicatives de la névrose [sauf dans celle de P. Janet]. † N. Sillamy, *Dictionnaire de la psychologie,* Paris, Larousse, 1989, pp. 185 et 221.

157 L.H. Lindstrom *et al.*, "Endorphins in human cerebrospinal fluid, clinical correlations to some psychotic states", *Acta psychiatrica Scandinavica,* vol. 57, 1978, pp. 153-154.

> It is quite possible that more extensive and systematic studies on the effects of opiates on pituitary function in certain types of psychoses might reveal a more detailed characteristic of pituitary hormone release sensitivity in such psychiatric disorders.
>
> The concomitant observation by Terenius *et al.* that the CSF-opioid activity is above normal in patients with schizophrenia, led to the idea that schizophrenia may be pathogenetically related to an endogenous opioid excess.
>
> Alterations in endorphins have been variously associated with schizophrenia, depression, addiction and attentional dysfunction. Insofar as attention and perception may be considered essential for exploration, these clinical findings may suggest a role for endorphins in exploration[158].

Ce qui semble le plus fascinant au sujet des endorphines c'est leur rôle au plan social. Déjà en 1978 Herman et Panksepp[159], suite à des expériences avec de jeunes cochons d'Inde, ont démontré que le fait de donner de la morphine (équivalent artificiel de l'endorphine) à de jeunes cobayes raccourcissaient la durée de proximité à la mère. Suite à d'autres études, Panksepp en vient à l'évidence que les endorphines peuvent être importantes dans l'élaboration de liens sociaux :

> These experiments provide evidence for the possibility that brain opiate systems [endorphines] may be important in the elaboration of social affect. Functionally, administration of morphine to young puppies simulates the presence of the mother[160].

---

158 R.J. Rodgers et S.J. Cooper, *Endorphines, opiates and behaviroural processus,* Great Birtain, John Wiley & Sons, 1988, p. 344.

159 B.H. Herman et J. Panksepp, J., "Effects of Morphine and Naloxone on Separation Distress and Approach Attachment : Evidence for Opiate Mediation of Social Affect", *Pharmacology, biochemistry and behavior,* vol. 9, 1978, p. 218.

160 J. Panksepp *et al.*, "The biology of social attachments : opiates alleviate separation distress", *Biological psychiatry,* vol. 13, n° 5, 1978, p. 615.

La conclusion est fort importante : un substitut des endorphines peut remplacer une fonction normalement desservie par les endorphines en ce qui a trait à la persistence de liens sociaux affectifs et, plus spécifiquement peut-être, le lien mère/enfant. Le point de vue de Herman et Panksepp est fascinant :

> If endorphins do mediate social attachment, then how might this process be elaborated? First, attachment may simply represent an endogenous cellular addiction process in which an infant becomes physiologically dependent upon its mother for endorphin stimulation. Indeed, there is in vitro evidence that cells exposed chronically to enkephalin or morphine show biological tolerance and withdrawal which appear to parallel symptoms of opiate dependence. Within our theoretical framework, it is conceivable that maternal contact comfort stimulates a brain endorphin reward. Of course, brain endorphins may not be specific to social affect, but may be a generalized process which is activated by a variety of incentives[161].

La relation mère-enfant ferait en sorte que l'enfant serait physiologiquement dépendant de la mère pour satisfaire une dépendance cellulaire endogène en lien avec les endorphines. Naturellement, cette dépendance, bénéfique, de la stimulation relationnelle mère/enfant peut être activée par une grande variété de stimulants voire d'*ersatz*. Se pourrait-il qu'un enfant ayant été carencé sévèrement durant le stade post-natal de son existence (0-1 an) puisse, afin de s'harmoniser, déjà trouver un substitut à cette relation à la mère? Il serait intéressant également de se questionner sur le lien possible schizophrénie/endorphines/hallucinations afin de comprendre le rôle des phénomènes hallucinatoires dans cette problématique.

---

[161] B.H. Herman et J. Panksepp, *Op. cit.*, p. 219.

1.1.1.3 Les facteurs de risque

1.1.1.3.1 Hérédité

Nous commençons par l'hérédité parce que ce facteur de risque semble le plus marquant pour les femmes pouvant être sujettes à ce facteur. Selon Suzanne Love, le fait d'hériter génétiquement de gènes porteurs du cancer du sein fait en sorte qu'à la naissance, il y a déjà une mutation génétique à votre compte. Toutefois, cela ne signifie en rien qu'un cancer du sein sera développé :

> Another interesting fact about breast cancer in younger women is that it's more likely to be hereditary. That makes sense — if you've inherited a mutation, and you only need one or two more mutations to get cancer, you're one step closer, and you're likely to get there faster, whereas if you "acquire" breast cancer, you still need to get all of the mutations. That doesn't work all the time : like older women, the majority of younger women with breast cancer have no family history. But if you have breast cancer in your family, you're more likely to get it at a younger age than if you don't[162].

Sur les chiffres ayant trait à l'hérédité, la docteure Love mentionne que, pour la grande majorité des chercheurs, les cas de cancer du sein purement héréditaire sont rares et que le nombre varierait entre 5 et 10% :

> Most estimates are that pure hereditary breast cancer is rare, but it does occur — between 5 and 10 percent of all breast cancers fall into this category. In this case, the mother (or father) has a breast cancer gene, as mentioned in Chapter 13, and there's a 50-50 chance it will be passed on to the daughters (Fig. 13-2). If a daughter, or son, has inherited the gene, that gene again has a 50-50 chance of passing on to the next generation[163].

---

162 S. Love, *Dr Susan Love's breast book*, USA, Addison-Wesley publishing company, 1995, p. 348.

163 S. Love, *Op. cit.*, p. 186.

Antérieurement la docteure Love parlait de 4 à 5% lorsqu'elle mentionnait qu'avant longtemps on pourrait effectuer un test de dépistage à partir d'un échantillon sanguin : *"This will be a bit step forward, but it will cover only the 4 or 5 percent of women with strong family histories of breast or ovarian cancer*[164]*."*

Selon Steingraber, le lien entre cancer du sein et hérédité varie entre 5 et 10%. Pour cette dernière, la mutation génétique héréditaire transmise dans l'ADN n'est pas tout. Pourtant les plus grands efforts en matière de recherches portent actuellement sur les cancers héréditaires :

> Cancer research currently directs considerable attention to the study of inherited cancers. Most immediately, this approach facilitates the development of genetic testing, which attempts to predict an individual's risk of succumbing to cancer, based on the presence or absence of certain genetic alterations. These efforts may also reveal which genes are common targets of acquired mutation in the general population. (Hereditary mutations are present at the time of conception, and they are carried in the DNA of all body cells; acquired mutations, which accumulate over an individual's lifetime, are passed only to the direct descendents of the cells in which they arise). Hereditary cancers, however, are the rare exception. Collectively, fewer than 10 percent of all malignancies are thought to involve inherited mutations... Breast cancer also shows little connexion to heredity (probably between 5 and 10 percent). Finding "cancer genes" is not going to prevent the vast majority of cancers that develop. Moreover, even when rare, inherited mutations play a role in the development of a particular cancer, environmental influences are inescapably involved as well. Genetic risks are not exclusive of environmental risks. Indeed, the direct consequence of some of these damaging mutations is that people become even more sensitive to environmental carcinogens[165].

---

164 S. Love, *Dr Susan Love's breast book*, USA, Addison-Wesley publishing company, 1995, p. 170.

165 S. Steingraber, *Living downstream - An ecologist looks at cancer and the environment,* USA, Addison-Wesley publishing company, 1997, p. 259.

Ce n'est que très récemment que les gènes associés au cancer du sein ont été identifiés. Bleiker et des collègues ont effectué une étude longitudinale prospective auprès de 28 940 femmes d'une ville allemande, Nijmegen. Sur ce nombre, 9 705 répondaient aux critères de sélection pour la recherche. Qui plus est d'affirmer Bleiker : comme le risque héréditaire varie entre 5 et 10% il s'ensuit que l'étiologie de la grande majorité des cancers du sein demeure inexpliquée :

> Recently, genetic factors [BRCA1 and BRCA2] have been identified, and it is estimated that between 5% and 10% of breast cancers can be attributed to these factors. The etiology of a large proportion of breast cancers is therefore still unexplained, and additional risk factors remain to be identified[166].

La position de la journaliste engagée, elle-même victime du cancer du sein, Sharon Batt, nous porte à une profonde réflexion sur cette question du dépistage génétique :

> Les thérapies géniques renforcent la conception étroite de la maladie comme phénomène biomédical. Mais le destin des femmes - y compris les porteuses du gène du cancer du sein - ne réside pas dans la biologie. En se concentrant sur la génétique du cancer du sein, on détourne notre attention et nos ressources de la recherche sur les racines culturelles de la maladie[167].

---

166 E.M.A. Bleiker *et al.*, "Personality factors and Breast cancer development : a prospective longitudi-nal study", *Journal of the National Cancer Institute*, vol. 88, n° 20, 1996, p. 1478.

167 S. Batt, *À bout de patience - Les enjeux de la lutte au cancer du sein*, Montréal, Les éditions du Remue-ménage, 1998, p. 255.

Le facteur génétique représente un très faible pourcentage des causes de cancers du sein. À cela s'ajoute que le facteur génétique ne prédit en rien qu'une femme va ultérieurement développer un cancer du sein. La question génétique ne peut donc en aucun cas devenir un moyen de prévention adéquat. Pire, il serait éthiquement très questionnable de faire peser sur l'existence d'une femme voire d'une adolescente ou même d'un enfant cette tare héréditaire qui en fait n'est qu'une possibilité, possibilité relativement infime. Rappelons-nous l'avertissement des professeures Ruth Hubbard, professeure émérite en biologie de Harvard et Abby Lippman, professeure en épidémiologie et en biostatistique à l'Université McGill :

> Profs, Ruth Hubbard and Abby Lippman have a message for women who want to get tested for the breast-cancer gene : Don't do it. At least not now, and maybe never. Interpreting the data from the tests is still a murky science, they say, and they worry that oversimplification of the screening tests and their benefits could lead to a confused public that's inadequately informed to make difficult medical and ethical decisions. «The rush to tests is clearly fueled by economic consideration and not by health considerations», said Prof. Hubbard, a Harvard professor emeritus of biology[168].

Un des enjeux majeurs réside dans l'interprétation des résultats. Quoiqu'il en soit toutes les parties s'entendent sur un point : *"The findings don't yet provide sufficient information about the gene 's role in sporadic breast cancer"*. Cet avertissement est d'autant plus pertinent que déjà certaines femmes, ayant eu un test génétique positif, ont subi, par prévention et sous

---

168 R. Hubbard et A. Lippman, "Two professors urge caution with test of breast-cancer gene, question motive", *The Wall Street Journal*, vol. CCVI, n° 90, 1995, p. B5A.

le conseil de leur médecin, la mastectomie des deux seins par peur du cancer du sein. Certaines sont quand même mortes du cancer du sein ou d'un autre cancer. Sur 2029 dossiers de femmes ayant subi une mastectomie prophylactique bilatérale ou unilatérale de la clinique Mayo[169], dix cas de cancer du sein sont survenus après la mastectomie. Selon les auteurs, le recours à la mastectomie préventive peut quand même réduire le risque de cancer du sein, même chez les femmes ayant des antécédents familiaux.

1.1.1.3.2 Enfance

Si l'hérédité appartient à ce que nous pouvons appelé un facteur de risque inné, l'enfance, elle, relève plus de l'acquis. Thomas a effectué certaines études auprès de personnes cancéreuses et les attitudes familiales de ceux-ci durant leur jeune âge. Il établit un lien entre les deux :

> The primary purpose of this article has been to present evidence that certain family attitudes held during youth by members of a cohort of healty white males are associated with the later development of certain types of illness, notably cancer[170].

Dans une autre étude, Kiecolt-Glaser a démontré que ces liens familiaux avaient été décrits comme troublants et insatisfaisants et qu'ils influençaient la qualité éventuelle, comme adulte, d'établir une certaine capacité relationnelle harmonisée avec l'entourage :

---

169 L. Hartmann *et al.*, "Prophylactic mastectomy [pm] : Preliminary retrospective cohort analysis", *Procedure of the annual meeting of the American Association of Cancer Research*, vol. 38, 1997, p. A1123.

170 C.B. Thomas *et al.*, "Family attitudes reported in Youth as Potential prediction of cancer", *Psychosomatic Medicine*, vol. 41, n° 4, p. 297.

> Furthermore, the increased cancer mortality connected to hostility in the Western Electric Study, for example, could be related to the findings of Drs. P. Graves and C.B. Thomas in the Johns Hopkins cancer precursors study, which showed that future cancer victims have disturbed and unsatisfactory early relationships with their parents as well as a relative lack of well-balanced pattern in their personal interactions[171].

Un des auteurs les plus connus à cet égard est sans doute LeShan. Pour ce dernier, les gens souffrant de cancer démontrent une enfance marquée par une impossibilité pour l'enfant à développer pleinement sa capacité d'entrer librement et pleinement en relation avec les autres.

> The possibility that there are early psychological antecedents of malignant neoplasm has gradually been introduced into medical thinking as the result of detailed retrospective studies. LeShan's hypothesis concerning the emotional life history pattern associated with neoplastic disease is that early in life, damage is done to the child's developing ability to relate to others, resulting in marked feelings of isolation, a sense that intense and meaningful relationships bring pain and rejection, and a sense of deep hopelessness and despair. Later, a meaningful relationship is formed in which the individual invests a great deal of energy. For a time, he enjoys a sense of acceptance by others and a meaningful life, although the feeling of loneliness never is completely dispelled. Finally, with the loss of the central relationship, whether the death of a spouse, forced job retirement, or children leaving home, comes a sense of utter despair and a conviction that life holds nothing more for him[172].

---

171 J.F. Kiecolt-Glaser, cité par EYSENCK, H.J., "Anxiety, learned helplessness and cancer : A causal theory", *Journal of anxiety disorders,* vol. 1, p. 37.

172 L. LeShan, cité par THOMAS, C.B. et DUSZYNSKI, K.R., "Closeness to parents and the family constellation in a prospective study of five disease states : suicide, mental illness, malingnant tumor, hypertension and coronary heart disease", *Johns Hopkins medical journal,* vol. 134, p. 265.

Selon LeShan, l'enfant s'isole et en arrive à penser que toute relation significative apporte rejet et souffrance d'où son désespoir (hopelessness). Un autre important auteur, favorisant les études rétrospectives, est Bahnson. À partir de plusieurs études, Bahnson décrit les patients cancéreux comme ayant des besoins de dépendance non résolus et ce depuis l'enfance. Le résultat se constate dans une constriction de l'existence et une certaine aliénation.

> In Bahnson and Bahnson's studies, cancer patients are described as having unresolved dependency needs dating from childhood, following very close attachments to a parent or parent substitute early in life. Unsatisfactory resolution of these early needs results in severe conflictual impulses and emotions with which the patients had tried to cope by means of denial and repression. The net result, then, is a constriction of their life pattern and "a peculiar kind of self-alienation[173]".

Avant LeShan et Bahnson, Burgess et Cuttrell avaient déjà démontré le rôle du développement affectif de la jeune enfance. C'est en ces termes que Bowlby nous rappelle leur contribution :

> Burgess & Cuttrell ont également démontré qu'il y a une relation directe entre la maturation affective à l'âge adulte et les conditionnements affectifs de l'enfance : «Les relations affectives au cours de l'enfance conditionnent la vie amoureuse de l'adulte. Les modes de réaction aux relations affectives établies au cours de l'enfance se montrent les facteurs dominants dans l'expression de l'affectivité au cours de l'âge adulte[174]».

---

173 C. B. Bahnson, cité par THOMAS, C.B. et DUSZYNSKI, K.R., "Closeness to parents and the family constellation in a prospective study of five disease states : suicide, mental illness, malingnant tumor, hypertension and coronary heart disease", *Johns Hopkins medical journal,* vol. 134, 1974, p. 265.

174 E.W. Burgess et L.S. Cuttrell Jr, cité dans BOWLBY, J., *Soins maternels et santé mentale*, Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé - Série de monographie, n° 2 (deuxième édition), 1954, p. 16.

Burgess et Cuttrell vont plus loin pour démontrer que l'influence maternelle prédomine sur le développement de l'enfant. Ainsi :

> Ces derniers sont arrivés à la conclusion que pour le mari comme pour la femme, l'attachement à la mère avait une corrélation positive avec le bonheur conjugal supérieur à celle de l'attachement au père[175].

Dans une importante étude longitudinale, Caroline Thomas a pu constaté que les patients cancéreux démontraient une personnalité soumise plutôt qu'agressive et que leur existence relationnelle laissait voir plusieurs difficultés relationnelles au plan familial, surtout avec le père[176]. Qui plus est une étude plus approfondie des résultats a révélé que le degré de débalancement dans la relation parentale était un indice prédicteur de cancer des plus significatifs :

> In another study, Caroline Thomas of Johns Hopkins University studied more than 1000 students annually to determine whether emotional and psychological factors would contribute to diseases 14 years later in life. To her surprise, she found that cancer patients were submissive and not aggressive, and experience many difficulties in their relationships with family members — particularly their fathers — early in their lives. Moreover, the psychological profiles of the individuals who developed cancer

---

175 E. W. Burgess et L.S. Cuttrell Jr, *Ibid.*, p. 14.

176 La place du père peut se comprendre ainsi. La mère est la personne primairement significative pour l'enfant. Or peu importe le sexe si la relation mère/enfant est perturbée il se peut que le père devienne à ce point important en ce sens que l'enfant investira fortement le père ou soit qu'il ne l'investira pas du tout cela dû au fait de la fragilité de sa personnalité : il sur-investira ou dés-investira. Ainsi, dans le cas d'une fille, la phase oedipienne peut devenir un enjeu crucial. N'oublions pas non plus le fait que l'homme en général (comme père, grand-père, frère, prêtre, politicien, médecin, etc.) a culturellement joué un rôle capital durant la période qui a pré-existée à l'enfant et durant laquelle période également la mère a culturellement et personnellement évoluée. Bref, culturellement la mère est a-sexuée. Cela est aussi vrai au niveau de sa «responsabilité» à l'égard des séquelles possibles et inévitables conséquentes à sa relation à l'enfant. Bref, la relation de la mère à l'enfant est davantage une relation de l'enfant à la Culture que cette femme-mère porte en elle.

> were quite similar to the students who became mentally ill or committed suicide. Subsequent reports of these data using additional methods to measure "closeness to parents" have revealed that the degree to which early relationships are "unbalanced" is a predictor of cancer even after considering smoking, serum cholesterol level, and age at the onset of the study[177].

Nous ne pouvons pas passer sous silence ici le propre cas, très éloquent, de Steingraber elle-même adoptée et atteinte de cancer du sein. Elle a été également frappée par un cancer de la vessie après l'adolescence. Une étude a démontré qu'il y avait des corrélations significatives entre les maladies des enfants adoptés et leur famille adoptive mais non avec leur famille biologique :

> Deaths of adoptive parents from cancer before the age of 50 increased the rate of mortality from cancer fivefold among the adoptees [...] Deaths of biological parents from cancer had no detectable effect on the rate of mortality from cancer among the adoptees"[178].

La meilleure façon de conclure cette partie sur l'enfance et le cancer nous provient de Faller. Si les causes physiques, en ce qui concerne le cancer du sein, demeurent majoritairement inconnues (70 à 75%) de façon si évidente cela nous amène à la dimension centrale que représente le stress et les problèmes émotionnels qui seraient possiblement en lien avec le développement de ce cancer :

---

177 C.B. Thomas et K.R. Duszynski, cité par EYSENCK, H.J., "Anxiety, learned helplessness and cancer : A causal theory", *Journal of anxiety disorders,* vol. 1, p. 86.

178 S. Steingraber, *Living downstream - An ecologist looks at cancer and the environment,* USA, Addison-Wesley publishing company, 1997, p. 251.

> Among breast cancer patients, attributions to stress and emotional distress or problems in the family are more central. This finding reflects the lack of obvious physical causes of breast cancer[179].

Lors de notre participation à la Conférence mondiale sur le cancer du sein, à Kingston, nous avons pu nous rendre compte à quel point tout ce qui touche la question affectivo-relationnelle est évitée. Tous les regards et les efforts sont tournés sur la pollution, l'hérédité, la diète, etc. Pourtant tous ces facteurs de risque confondus totalisent au plus 30% des cas de cancer du sein. Une des raisons probables que la dimension affectivo-relationnelle soit tabou à un tel point est, croyons-nous, le fait que de faire intervenir la dimension psychologique comme possible dans la genèse d'un cancer a pour effet de culpabiliser le ou la patiente. Batt, reprenant les paroles de l'écrivain Susan Sontag déclare :

> Les théories psychologiques de la maladie constituent un moyen puissant de rejeter la faute sur le malade, écrit-elle. Lui expliquer qu'il est, sans le savoir, la cause de sa maladie, c'est aussi ancrer en lui l'idée qu'il l'a méritée[180].

Il est clair, dans notre esprit, que la dimension psychologique ne conduit absolument pas à la notion de culpabilité : personne n'est responsable de ses origines, par conséquent personne n'est responsable du cancer qu'il a pu développer. Cette personne n'a donc pas à se

---

179 H. Faller, S. Schilling, H. Lang, "Causal attribution and adaptation among lung cancer patients", *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 39, nº 5, 1995, p. 625.

180 S. Sontag, cité dans S. Batt, *À bout de patience - Les enjeux de la lutte au cancer du sein*, Montréal, Les éditions du Remue-Ménage, 1998, p. 203.

culpabiliser. D'ailleurs, ce simple fait de lier cancer du sein et stress psychologique (culpabilité) constitue, selon Holland et Rowland, déjà un stress en soi :

> In a study of what women attributed to having caused their breast cancer, Taylor, Lichtman and Wood (1984a) found that 41% of their well-educated sample felt that they were responsible for the development of the disease, and that stress was a major contributor in its development[181].

Nous croyons que questionner cette dimension psychologique au plan affectivo-relationnel c'est aussi questionner ses origines. Or questionner ses origines et ses modes d'être antérieurs peut être parfois très insécurisant parce qu'en faisant l'éclairage sur certains faits on peut être placé face à des choix insoutenables au plan psycho-affectif. Il est compréhensible que la personne atteinte de cancer s'occupe du somatique avant toute chose parce qu'en fait le corps est fondamental, sans être premier, en ce qui concerne l'existence : pas de corps pas d'existence.

1.1.1.3.3 Type de personnalité

En ce qui concerne le type de personnalité plusieurs thèses sanctionnent qu'il y a des liens entre cancer et type de personnalité :

> The findings described a personality in which there was a tendency to repress and deny emotions (LeShan, 1959; Bahnson and Bahnson, 1996), and to have poor expression of emotions, especially negative ones (Greer and Morris, 1975; Kissen, 1967;

---

181 J.C. Holland et J.H. Rowland, *Handbook of Psycho-oncology - Psychological care of the patient with cancer,* New York, Oxford University Press, 1989, p. 201.

> Cox and Mackay, 1982; Todd and Magarey, 1978). Many clinicians have felt that the picture of a repressed, cooperative, uncomplaining person wa typical of many cancer patients in general... These early findings of a repressed expression of emotions in cancer contributed to the construct developed by Temoshok of a type C personality bearing these characteristics (Temoshok and Heller, 1984)[182].

Selon Tatossian[183], les personnes atteintes de cancer ne manifestent guère de tendance au développement de la vie intérieure dans un sens spirituel et éthique. Toujours selon l'auteur l'internalisation mène à la honte et au désespoir. Bref, la capacité d'autoquestionnement voire de prise de conscience serait faible chez la personnalité cancéreuse[184]. Eysenck, à travers de nombreuses études rétrospectives, en arrive à la conclusion que les personnes qui développeront ultérieurement un cancer démontrent généralement un manque d'autonomie associé à une forte dépendance en lien avec des objets d'autres personnes ou certains objectifs idéalisés. Lanouzière[185] rappelle que dès 1957, Bard considérait que la dépendance, définie comme inaptitude à se libérer de la tutelle maternelle, pouvait constituer un facteur prédictif possible dans le cancer du sein. La capacité de se laisser questionner sur leur existence et leurs comportements s'en trouve donc diminuée d'autant.

---

182 J.C. Holland et J.H. Rowland, *Handbook of Psycho-oncology - Psychological care of the patient with cancer*, New York, Oxford University Press, 1989, p. 714.

183 A. Tatossian, «Les structures existentielles chez les cancéreux», *Revue de médecine psychosomatique*, vol. 20, n° 2, 1977, p. 136.

184 À noter ici que la capacité d'autoquestionnement *(insight)* est à la psychologie ce que la capacité spirituelle est à la théologie.

185 J. Lanouzière, «Dépression et cancer du sein - Revue critique», *Revue de médecine psychosomatique*, n° 3, tome 23, 1981, p. 294.

> In our studies of disease-prone persons (i.e. persons who later on develop cancer) we observed that lack of autonomous self-regulation was often associated with strong dependence on particular objects, such as other people, goals, or circumstances, and also specific thoughts and self-evaluative behaviours. Such evaluations constitute the cognitive aspects of the neurotic disorder, are associated with the depression experienced, and can dramatically inhibit the natural tendency of the individuals to guide their behaviour in the light of its probable consequences[186].

Ainsi Schraub, avec d'autres, en arrivent à classifier le type de personnalité de la personne cancéreuse soit une personnalité de type C :

> Il s'agit, comme l'ont déjà signalé d'autres auteurs comme Kissen, de sujets résignés, réprimant leurs émotions, nouant de moins bonnes relations avec l'entourage. Ils parlent alors d'une personnalité C comme on a décrit une personnalité A, sujet ambitieux, agressif, pressé par le temps, prédisposé aux maladies coronariennes, etc[187].

Or, O'Leary rappelle que, selon Temoshok, la personnalité de type C, caractérisée par la suppression de l'expression des émotions, serait associée à une défense immunologique contre le cancer diminuée et par voie de conséquence, avec un pronostic de guérison affaibli :

> Temoshok *et al.* hypothesized that the Type C personality, characterized by the tendency to suppress the expression of emotion, would be associated with diminished immunologic defense against the cancer and with poorer prognosis. Temoshok *et al.* measured Type C personality by using a structured interview in which the subject was asked to describe

---

186 H.J. Eysenck et R. Grossarth-Maticek, "Creative novation behaviour therapy as a prophylactic treatment for cancer and coronary heart disease : part II - effects of treatment", *Behaviour Research and Therapy*, vol. 29, n° 1, 1991.

187 S. Schraub, *Op. cit.*, p. 1259.

> recent events during which specific emotions were experienced. The interviews were rated in terms of subjects' emotional, behavioral, physical, and cognitive reactions to the events. It was indeed found that reduced expression of emotion was associated with more rapid tumor mitosis and poorer infiltration of lymphocytes at the site of the cancer, and with greater tumor thickness, all indicators of poorer prognosis in cutaneous malignant melanoma[188].

Ce lien, expression des émotions, état désespéré chronique et cancer est également révélé par Holland et Rowland :

> The type C person develops blocked expression of emotions and chronic but masked hopelessness. This enduring pattern could contribute to adverse cancer outcome through immune and hormonal pathways[189].

Pour certains, tel Eysenck[190], cette personnalité correspond au type 1 soit la passivité face aux stimulations stressantes venant de l'extérieur. Regardons comment Eysenck définit ce qu'il nomme le type 1 :

> Their reactions are dependant to such a degree on the behaviour of a particular person that autonomous self-regulation is made impossible. Such people live in the conviction that they themselves are incapable of achieving need-satisfying situations and reactions through alteration of their own behaviour, or of

---

188 L. Temoshok cité dans O'Leary, A., "Stress, emotion and human immune function", *Psychological bulletin*, vol. 108, n° 3, 1990, p. 373.

189 J.C. Holland et J.H. Rowland, *Handbook of Psycho-oncology — Psychological care of the patient with cancer*, New York, Oxford University Press, 1989, p. 722.

190 H.J. Eysenck et R. Grossarth-Maticek, "Creative novation behaviour therapy as a prophylactic treatment for cancer and coronary heart disease : part I - Description of treatment", *Behaviour Research and Therapy*, vol. 29, n° 1, 1991, p. 4.

> finding any satisfying significance in their life. The objects of their desire appear all-powerful as a condition for their well-being or lack of well-being, while the contribution of autonomous behavioural patterns for the achievement of personal satisfaction is disregarded. It is this passivity in the face of stressful stimulation from the outside which constitutes the essential personality feature of the cancer-prone individual (Type 1).

Ainsi, selon Eysenck deux facteurs contribuent à ceci. En effet, plusieurs études prospectives ont établi des corrélations entre cancer/ a) répression des émotions; b) état désespéré (hopelessness), et c) impuissance (helplessness). Conjointement ces deux facteurs a) et b) contribueraient à environ 50% des cas de cancers étudiés par Eysenck.

> The major two personality traits which have been traditionally linked with cancer, and which have also emerged as showing high correlations with cancer in our prospective studies, have been (1) the repression of emotions, such as anger and anxiety, and an inability to show these emotions. The term 'repression' is here used in a non-Freudian sense, to indicate merely that strong feelings experienced by the person do not find expression either verbally or in overt conduct. (2) Failure to cope with stress and feelings of hopelessness-helplessness and depression in response to interpersonal stress, leading to an inability to find appropriate coping mechanisms to deal with the problems involved. Jointly, these two factors contributed something like 50% to the prediction of cancer in our prospective studies[191].

---

191 H.J. Eysenck et R. Grossarth-Maticek, *Op. cit.*, pp. 1-2.

1.1.1.3.4 Stress et émotions

Avant d'aborder la question du stress il importe d'en donner quelques notions. D'abord, sachons que nous parlerons ici de stress psychologique. Ce dernier se distingue du stress physique comme la privation de nourriture par exemple. La seconde différence est qu'il faut distinguer entre stress aigu et stress chronique. Selon Eysencken, en cancérologie, un stress aigu (ex. : décès du conjoint) est un stress qui a un effet immunosuppresseur donc en lien avec le cancer alors qu'un stress chronique (ex. : détresse maritale) produit l'effet contraire en ce sens qu'il a un effet d'inoculation :

> The differenciation between acute stress and chronic stress is very important. It is *acute* stress which has immunosuppressive effects, and is associated with the development of cancer; *chronic* stress has been shown in several studies and experiments to have the opposite effect, possibly giving rise to what I have called the "inoculation effect" (Eysenck, 1983, 1984a, 1984b)[192].

Cet effet d'inoculation, permanente chez les rongeurs, ne le serait toutefois pas chez l'humain. À ce sujet Kiecolt-Glaser sont catégoriques :

> In addition, individuals who are chronically distressed may also be at greater risk for infectious disease because of longer-term immunological changes. While there is some evidence that chronic physical stressors may produce immunological adaptation or even enhancement of immune function in rodents (Monjan & Collector, 1977), we find that more chronically

---

192 H.J. Eysenck, "Anxiety, learned helplessness and cancer : A causal theory", *Journal of anxiety disorders,* vol. 1, 1987, p. 91.

> stressed groups appear to have poorer immune function than well-matched comparison subjects. Thus, in contrast to rodent research, prolonged or chronic psychological stress in humans does not appear to lead to adaptation to the level of matched comparison subjects (Kiecolt-Glaser *et al.*, 1987; Kiecolt-Glaser, Glaser, Strain, Stout, Tarr, Holliday, & Speicher, 1986; Schaeffer, McKinnon, Baum, Reynolds, Rikli, Davidson, & Fleming, 1985)[193].

Selon notre compréhension un rat de laboratoire n'a pas la notion de la temporalité telle qu'un humain. La notion d'existence, de *Dasein*, s'applique uniquement au genre humain. Cela expliquerait, à notre point de vue, la différence constatée dans la capacité d'adaptation des rongeurs. D'ailleurs, dans l'édition du *Times* du 18 mai 1998 le docteur Richard Klausner, directeur du *National Cancer Institute des États-Unis,* déclarait au *Los Angeles Times :*

> "The history of cancer research has been a history of curing cancer in the mouse [...]. We have cured mice of cancer for decades — and it simply didn't work in people[194]".

Judah Folkman, chercheur en cancérologie, déclare quant à lui : *"If you have cancer and you're a mouse, we can take good care of you*[195] *".*

Jean-Michel Bader nous mentionne que le stress aigu est presque purement neurosensoriel et nerveux. Dès l'alarme d'un danger donné par les sens, le cerveau donne une réponse hormonale stéréotypée toute prête. Les hormones du stress, l'adrénaline entre autres,

---

193 J.K. Kiecolt-Glaser *et al.*, cité dans Carstensen, L. et Nede, J.M., *Mechanisms of Psychological influence on physical health,* New York, Plenum Press, 1989.

194 R. Klausner, cité par Gorman, C., "The hope & the hype", *Time,* vol. 151, n° 19, p. 14.

195 J. Folkman, cité par Gorman, C., "The hope & the hype", *Time,* vol. 151, n° 19, p. 14.

décuplent momentanément l'énergie disponible (oxygène, sucres, autres hormones telles que les hormones orchestrant le métabolisme), et permettent une conduite d'évitement ultra-rapide par le jeu des muscles commandés par la volonté pour se sauver du danger.

> En revanche, en cas de stress chronique, d'autres hormones viennent s'ajouter à ce concert neurosensoriel : le corps se met à produire de grandes quantités de corticoïdes. Ce sont justement ces hormones qui tueraient les neurones à petit feu[196].

Nous référons à Riley pour comprendre l'importance du rôle des corticoïdes :

> The primary harm that corticoids cause when in high concentrations is damage to lymphocytes and thymus elements that are essential for optimum cell-mediated immune defenses and possibly for effective immune surveillance involving NK cells when cancer cells are involved[197].

Selon Hotopf et Wessely, le moindre stress a une influence sur le système immunitaire :

> In summary, there is some evidence to suggest that even comparatively minor stresses are associated with changes in immune function. Most of this evidence suggests that stress has a net effect of attenuating immune responses[198].

Toutefois, nous devons garder à l'esprit que le degré ou la force d'un stress est toujours relative. Ainsi, un stress plaisant pour l'un peut devenir déplaisant pour l'autre. Dans ce sens, Rogers déclare :

---

196 J.M. Bader, «Le stress met les neurones à mort», *Science et vie*, s.d., 1991, p. 52.

197 J.C. Holland et J.H. Rowland, *Handbook of Psycho-oncology — Psychological care of the patient with cancer,* New York, Oxford University Press, 1989, p. 201.

198 M.H. Hotopf et S. Wessely, "Viruses, neurosis and fatigue", *Journal of psychosomatic research*, vol. 38, n° 6, 1994, p. 501.

> [...] in human beings, the same "stressful" stimulus may produce two widely varying responses. Human beings are exquisitely sensitive to the symbolic meaning of various stimuli which are not physically traumatic, for example, words conveying the death of a child. What is stressful to one person may be a source of pleasure to another[199].

Cette distinction sur la subjectivité d'un stress, le fait que tel stress soit plus signifiant pour une personne que pour une autre, est également partagée par Eysenck :

> The point that stress cannot be objectively defined in terms of situations only, but always in relation to the reaction to the stress of the organism (strain), has been emphasized by Eysenck (1985a). Identical environmental situations can be stressful for one person, rewarding for another[200].

Selon Eysenck, l'idée d'un lien stress/cancer est soutenu depuis longtemps. Toutefois, ce n'est que récemment que des recherches ont fourni des faits sans équivoque à cet égard. Eysenck cite plusieurs vastes études prospectives qui ont démontré que la personnalité et le stress étaient des déterminants prédictifs plus grands que la cigarette ou d'autres facteurs semblables :

> It has long been held that personality and stress are contributory factors leading to the development of neoplastic disorders (Baltrusch, Austarheim & Baltrusch, 1963/1964; Lermer, 1982; Schwarz, 1987) and recent work has given strong factual support

---

199 M. P. Rogers, D. Duley, P. Reich, "The influence of the Psyche and the Brain on immunity and disease susceptibility : a critical review", *Psychosomatic Medicine,* vol. 41, n° 2, 1979, pp. 153-154.

200 H.J. Eysenck, "Anxiety, learned helplessness and cancer : A causal theory", *Journal of anxiety disorders,* vol. 1, 1987, p. 88.

> to this hypothesis (Eysenck, 1984, 1985). Large scale prospective studies have shown that personality and stress are indeed powerful determinants of the later development of cancer, and that smoking and other similar factors are much less predictive (Eysenck, 1987a, b, 1988a, b, 1990, 1991; Grossarth-Maticek, Eysenck & Vetter, 1988; Grossarth Maticek, Frentzel-Beyme & Becker, 1984; Grossarth-Maticek, Kanazir, Schmidt & Vetter, 1982, 1985; Grossarth Maticek, Kanazir, Vetter & Schmidt, 1983)[201].

Ainsi, il est démontré à travers de nombreuses études que le développement du cancer augmente significativement en fonction d'un stress accompagné d'un fort sentiment d'impuissance *(helplessness)*. Dans une vaste revue de littérature à ce sujet Sklar et Anisman ont présenté nombre d'études supportant cette idée :

> Sklar and Anisman cited a substantial literature to support the idea that cancer growth may be significantly augmented by stress and a sense of helplessness[202].

1.1.1.3.5 Événement de vie (épreuves)

Le cycle de vie comporte certains stades propres au développement de la personne. Que ce soit selon Freud, Dabrowski, Erickson et de nombreux autres nous avons, tous et chacun, à traverser ces stades au cours notre développement. En voici quelques-uns : oralité, analité,

---

201 H.J. Eysenck et R. Grossarth-Maticek, "Creative novation behaviour therapy as a prophylactic treatment for cancer and coronary heart disease : part I - Description of treatment", *Behaviour Research and Therapy*, vol. 29, n° 1, 1991, p. 1.

202 L.S. Sklar et H. Anisman, cité par CALABRESE, J.R.; KLING, M.A.; GOLD, P.W. "Alterations in immunocompetence during stress, bereavement, and depression : focus on neuroendocrine regulation", *Am. J. Psychiatry*, vol. 144, n° 9, 1987, p. 1123.

phase oedipienne, puberté, adolescence, menstruation pour la jeune fille, mariage, premier enfant, ménopause pour la femme, retraite, etc. Si pour plusieurs ces stades ou étapes de vie se vivent assez bien, pour d'autres, elles peuvent se transformer en épreuves importantes. À cela s'ajoutent les fatalités de la vie, ces épreuves que le sort nous réserve, auxquelles certains échappent. Nous pensons ici à la perte d'un parent en bas âge, le suicide d'un frère, la perte d'un enfant, etc. Si certaines étapes de vie peuvent devenir épreuve, certaines épreuves peuvent devenir elles, des étapes importantes; positivement ou négativement.

En ce qui concerne la question du lien entre épreuve et cancer, Eysenck nous cite celle d'un pionnier en la matière, LeShan :

> One of the pioneers, Lawrence LeShan studied more than 400 cancer patients during the 1960s. After spending an enormous amount of time in psychotherapy with each of 71 patients, he found that approximately 72 percent had lost an important relationship before their cancers appeared[203].

Pennebeker, fort bien connu en cancérologie, nous rappelle qu'il existe une vaste documentation au sujet d'individus qui, ayant subi un bouleversement majeur dans leur vie, tel le décès d'un conjoint, sont plus vulnérables face à une variété de maladies tant mineures que majeures. Toujours selon Pennebeker, *"An important predictor of illness is the way in which individuals cope with traumatic experiences[204]"*. Wortman, pour le compte de l'American

---

203 L. LeShan, cité par EYSENCK, H.J., "Anxiety, learned helplessness and cancer : A causal theory", *Journal of anxiety disorders,* vol. 1, 1987, p. 87.

204 J.W. Pennebaker, J.K. Kiecolt-Glaser, R. Glaser, "Disclosure of traumas and immune function : Healt implications for Psychotherapy", *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* vol. 56, n° 2, 1988, p. 239.

Psychological Association, émet une opinion semblable :

> We question the value of the stress and coping model that is so widely applied in current research on the impact of stress. Drawing from our own findings as well as the studies of others, we have begun to develop an alternative theoretical perspective. We believe that individuals' appraisals of and reactions to stressful life events are importantly influenced by their philosophical perspective on life or their view of the world. Events that can be incorporated into a person's view of the world may cause little disequilibrium and resultant distress; those that shatter a person's view of the world may cause intense distress and result in subsequent health problems[205].

Pour Wortman, la façon de réagir face à une épreuve est influencée par la perspective philosophique sur la vie ou la vision du monde de l'individu. Cette constatation de Wortman revêt un caractère primordial en ce qui a trait à la présente recherche compte tenu que l'approche préconisée est celle de l'analyse existentielle de Boss, elle-même reliée à la philosophie existentielle de Martin Heidegger. Heidegger, pour qui la vision du monde de chacun, sa façon d'être-dans-le-monde, est unique et toujours fonction de son historicité personnelle, de son être-été (passé), de l'humeur *(mood)*. En ce qui concerne le cancer du sein il appert que la manière de réagir face à de tels événements est capitale dans l'apparition de cette maladie. Selon Schraub :

> En résumé, on peut donc affirmer que le nombre d'événements stressants, considéré isolément, ne semble pas accroître le risque d'apparition du cancer du sein[206].

---

205 C.B. Wortman *et al.*, "Stress, coping, and health : conceptual issues and directions for future research", dans AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, *Hostility coping & Health*, Washington D.C., Howard S. Friedman éditeur, 1992, p. 229.

206 Schraub, S., *Op. cit.*, p. 1259.

1.1.1.3.6 Déni et inhibition comme réaction à l'épreuve

Cooper et Faragher mentionnent que les femmes développant un cancer du sein ont tendance, plus que la norme, à se refermer sur elles-mêmes, à être incapables à gérer adéquatement leurs émotions, plus particulièrement la colère :

> Women developing breast cancer tend to have an inability to discharge or deal appropriately with their emotions, particularly anger or aggressiveness; they tend to conceal and bottle up their emotions (Pettingale *et al.*, 1984; Cella & Holland, 1988). Higher than average levels of introversion have also been noted by many authors.
>
> The women diagnosed as having cancer tended to use strategies such as avoidance/denial and to internalize their problems. They appeared generally reluctant to seek out support from family and friends, or to find some outward expression of their emotion through strategies such as tearfulness. Instead, they preferred to bottle up their emotions and to induce a state of self-imposed personal isolation[207].

Plus précisément, Cooper et Faragher mentionnent qu'en lien avec le cancer du sein, les femmes qui ont vécu un événement qu'elles ont perçu comme ayant un impact majeur dans leur vie, ont un risque significativement élevé d'avoir un diagnostic de cancer du sein : *"The risk was further aggraved if the individual tended to cope with the loss by «denial» methods[208]"*. Les patientes de cancer du sein semblent éprouver une certaine difficulté à gérer la situation, dans le sens d'en garder le contrôle, face à des conditions stressantes donc à être sujettes à plus

---

207 C.L. Cooper, et E.B. Faragher, "Psychosocial stress and breast cancer : the inter-relationship between stress events, coping strategies and personality", *Psychological medicine,* vol. 23, 1993, p. 655.

208 C.L. Cooper et E. B. Faragher, *Ibid.*, p. 660.

d'anxiété laquelle d'ailleurs demeure supprimée. Le fait qu'elles obtiennent un haut pointage à l'échelle anti-émotionnelle est un très important facteur prédictif de développement d'un cancer et cela indépendamment des risques physiques. Ce fait est confirmé par Malatesta :

> Cancer patients, as a group, are said to be emotionally over-controlled. Breast cancer patients have been found to experience more anxiety than controls under experimental stress conditions, but tend to inhibit their response more (Watson, Pettingale & Greer, 1984). A number of studies also indicate that breast cancer patients especially control the overt expression of anger (e.g., Watson *et al.*, 1984). A large-scale prospective study (Grossarth-Maticek, Bastianns & Kanazir, 1985) found that a high score on anti-emotionality, a factor related to suppression of aggression, was highly predictive of the development of cancer, independent of physical risk factors[209].

Le lien entre personnalité cancéreuse et inhibition des émotions a été également confirmé par Temoshok :

> In another study conducted in the early 1980s, Lydia Temoshok — a psychologist at the University of California at San Francisco — performed psychological assessments of 150 middle-aged melanoma patients to study the link between cancer and personality traits. Her findings showed that a large number of these patients did not express negative emotions. Even in the face of cancer, they maintained an even temperament — almost never venting their anger, sadness, depression, or fear[210].

---

209 C.Z. Malatesta, "Differential Emotions model for the study of Health and Illness. Processes in aging", dans CARSTENSEN, L.L. et NEALE, J.M., *Mechanisms of Psychological Influence on Physical Health,* New York, Plenum Press, 1989, p. 118.

210 L. Temoshok, cité par EYSENCK, H.J., "Anxiety, learned helplessness and cancer : A causal theory", *Journal of anxiety disorders,* vol. 1, 1987, p. 87.

Certaines études, telle celle de Kavan, ont démontré que le risque de cancer était plus probant chez ceux qui utilisent le déni, la répression de la colère et l'évitement des conflits dans le but de sauvegarder une certaine image. Or, toujours selon cette étude, l'utilisation du déni est un facteur de risque plus présent chez la femme que chez l'homme.

> The Melbourne Colorectal Cancer study [5] interviewed subjects with a newly confirmed diagnosis of colorectal cancer and found a relationship between colorectal cancer and a "personality profile" that includes repression, denial, nonexpression of anger, social desirability, conflict avoidance, and the suppression of reactions that may offend others. The denial of anger was a more pronounced risk factor for women than for men[211].

Les commentaires suivants de Cooper et Faragher[212] sur le déni sont fort révélateurs. C'est dans le but de protéger un certain idéal existentiel que certains individus ont développé cette tendance au déni de l'existence de certains problèmes en empêchant toute réaction émotive de faire surface. Dans un tel contexte, d'affirmer Cooper et Faragher, même l'aide thérapeutique dont ils auraient besoin est compromise par le déni parce que partager dans le contexte thérapeutique serait se placer devant la possibilité de briser l'idéal existentiel qu'ils tendent à sauvegarder.

> Possibly in an attempt to protect their self-made, "cocoon-like" existence out of the mainstream of life, such individuals appear to have a tendency to "deny" that the problem exists, and to bottle up their emotional reactions to what is happening to them.

---

211 M.G. Kavan, B.E. Engdahl, S. Kay, "Colon cancer : personality factors predictive of onset and stage of presentation", *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 39, n° 8, 1995, p. 1032.

212 C. L. Cooper et E.B. Faragher, *Op. cit.*, 1993, p. 661.

> As a consequence, the help and counselling they require is denied to them. Such behaviour is certain to put an increased burden on the body's natural resources; as a consequence of this, the functional ability of the autoimmune system may be temporarily compromised, leading to an acceleration in the development of a malignancy.

Nous savons que des sentiments non exprimés se transforment en ressentiment (re = mouvement arrière). Ainsi, la colère non exprimée se transforme-t-elle en colère chronique c'est-à-dire qui perdure et s'accumule dans le temps. Elle se transforme en hostilité. Une étude de Mara Julius[213], *The Tecumseh Community Health Study*, démontre que les femmes qui supprimaient leur colère face à leur conjoint avait deux fois plus de risque de mortalité. Regardons maintenant comment la colère peut agir physiologiquement sur l'individu. Selon Stockals[214], le lien entre colère chronique et nombre de maladies a depuis longtemps été établi en matière de recherche psychologique et de santé en général. Bien avant, Cannon[215] et Selye[216] avaient élaboré sur cette question. Plus récemment, certains liens ont été établis avec le cancer. Selon Johnson, *"Anger-particularly when manifested as chronic hostility - has recently been linked with]...] malignant neoplasms, and death from all causes combined*[217]*."* Le lien déni/colère refoulée/cancer est donc un fait démontré. Eysenck est catégorique :

---

213 M. Julius, cité par University of California, Berkeley Wellness Letter, "How anger affects your health", *Wellness Letter*, vol. 9, 1992, p. 4.

214 D. Stockals, "Conflict-Prone and conflict-resistant Organisations", dans American Psychological Association, *"Hostility coping & Health"*, Washington D.C., Howard S. Friedman éditeur, 1992, p. 66

215 W.B. Cannon, *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage*, Boston, Brandford, 1953.

216 H. Selye, «Stress sans détresse», *La Presse*, Montréal, 1974.

217 E.H. Johnson, *The Deadly Emotions - The Role of Anger, Hostility and Agression in Health and Emotional Well-being*, New York, Praeger, 1990, p. 55.

> ... medical research has no task more urgent than the search for a new more broadly human approach to its objects of study, the existence of man[218].

La colère est une réponse psycho-physiologique induite par des situations sociales. En ce qui nous concerne ces «situations sociales» ont lieu parce que nous sommes être-avec-autrui et ce, continuellement et inévitablement depuis nos origines. Toujours selon Johnson :

> Anger is conceptualized as a psychophysiologic response (involving negative feeling states, antagonistic thoughts, and heightened physiological activation) that is induced by social situations wherein the individual perceives (1) a loss or threat of loss of (2) something felt to be possessed (rights, job, marriage, or physical objects), through (3) perceived arbitrary and unfair and unjustifiable acts by others (person, group, or society)[219].

Comment la colère agit-elle? La réponse, simple et précise, nous provient de Jonhson :

> This pattern consists of an elevated blood pressure, increased pumping of blood by the heart along with shunting of blood to the skeletal muscles, and increased secretion of epinephrine, norepinephrine, and cortisol. [...] High levels of anger conflict associated with the defense-reaction pattern could also be related to depressio of immune function (e.g., NK cell activity), where the end result would be a reduced ability to reject tumors[220].

---

218 H.J. Eysenck, "Anxiety, learned helpness and cancer : A causal theory", *Journal of anxiety disorders*, vol. 1, 1987, p. 11.

219 E.H. Johnson, *Op. cit.*, p. 12.

220 E.H. Johnson, *Ibid.*, p. 55.

La colère est une réponse psychologique logique parce que nous sommes sociaux; en termes heideggeriens nous sommes être-de-relation. Qui plus est, c'est la dimension sociale de notre existence qui peut susciter l'état colérique. Dans une telle situation, dépendamment de la perception et de la réaction face à l'événement stresseur par l'individu, le corps actualisera physiologiquement l'«incapacité» psychologique à gérer adéquatement la situation conflictuelle et ce jusqu'à voir son système de défense immunitaire être rendu inefficace dans son habileté à rejeter une tumeur.

1.1.1.3.7 Du désespoir (hopelessness)

Selon Eysenck[221], le désespoir *(hopelessness)* et la culpabilité surviennent, comme conséquences négatives, lorsqu'une certaine proximité physique désirée est empêchée dans sa réalisation. Toutefois, avant d'approfondir la pensée d'Eysenck, il nous faut poser quelques jalons. Ainsi, c'est dans ce contexte que l'affirmation suivante de Mélanie Klein se comprend assez bien : «la crainte de la perte de la mère, le premier objet aimé [plus précisément le sein maternel] contribue à créer le besoin de substituts[222].» Or, nous savons que tout substitut compensatoire peut, en certaines circonstances, se transformer en idéologie. Le phénomène idéologique, d'affirmer Ricoeur, est opératoire et non thématique : «C'est à partir d'elle que nous pensons [le monde] bien plus que nous pensons sur elle[223].» Ricoeur emploie une

---

221 H.J. Eysenck, *Op. cit.*, p. 6, 1991.

222 M. Klein *et al.*, Développements de la psychanalyse - Quelques conclusions théoriques au sujet de la vie émotionnelle des bébés - Sur la théorie de l'angoisse et de la culpabilité - En observant le comportement des nourrissons, Coll. "Bibliothèque de psychanalyse", 1e édition (2 e trimestre), 1966, p. 267.

223 P. Ricoeur, «Science et idéologie», *Revue philosophique de Louvain,* n° 72, 1976, p. 333.

expression fort intéressante dans notre contexte en disant que le «phénomène idéologique est la *mutation*[224] d'un système de pensées [ce que le nourrisson est incapable de faire][225] en un système de croyances». Dans cette perspective, Nietzsche[226] voyait juste en affirmant que l'idéal (produit de l'idéologie) était une fabrication de la faiblesse; ici la faiblesse naturelle du nouveau-né. La relation à la mère serait donc une situation primaire de production du spirituel si l'on en croit Guichard : «Ce n'est pas la conscience qui détermine la vie mais la vie qui détermine la conscience [notre ouverture sur le monde] par conséquent il n'y a pas d'histoire autonome d'idéologie[227].» Toujours selon Ricoeur :

> Sa fonction initiale [l'idéologie] est de perpétuer un acte fondateur initial sur le mode de la représentation passée donc d'où elle est interprétation du réel différent de la réalité (présente) et obturation du possible (futur)[228].

Comme la première enfance (0 à 1 an) est marquée par la dépendance à la mère (la mère-objet ou le sein-objet), il s'ensuit que si cette période est perturbée la dépendance sera à l'égard d'un idéal, d'une idéologie, d'un substitut compensatoire. L'opiacé endogène (endorphine) qui découle de la relation mère/enfant doit se réaliser quelle que soit la manière. Ainsi, la

---

224 C'est nous qui soulignons.

225 Le nouveau-né est en quelque sorte incapable de capacité spirituelle autonome. Selon Piaget il serait incapable de pensée hypothético-déductive.

226 F. Nietzsche, *La généalogie de la morale,* Présentation et commentaires : Jacques Deschamps, préface de Henri Briault, Coll. "Les intégrales de philo/Nathan", Paris, Les éditions Fernand Nathan, 1981, p. 105.

227 J. Guichard, "Le marxisme - Théorie et pratique de la révolution", Chronique sociale de France, 1972, p. 135.

228 P. Ricoeur, *Op. cit.,* p. 334.

dépendance primaire situationnelle existentielle se déplace dans le domaine du virtuel. Or, comme l'existence est agir concret, l'individu aura besoin d'objets ou de personnes concrètes pour réaliser son idéal, s'harmoniser à son idéologie donc «s'équilibrer» et cela peu importe la dépendance.

Selon Eysenck, la dépendance émotionnelle aux autres conduit la personne dépendante à leur accorder, de par la structure symbiotique prévalente, une signification de toute-puissance. Si cette symbiose est menacée il s'ensuit le désespoir *(hopelessness)*, l'agitation, l'impuissance *(helpnessness)* et l'anxiété :

> This dependence on emotionally important others leads these externally regulated individuals to develop needs of great emotional significance within the framework of a symbiotic conception of an all-powerful and all-needs-satisfying person determining the behaviour of a patient's passive personal reactions. If the object of the patient's needs declines to satisfy the patient's needs and wishes, hopelessness, agitation, helplessness and anxiety result[229].

Toujours selon Eysenck[230], il importe de nous rappeler que le désespoir et la dépression peuvent s'instaurer soit par le retrait progressif ou soudain de la personne ou de l'objet hautement valorisé. La position de Bahnson peut nous aider à comprendre comment la personnalité cancéreuse est marquée par une existence vécue sous un double aspect. Suite à certains événements traumatisants de l'enfance, dans la relation aux parents, l'enfant se doit de

---

229 H.J. Eysenck, *Op. cit.*, pp. 4-5.

230 H.J. Eysenck, *Ibid.*, p. 8.

compenser pour s'adapter «normalement», hormonalement (endorphines) lorsqu'il s'agit du foetus. Peu avant l'apparition de la maladie, la dynamique compensatoire, en lien avec les besoins insatisfaits, s'écroule. Ainsi, les conflits non résolus de l'enfance viennent influencer les relations interpersonnelles présentes. Le futur patient cancéreux s'était illusionné, bien involontairement, tout en réduisant d'autant ses possibilités existentielles :

> Future cancer patients increasingly narrow their life habits and finally reach a more and more rigid life pattern. *Bahnson* assumes finally that cancer patients lead two lives : a normal, realistic life pattern, oriented toward common sense, in which they fill their social roles in an unpersonal manner; and a second one, in which their wounded and hopeless self vegetates without relation to the social self. At the end there is a total lack of communication between these two parts of their personalities so that the state of hopelessness and despair becomes manifest. The two prospective studies of *Hagnell* (1966) and *Thomas and Duszynski* (1974) confirmed empirically *Bahnson's* propositions[231].

Réflexion intéressante que celle de Totassian lorsqu'il nous mentionne que LeShan (1966) voit dans le désespoir le trait dominant de l'existence cancéreuse et aussi, de façon plus hypothétique, l'un des facteurs pathogénétiques du cancer. Mais ce désespoir :

> est existentiel plutôt que psychologique et LeShan l'identifie au désespoir tel que Kierkegaard l'a décrit comme «maladie à la mort» de l'être humain. Ce désespoir ne porte pas sur des événements futurs dont le sujet craindrait la survenue ou la non-survenue : il est désespoir de soi-même, de qui il est et de qui il a été[232].

---

231 C.B. Bahnson cité par Grossarth-Maticek, R. *et al.*, "Psychosomatic factors in the process of cancerogenesis", *Psychotherapy and psychosomatics*, vol. 38, 1982, p. 285.

232 A. Tatossian, *Op. cit.*, p. 141.

Pour Johnson, l'individu dépressif souffre d'une vision diminuée (fausse illusion) de sa capacité à fonctionner dans le monde environnant. Dans un tel contexte, la dépression devient insupportable au point de se surcontrôler et de tout dénier : émotions, pensées, réactions : *"The person does his or her most to avoid unpleasantners and will make major concessions in order to avoid confrontations*[233]*."* En d'autres termes, la dépression appelle à la soumission.

Grossarth-Maticek nous informe que l'état dépressif conséquent au désespoir contribue à l'amplification du risque de succomber au cancer : *"It is further hypothesized that the longer the duration of this state, the greater risk of succombing to cancer*[234]*."* Kavan nous confirme également que plusieurs études ont été effectuées sur le lien cancer/dépression. Il cite, entre autres, celle-ci : *"Shekelle and colleagues reported that psychological depression increases the risk of death from cancer, irrespective of site or type."*[235] Ces dernières constatations de Grossarth-Maticek sont suffisantes pour accréditer la présente recherche dans le sens que la situation vécue par une femme atteinte du cancer du sein constitue un signal à l'effet que l'intervention psychothérapeutique pourrait peut-être changer le dénouement d'un diagnostic, lequel, autrement, serait irréversible et tragique. Voilà pourquoi le modèle psychothérapeutique que nous proposons peut être vu comme intégratif c'est-à-dire alliant esprit et corps.

---

233 E.H. Johnson, *Op. cit.*, p. 42.

234 R. Grossarth-Maticek, "Cancer risks associated with life events and conflict solutions", *Cancer detection and prevention*, vol. 7, 1984, p. 202.

235 M.G. Kavan, B.E. Engdahl, S. Kay, *Op. cit.*, p. 1031.

1.1.1.3.8 Mariage et cancer

Kiecolt-Glaser, entre autres, s'est intéressé au lien possible entre mariage insatisfaisant et système immunitaire.

> Furthermore, poorer marital quality has also been associated with poorer health; in a study by Renne (1971), unhappily married people reported poorer health than either divorced or happily married individuals of the same age, sex, and race[236].

Selon Kiecolt-Glaser, il y a de plus en plus d'études qui confirment qu'un support négatif, à travers le mariage, a un effet fortement dévastateur : *"The simple presence of others is not equivalent to a satisfaying relationship[237]."* Qui plus est :

> Women who were less satisfied with the quality of their marriages had poorer immune function (Kiecolt-Glaser *et al.*, 1987a). Relationships that are reliably associated with increased distress may also have a longer-term impact on immunity.

Toujours selon Kiecolt-Glaser, cette fois dans une autre étude :

> Poorer marital quality in the married cohort was a significant predictor of depression and poorer response on the functional immunologic assays. Data from Levinson and Gottman provide evidence of one physiologic pathway through which chronically abrasive relationships might mediate immune function[238].

---

236 J.F. Kiecolt-Glaser et R. Glaser, "Interpersonal relationships and immune function", dans CARS-TENSEN, L.L. et NEALE, J.M., *Mechanisms of Psychological Influence on Physical Health,* New York, Plenum Press, 1959, p. 52.

237 J.F. Kiecolt-Glaser, *Op. cit.*, p. 54.

238 J.F. Kiecolt-Glaser *et al.*, "Marital quality, marital disruption, and immune function", *Psychosomatic Medicine,* vol. 49, n° 1, 1987, p. 29.

Peu importe la façon dont le mariage agit sur le système immunitaire, Burman et Margolin[239] mentionnent que l'évidence du lien suffit pour justifier le fait que des interventions, dans le but d'améliorer la satisfaction maritale, sont très valables comme mesure en santé préventive.

1.1.1.3.9 Grossesse, avortement, menstruation et hormones

Selon certains chercheurs, la question du premier enfant pour une femme en est une d'importance. On a démontré qu'il y avait un lien significatif entre le premier enfant et le cancer du sein. En effet, selon le docteur Brind[240], des études démontrent que plus une femme a un enfant en âge avancée, ou, encore, si elle n'en a pas eu du tout, plus le risque de développer un cancer augmente. Cette position est d'ailleurs appuyée par Love :

> Pregnancy also appears to affect breast cancer risk. Women who have never been pregnant seem to be more at risk than women who have had a child before 30. And women who have their first pregnancies after 30 have a greater risk than women who have never been pregnant at all. The hormones of a pregnancy carried to terme will mature the breast tissue in a young woman. The same hormones after 30 may actually stimulate breast tissue that has already mutated by earlier carcinogenic exposure. Although unconfirmed though further research, some studies indicate that a pregnancy that ends in a miscarriage or abortion slightly increases the risk[241].

---

239 B. Burman et G. Margolin, "Analysis of the association between marital relationships and health problems : an interactional perspective", *Psychological Bulletin*, vol. 112, n° 1, 1992, p. 50.

240 J. Brind, "Induced abortions as an Independant risk factor for breast cancer. An updated Meta-Analysis", *World Conference on breast cancer*, Kingston, Ontario, 1997.

241 S. Love, *Op. cit.*, p. 193.

Love nous signale ici que l'interruption volontaire de grossesse (IVG) peut augmenter légèrement le risque de cancer du sein. Brind[242] soutient, quant à lui, qu'il y a un lien significatif direct entre le fait qu'une femme ait un ou des IVG et qu'elle développe un cancer du sein[243]. Par exemple, lorsque du diethylstilbesterol (DBS), oestrogène synthétique, est utilisé dans la prévention d'avortement spontané il a été démontré qu'il causait le cancer du vagin chez les filles des femmes ayant pris du DBS[244]. Selon Bahnson, le fait qu'une femme ait plus de risque de développer un cancer après un avortement confirmerait peut-être l'hypothèse à l'effet que le cancer serait une alternative à la psychose[245] :

> As Bahnson and Bahnson (1964) pointed out, we may consider cancer as an alternative to psychosis. Roughly speaking, the ratio of deaths by cancer in schizophrenic patients as compared with nonpatients is in the neighbourhood of 1:3, a proportion not to be accounted for in terms of smoking. We start out with the observation that certain personality variables (neuroticism, introversion, psychoticism) appear to protect humans against cancer, in the sense that they are found less frequently in people who develop cancer, and more frequently in those who do not, and seem to be protected against it.

---

242 J. Brind, *Op. cit.*

243 Le comportement animal peut parfois nous éclairer sur celui de l'humain. Prenons, en ce qui a trait à l'avortement, l'exemple de la loutre. Celle-ci s'accouple en avril ou en mai. Différée de plusieurs mois, l'implantation de l'embryon dans l'utérus ne s'effectue qu'en janvier ou février de l'année suivante. Le développement embryonnaire est ensuite très rapide et la femelle met bas en mars ou en avril. Un scénario semblable vaut également pour la martre et le pékan. Si la nature a été pauvre durant l'été elle avortera «plutôt» que de mettre au monde des petits condamnés d'avance à une mort presque certaine. Si la nature a été bonne le processus de grossesse s'enclenchera et elle accouchera dans les semaines suivantes. Nous savons que l'une des voies majeures d'entrée dans la schizophrénie chez la femme est justement à la naissance du premier enfant. Se pourrait-il, dans ce contexte, que l'avortement serait une forme d'adaptation pour continuer à être-dans-le-monde peu importe cette façon d'être? L'interruption volontaire de grossesse serait-elle une forme d'adaptation pour éviter la psychose, la mort ontologique? (Gouvernement du Québec, MLCP, *Piégeage et gestion des animaux à fourrure,* Québec, Collaboration APTI et la Direction générale des opérations régionales du MLCP, 1989).

244 S. Love, *Op. cit.*, p. 193.

245 C.B. Bahnson, cité par EYSENCK, H.J., "Anxiety, learned helplessness and cancer : A causal theory", *Journal of anxiety disorders,* vol. 1, 1987, p. 90.

La position de Bahnson est également soutenue par McDougall[246], pour qui les maladies psychosomatiques représenteraient une lutte pour la survie psychique. En ce qui concerne l'autisme par exemple, comme psychose infantile, Koupernik et Dailly[247] soutiennent que dans cette pathologie l'invariabilité ou la résistance face aux changements constitue une protection contre une situation intolérable. Cette invariabilité ou résistance serait pour les auteurs un symptôme *secondaire.*

La question de la grossesse nous conduit à la question des menstruations et de leur lien avec le cancer du sein. Selon la docteure Love[248], la clé semble être le temps qui s'écoule entre les premières menstruations et la première grossesse. Durant cette période les tissus du sein seraient très sensibles aux carcinogènes et les tissus seraient très sensibles à une mauvaise alimentation, à l'alcool et aux radiations. Nous savons qu'à chaque menstruation les ovaires fabriquent l'oestrogène laquelle circule dans le sang, passe au travers des tissus et organes pour éventuellement être métabolisée par des enzymes spécifiques et, avec l'aide du foie, être éliminée par l'intestin. Les cellules du vagin, de l'utérus et du sein contiennent une grande quantité de récepteurs d'oestrogène. Avec la présence d'oestrogène, elles se divisent. Ainsi, ovulation, maturation du sein, menstruation et grossesse sont rendus possibles par l'action de l'oestrogène.

---

246 J. McDougall *et al., Corps et histoire,* Coll. "Confluents psychanalytiques", Paris, Les Belles Lettres, 1986, p. 42.

247 C. Koupernik et R. Dailly, *Développement neuro-psychique du nourrisson,* Coll. "SUP", Paris, PUF, 1972, p. 371.

248 S. Love, *Op. cit.,* pp. 193-194.

Dans un autre ordre d'idées, cette fois en ce qui concerne l'aspect quantitatif des menstruations - leur fréquence dans une vie, le docteur Brind[249], se rapportant à certaines études, signale que plus le nombre de menstruations augmente, plus la quantité d'oestrogène impliquée augmente et plus les risques de cancer augmentent. Brind donne en exemple le cas du tamoxifène, bloqueur d'oestrogène. Lorsque le tamoxifène est administrée, certains résultats sont questionnants. Le tamoxifène, dans certains cas, est un réducteur d'oestrogène, comme au niveau du sein par exemple. Mais face à d'autres organes comme le foie, les os, l'utérus, il agit comme oestrogène d'où le risque d'effet contraire comme dans le cas du cancer de l'utérus par exemple. Selon la docteure Love :

> The most serious side effect of tamoxifen has recently been identified — uterine cancer. A large NSABP study looking at the use of tamoxifen has reported eight deaths from uterine cancer that developed in the women on tamoxifen. The risk is higher the longer the women are on the drug. This is not surprising, since the uterus is one of the places where tamoxifen acts like estrogen, and thus, like estrogen alone, can cause uterine cancer. For women who have had hysterectomies this isn't a problem, but it's a risk to others[250].

1.1.1.4 Cancer et thérapie

Bien des thérapies sont offertes aux personnes cancéreuses. Nous connaissons les thérapies traditionnelles principales : la chimiothérapie, la radiothérapie, la thérapie hormonale (ex. : le tamoxifène), la résonance magnétique nucléaire (NMR) et la chirurgie. En ce qui

---

249 J. Brind, *Op. cit.*

250 S. Love, *Op. cit.*, p. 432.

concerne les thérapies dites alternatives, citons par exemple : les diètes, vitaminiques ou autres, l'acupuncture, le rire, la méditation, la visualisation et la prière. Nous avons pu constater sans équivoque le lien entre facteurs psychologiques et système immunitaire. C'est dans cette perspective que la psychoimmunologie, comme nouvelle thérapie, prend de plus en plus d'ampleur. Rappelons-nous que selon Baker la psychoimmunologie étudie les effets des facteurs psychologiques sur le système immunitaire. De la psychoimmunologie est née la psychoneuroimmunologie.

Toutefois, en ce qui concerne la psychothérapie comme approche alternative face au cancer, le problème est de taille. Nous avons pu constater que pour certains, la personnalité des femmes atteintes de cancer du sein est marquée par une certaine difficulté à partager leurs émotions les plus profondes et cela à cause d'un sentiment d'impuissance *(helplessness)*. De plus, souffrir d'un trouble physique peut, pour certaines personnes, être plus «acceptable» qu'un trouble psychologique parce que cela est moins culpabilisant. À ce sujet, Hotopf et Wessely affirment que :

> [...] most patients prefer a viral as opposed to a psychological explanation for their symptoms, as this seems to protect against guilt, avoids the stigma of psychological disorder and preserves self-esteem[251].

---

[251] M.H. Hotopf et S. Wessely, "Viruses, neurosis and fatigue", *Journal of psychosomatic research*, vol. 38, n° 6, 1994, p. 506.

Selon O'Leary, si des phénomènes psychosociaux (négatifs) intervenaient sur le système immunitaire, il devrait donc être possible de développer des interventions psychosociales (positives) qui pourraient améliorer la fonction immunologique. La logique d'O'Leary, en apparence simpliste, rejoint la logique que nous supportons à l'effet que l'existence humaine est une totalité unifiée où le somatique, le psychologique et le spirituel sont trois modalités en interaction. Ainsi, si des facteurs psychologiques sont à la source de troubles immunitaires il s'ensuit que des interventions psychologiques adéquates pourraient améliorer le même système immunitaire :

> If psychosocial phenomena influence the immune system, it should be possible to design psychosocial interventions that improve immunologic functioning.
>
> Thus, with few exceptions, social disruption and loneliness appear to be associated with impaired immune function. Psychosocial interventions to increase social support for people lacking it may directly affect immunologically mediated health outcomes[252].

Bref, si des facteurs psychologiques agissent sur le système immunitaire, il devient possible de développer des modèles d'interventions psychologiques capables d'améliorer l'état du système immunitaire. La position de O'Leary est également partagée par Cooper et Faragher :

> Transient immunosuppression can be produced by heightened and sustained distress. Psychological resources such as supportive interpersonal relationships may influence the way individuals respond to stressful events, and thus may attenuate distress; in this way they may have an impact on associated changes in immune function, and ultimately on health[253].

---

252 A. O'Leary, *Op. cit.*, pp. 369-371.

253 C.L. Cooper et E.B. Faragher, *Op. cit.*, p. 624.

Selon Fawzy[254], plusieurs études récentes démontrent que des interventions psychologiques peuvent avoir un rôle à jouer dans l'amélioration de la santé. En ce qui a trait à des expériences concrètes à cet égard, Pennebaker[255] rappelle que de nombreuses études ont démontré que généralement la psychothérapie avait un impact très important sur les individus en ce qui a trait à l'utilisation ultérieure du système médical :

> In a summary of 15 studies published between 1965 and 1980, Mumford, Schlesinger, and Glass (1981) found that individuals who underwent psychotherapy evidenced a 13 % decrease in medical utilization relative to nonpsychotherapy control subjects. Similarly, in a review of 13 studies of mental health services that were introduced into organizations, Jones and Vishi (1980) found that psychotherapy was associated with a 20 % drop in medical utilization.

Nous fournissons ici une étude fort révélatrice quant à l'impact de la thérapie sur des personnes cancéreuses, Il s'agit d'une étude de Grossarth-Maticek fournie par Eysenck :

> Is it possible to use creative novation therapy in a prophylactic manner for cancer, as Rodin used the teaching of coping behaviour as a prophylactic treatment for stress in old age? In his Heidelberg prospective study, Grossarth-Maticek, Eysenk, Vetter, and Frentzel-Beyme (1986) used 91 high cancer-prone subjects, 45 of whom were treated by means of creative novation therapy as a prophylactic measure, while the other 46 received no such therapy. Table 3 shows the results. It will be seen that of

---

254 F. Fawzy *et al.*, "Malignant melanoma : Effects of an Early Structured Psychiatric Intervention, Coping, and Affective State on Recurrence and Survival 6 Years Later", *Archives of general psychiatry,* vol. 50(9), 1993, p. 641.

255 J.W. Pennebaker *et al.*, "Disclosure of traumas and immune function : Healt implications for Psychotherapy", *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* vol. 56, n° 2, 1988, p. 239.

> the patients who received behaviour therapy, none died of cancer, whereas of the control group 12 died. Altogether, 40 in the therapy group are still living, as compared with 25 in the control group. Overall, the difference is significant at the .001 level. These results obviously need replica-tion, but they do suggest that there is a causal link between personality-related behaviour patterns, their alteration by means of behaviour therapy, and liability to contract various types of diseases[255].

DEATHS FROM CANCER IN GROUPS TREATED PROPHYLACTICALLY BY BEHAVIOUR THERAPY, AND GROUPS NOT SO TREATED

	CANCER-PRONE GROUPS			
	Living	**Died**	**Died of other causes**	**Total**
Control Group	25	12	9	46
Therapy Group	40	0	5	45
Total	**65**	**12**	**14**	**91**

*** P < .001**

L'étude de Maunsell, au Québec, est fort révélatrice :

> Dans une étude prospective sur la survie après sept ans, Maunsell et coll. (1995) observent une amélioration de la survie chez les femmes qui ont pu trouver une «confidente» (c'est-à-dire quelqu'un avec qui elles ont pu partager leurs sentiments les plus profonds) dans les trois mois suivant le diagnostic. Il semble exister une relation dose-effet, le taux de survie après sept ans des femmes variant en fonction du nombre de confidentes de la manière suivante : 56,3 % pour les femmes sans confidente, 66,2 % pour celles ayant eu une confidente, 76 % pour celles ayant deux confidentes ou plus. De surcroît, on a observé un léger gain sur le plan de la survie pour les femmes qui se confiaient entre autres à un médecin ou à une infirmière, par rapport à celles qui ne comptaient pas de professionnel de la santé parmi leurs confidentes[256].

---

255 H.J. Eysenck, *Op. cit.*, pp. 95-96.

256 E. Maunsell, J. Brisson, L. Deschênes, Groupe de recherche en épidémiologie de la Faculté de médecine de l'Université Laval, «Cancer du sein : un confident peut prolonger la vie», *Journal du Québec*, vol. 29, n° 201, 1995, p. 35.

Pennebaker[257] a démontré que le seul fait d'écrire ses émotions avait un effet positif sur le système immunitaire.

Pour conclure cette section, nous nous joignons à Schraub[258] pour signaler les limites de la psychothérapie et, surtout, pour ne pas susciter l'idée que la psychothérapie est toujours envisageable. Selon Schraub, il est probable qu'une fois que les facteurs biologiques prédominent (cancers très évolués et peu sensibles aux traitements), l'influence psychologique est faible sur l'évolution d'une tumeur. Que ce soit Marty[259], Friedman[260], Grossarth-Maticek[261], Seligman, Rosellini & Kozak[262] ou Spiegel[263], un fait est certain : la psychothérapie doit faire partie de l'arsenal préventif.

---

257 J.W. Pennebaker, "Putting stress into words : health linguistic and therapeutic implications", *Behaviour Research and Therapy*, vol. 31, 1983, p. 540.

258 S. Schraub, *Op. cit.*, p. 1262.

259 P. Marty, «Dispositions mentales de la première enfance et cancers de l'âge adulte», *Psychothérapies,* vol. 4, 1988, p. 182.

260 H.S. Friedman et S. Booth-Kewley, "The «disease-prone personality» - A meta-analytic view of the construct", *American psychologist,* vol. 42, n° 6, 1987, pp. 539-555.

261 R. Grossarth-Maticek *et al.*, *Op. cit.,* 1991, p. 349.

262 M. Seligman, R.A. Rosellini, M. Kozak dans Eysenck, H.J., "Anxiety, learned helplessness and cancer : A causal theory", *Journal of anxiety disorders,* vol. 1, 1987, p. 89.

263 D. Spiegel, "Psychosocial Aspects of Breast Cancer treatment", *Seminars on Oncology,* vol. 24, n° 1, 1997, p. S1-42.

CHAPITRE DEUXIÈME

OBSERVATION ET PROBLÉMATISATION SPÉCIFIQUE CONCERNANT DOUZE FEMMES ATTEINTES DE CANCER - INFORMATION DE TYPE AUTOBIOGRAPHIQUE (RÉCIT DE VIE)

Nous avons préalablement établi que le cadre théorique, au niveau de la théologie pratique, de cette recherche serait le modèle praxéologique et que la méthode serait l'analyse existentielle. Ce deuxième chapitre vise à exposer comment les données ont été recueillies et traitées. Par la suite, nous jetterons un regard sur les grandes pointes qui peuvent en découler. Enfin, nous aborderons la question de la fidélité, de la validité ainsi que des limites de la présente recherche.

2.1 JUSTIFICATION DE LA MÉTHODE PHÉNOMÉNOLOGIQUE

2.1.1 Sur la question du qualitatif et de l'objectivité

Dans une recherche portant sur l'existence humaine, donc incluant la dimension spirituelle, peut-on vraiment aborder cette réalité autrement que par une approche qualitative? En préconisant un tel type d'approche, par «opposition» à l'approche quantitative, une recherche est-elle encore une recherche? Examinons d'abord ce qu'est une approche scientifique quantitative. En référant à Joshi (1908), Bachelor fournit une excellente définition de l'approche scientifique dite quantitative :

> L'approche scientifique cherche à *expliquer* les comportements en tentant d'en identifier les déterminants causals. La norme principale gouvernant la démarche explicative est celle de l'objectivité. Définie comme étant la minimisation de tout biais subjectif, l'objectivité scientifique s'exerce par le contrôle rigoureux des variables à l'étude. Celles-ci sont à leur tour déterminées par les critères d'observabilité (matérielle) et d'opérationnabilité. Tous ces éléments trouvent leur application dans la *méthode expérimentale,* qui exige la formulation d'hypothèses et leur vérification statistique. Cette méthode est caractérisée par une procédure visant à circonscrire, avant l'expérimentation, un certain nombre de variables hypothétiquement liées au phénomène étudié et à orchestrer l'influence d'investigation prédéterminée d'où doit découler, comme conclusion à la recherche, l'acceptation ou le rejet de telle ou telle explication du phénomène[264].

Premièrement, en ce qui a trait à la causalité nous avons établi que ce principe était, dans une approche reliée à l'analyse existentielle, inacceptable et que prévalait plutôt le principe de motivation relié à la temporalité et ce, tel que le conçoit Boss. En second lieu, il y a la question d'objectivité. Cette quête d'objectivité pure est-elle vraiment possible? Selon Boss, jamais, parce qu'en fait nous abordons tous la réalité avec une certaine conception du monde acquise. Or, admettre l'impossibilité d'une objectivité totale, n'est-ce pas également reconnaître, dans une certaine mesure, l'utopie de la recherche dite scientifique? C'est d'ailleurs ce que Boss confirme lorsqu'il dit :

> Car, avant toute science, il y a toujours une conception du monde, une idée, aussi vague soit-elle, de la nature des choses. Toutes les conquêtes scientifiques ultérieures ne font que la différencier et la préciser. Et jamais une *«Weltanschauung»* n'est le résultat secondaire, «objectif», d'une science sans a priori[265].

---

264 A. Bachelor et J. Purushottan, *La méthodologie phénoménologique de recherche en psychologie,* Québec, Les Presses de l'Université Laval, 1986, p. 21.

265 M. Boss, *Introduction à la médecine psychosomatique,* Paris, PUF, 1959, p. 6.

Cette première brèche dans l'idéal scientifique nous apparaît incontournable. Cela même si de nombreuses mesures sont effectivement prises pour respecter la norme d'objectivité. Dans le cadre de l'expérience scientifique, l'objectivité désigne une méthode impartiale ou une attitude qui, selon Deschamps, consiste à s'en tenir aux données objectives, à savoir celles qui sont contrôlables par les sens, «écartant de ce fait les données de l'expérience vécue[266].» Ces données objectives devront donc être mesurables et quantifiables alors que celles relevant de l'expérience vécue sont marquées par la subjectivité de celui qui raconte, qui se raconte. L'objectivité scientifique appelle un contrôle rigoureux des variables tant au plan de l'observation que de l'opérationnalisation. Cette clarification de Deschamps nous montre, on ne peut plus clairement, pourquoi nous justifions la méthode qualitative : parce que nous sommes en «recherche de sens», du sens que revêt le corps malade via tel organe dans une existence unifiée ou tri-dimensionnellement et que dans cette perspective les données de l'expérience vécue sont primordiales et incontournables.

Cette recherche s'inscrit dans le domaine des sciences humaines. Or, Granger est catégorique quant au danger qui guette la méthode scientifique et cela plus particulièrement au niveau des sciences humaines. C'est dans ce sens qu'il affirme que «... la voie dans laquelle s'engage la connaissance [scientifique] est celle de la réduction du qualitatif au structural[267].» Et Rollo May d'ajouter que :

---

266 C. Deschamps, *L'approche phénoménologique en recherche - Comprendre en retournant au vécu de l'expérience humaine,* Montréal, Guérin Universitaire, pp. 33-34.

267 G.G. Granger, *Pensée formelle et sciences de l'homme,* Coll. "Analyse et raisons", Paris, Aubier-Montaigne, 1967, p. 129.

> Plus un mécanisme donné est décrit avec détails et minutie, plus l'on perd de vue la personne vivante. *Plus complètement et minutieusement sont décrites les forces et les pulsions, plus l'on parle d'abstractions et moins de l'homme vivant et existant*[268].

Pour Boss, cela va de soi que ce que la science peut quantifier de l'humain ce sont uniquement des aspects de ce dernier qui peuvent être additionnés ou soustraits les uns des autres afin de produire des moyennes et de les comparer..

> For the means of natural science can only compare the most peripheral traits of human behavior with each other. Only those traits can be mathematically processed — added together or subtracted from one another — to produce average values. Consequently, the closer a psychological investigation aims for the natural scientific ideal of truth, the more externally formal, and internally empty, the scientific elaborations of human behavior must become[269].

Selon Boss, le somatique et le psychologique sont deux des trois modalités d'une seule réalité unifiée indivisible qu'est l'existence humaine comme découverte-de-sens (le spirituel). Or si la modalité somatique, et psychologique sous certains aspects, peuvent être l'objet du mesurable, il n'en est rien pour la modalité spirituelle. En d'autres termes, pour établir une certaine corrélation entre deux termes il faut au départ qu'ils soient des entités séparées. Or, Boss affirme :

---

268 R. May, *Psychologie existentielle,* Paris, EPI, 1965, p. 16.

269 M. Boss, *Existential foundations of medicine and psychology,* New York, Arenson, 1979, p. 68.

> But a "correlation" is highly questionnable as long as one of the two things correlated, the psyche, remains as indefinite as it is in physiology. Besides, the very notion of a "correlation", "attending" or "joining" assumes a previous dividing and objectifying of human existence into at least two phenomena which are thought of as independant of each others. Only things thus dividend can correlate, coincide with one another, be counterparts to one another, be joined or coupled. Once any such division of human existence has been assumed, there is no speculation that can rejoin the parts again to make the unified behavior which human existence constantly displays[270].

L'ensemble des prises de position de ces différents auteurs fournit autant d'appui à l'effet qu'en ce qui concerne la présente recherche, laquelle relève plus de la méthodologie propre aux sciences naturelles, la méthode scientifique avec ses concepts de causalité, d'objectivité, de quantitatif, de déductif, dans le but avoué de reproduire l'expérience, est inappropriée. Dans ce contexte nous n'affirmons nullement que la méthode scientifique fondamentale n'a pas sa raison d'être. Chaque existence est unique donc chaque personne atteinte du cancer l'est.

Revenons maintenant à la notion de qualité. Granger affirme que «le moment de la qualité est en effet celui de l'immédiateté». Dans l'approche scientifique ce moment s'identifie plutôt à «ce mouvement de la pensée qui ne se complaît ni ne s'arrête à ce moment de l'immédiat[271].» Le monde scientifique médical actuel, loin d'être présence immédiate auprès de l'être malade, nous apparaît plus souvent qu'autrement comme absence d'immédiateté ou dit autrement, comme agissant par divers intermédiaires entre l'un et l'autre. Cette totale médiatisation, nous l'avons déjà fait remarquer, s'étale désormais jusqu'au gène. Plus la science avance, plus l'être malade recule : Feuerbach disait plus l'homme avance et plus Dieu recule.

---

270 M. Boss, *Op. cit.*, p. 184.

271 G.G. Granger, *Op. cit.*, p. 129.

La science objectivante n'aurait-elle pas atteint ses propres limites? D'ailleurs, ne serait-ce pas pour cette raison que la médecine veuille s'ouvrir à la dimension spirituelle de l'existence humaine? Le point de vue de Granger à cet égard pourrait donc être décrit comme prophétique :

> S'il est bien vrai que le mouvement même de la pensée scientifique consiste à opposer toujours un processus de structuration à des données uniformes, et à reculer pour ainsi dire les limites de l'immédiat, il n'en est pas moins certain que la science ne peut indéfiniment récuser le contact direct avec les événements, avec le monde[272].

Boss, également, n'avait-il pas raison de critiquer la science médicale et, en quelque sorte, de prévenir de la coupure qu'elle opérait entre le somatique, le psychique et le spirituel?

> A natural scientific proof, if it functions according to its axiom that every thing actual il also calculable, must always place the matters it investigates into a set of relations that correspond to this law, which can be measured and expressed in numbers. But the actuality of a relationship between two things can be so proven only if each is measurable, it follows that the possibility of a valid, natural scientific proof for a psychosomatic relationship is precluded. The basis for a calculated proof would have to be entirely somatic in nature, for only the somatic aspect of human being can be measured. A proof bases on only one of the two terms of the relationship can affirm nothing about the psychosomatic relationship itself. It leaves the psychic aspect altogether out of consideration[273].

Voilà pourquoi la médecine apporte maintenant une certaine considération pour le spirituel.

---

272 G.G. Granger, *Pensée formelle et sciences de l'homme,* Coll. "Analyse et raisons", Paris, Aubier-Montaigne, 1967, p. 187.

273 M. Boss, *Existential foundations of medicine and psychology,* New York, Arenson, 1979, p. 74.

2.1.2 La phénoménologie en recherche

La présente recherche veut opérer un mouvement inverse, sans prétendre être anti-rationaliste ou anti-réductionniste, des façons habituelles de faire en médecine traditionnelle et en psychologie traditionnelle, soit d'effectuer un virage permettant d'intégrer quantitatif et qualitatif, l'objectivité et subjectivité. Dans ce sens, nous reconnaissons les limites de notre approche. Ferrarotti confirme cette difficulté :

> La spécificité d'une histoire individuelle, qui l'oppose à n'importe quelle autre et la rend unique, devient alors un obstacle épistémologique [...]. La subjectivité et l'exigence antinomothétique de la biographie définissent les limites de sa scientificité[274].

L'approche qualitative, surtout dans sa teneur intégrative que préconise cette recherche, vise à introduire la personne humaine et ce à deux niveaux. D'abord sur le plan de sa recherche-action, c'est-à-dire dans sa cueillette d'information. En d'autres termes, nous ne pouvions pas effectuer une recherche touchant le cancer du sein sans recourir à l'expérience de femmes atteintes de ce cancer. Dans un deuxième temps, lorsque nous pensons prospectivement, c'est toujours avec des femmes atteintes de cancer du sein que nous comptons appliquer éventuellement le modèle psychothérapeutique que nous proposons. Nous avons donc inclu la personne humaine au niveau de notre observation certes mais également à celui de la prospective.

---

274 F. Ferrarotti, *Histoire et histoires de vie - Méthode biographique dans les sciences sociales*, Paris, Méridiens Klincksieck, 1990. pp. 72-73.

Nous partons donc de l'expérience humaine de femmes atteintes de cancer du sein, de leur façon «pratique» d'exploiter leurs possibilités existentielles dans leur quotidien et ce de leur naissance au moment du diagnostic. Il importe de préciser ici qu'au stade de l'observation, l'existence de ces femmes, après l'annonce du diagnostic, n'est pas prioritaire pour nous, car ce stade en est un de cueillette de données. Lors d'une psychothérapie conventionnelle éventuelle il y aura cueillette de données, reliées au passé certes, mais avec un regard sur le futur parce qu'en fait la psychothérapie et la guérison se jouent dans le futur. L'objectivité est de voir si la capacité pour une personne, unique en soi, d'exploiter ses possibilités existentielles d'être-avec-le-monde et d'être-avec-autrui, sa modalité spirituelle, aurait pu influencer les modalités psychologiques et somatiques. Qu'en est-il de la procédure phénoménologique en recherche? Bachelor[275] nous mentionne :

> Étymologiquement, le terme «phénomène», dérivé du verbe grec *phainesthai,* signifie «laisser quelque chose apparaître à la clarté», «apparaître telle qu'elle est», «se révéler». Ce qui se révèle ou se laisse voir en phénoménologie, c'est ce qui se montre de lui-même, ce qui constitue le sens ou l'essence d'un phénomène. [...] celle-ci doit être *inductive,* c'est-à-dire que les thèmes, catégories ou structures dérivés de l'analyse doivent découler ou émerger des données plutôt que définis antérieurement et imposés comme cadre d'analyse[276].

---

275 Si nous référons souvent à Bachelor c'est que celle-ci a été elle-même élève de Boss. De plus l'auteur a été lui-même élève de Bachelor lors de ses études de maîtrise en psychologie à l'Université Laval. Qui plus est elle a été sa directrice de recherche lors de son essai sur la conception de la maladie selon Boss.

276 A. Bachelor et J. Purushottam, *La méthodologie phénoménologique de recherche en psychologie,* Québec, Les Presses de l'Université Laval, 1986, p. 49.

Barret, citant Husserl et Heidegger, soutient également les origines de la phénoménologie et son postulat de base :

> [...] a discipline that attempts to describe what is given to us in experience without discuring preconceptions or hypothetical speculations; his Motto was "to the things themselves" — rather then to the prefabricated conceptions we put in their place. [Husserl]
>
> [...] the attemps to let the thing speak for itself. It will reveal itself to us, he says, only if we do not attemp to coerce it into one of our ready-made conceptual strait jackets[277]. [Heidegger]

Ce qu'il faut retenir ici est le fait que la procédure phénoménologique sera d'autant inductive dans la mesure où le chercheur aura pu laisser librement le phénomène se révéler de lui-même; en ce qui nous concerne, les femmes atteintes de cancer du sein. Il nous apparaît impératif de signaler ici que même si la phénoménologie se veut libre de tout présupposé, de tout jugement dans sa quête de sens, elle demeure une tentative liée, à des degrés divers, à l'expérience même de l'analyste. Même si Deschamps nous mentionne que le chercheur phénoménologique doit développer une «attitude pure» - ce qui serait en quelque sorte l'objectivité pure - elle n'hésite aucunement à édulcorer son point de vue et à ajouter que cela ne demeure qu'une tentative :

> L'*époché*, terme signifiant la suspension du jugement, renvoie à la phase de réduction phénoménologique où le monde des connaissances théoriques est mis, en quelque sorte, entre parenthèses dans le but de saisir le phénomène tel qu'il se montre. Cette opération permet au chercheur de développer une attitude pure et désintéressée qui vise la connaissance authentique d'un phénomène; elle lui permet ainsi de s'exercer à cette attitude intellectuelle qui

277 W. Barrett, *Irrational man,* New York, Doubleday Anchor, 1962, p. 213.

> refuse de prendre pour acquis les connaissances du sens commun qu'il a du phénomène exploré. Toutefois, il faut préciser que cet effort de retour aux choses mêmes demeure une tentative puisque, comme l'exprime Merleau-Ponty, «pour voir le monde et le saisir comme paradoxe, il faut rompre notre familiarité avec lui, et [que] cette rupture ne peut rien nous apprendre que le jaillissement immotivé du monde. Le plus grand enseignement de la réduction est l'impossibilité d'une réduction complète[278].»

Mais en quoi la procédure phénoménologique peut-elle être novatrice en ce qui a trait à cette recherche? La réponse est qu'elle fait que chaque existence humaine est considérée, écoutée serait plus juste, pour ce qu'elle est et telle qu'elle est. Selon notre compréhension, l'existence humaine est celle d'une totalité unifiée originelle et singulière, totalité qui se joue dans un temps limité. Nous estimons que l'expérience vécue (le passé) constitue une donnée essentielle non pas seulement pour une compréhension qui se veut globale mais, prospectivement, pour un modèle psychothérapeutique qui se voudrait intégratif dans la mesure où cette expérience est saisie pour ce qu'elle est. Vouloir proposer un modèle psychothérapeutique c'est aussi vouloir offrir une certaine espérance, laquelle est tournée vers le futur. Espoir et temporalité sont inséparables et, aussi, individuelles. L'existence future de telle femme malade est indissociable de son expérience passée, voire de son existence passée. La temporalité quant à elle est vécue simultanément; je porte en moi continuellement passé, présent, futur. Selon Boss :

---

[278] C. Deschamps, *L'approche phénoménologique en recherche - Comprendre en retournant au vécu de l'expérience humaine*, Montréal, Guérin Universitaire, 1993, p. 16.

> This dwelling in the world is characterized by its containing — all different but all equally elementary — what is coming to man, what he is aware of presently, and what has already been. In its threefold capacity, the dwelling of human being holds out a time for each thing. It has on hand the "whenever", the "now", and the "then". [...] Having time is being expectant of the future, being aware of the present, and retaining what has passed [...]. Our relationship to time — whatever it may be at any moment — is the basis of our dwelling in the world [...]. At any given time, we are constantly bringing past, present and future together in a unique way. Thus, we produce and form the momentary structure of time, and so carry out our worldly dwelling in its temporality[279].

C'est dans cette perspective de la temporalité qu'il importe de «connaître», co-naître serait mieux, comment l'existence de telle ou telle personne se temporalise, comment elle est présence-dans-le-monde. Voilà pourquoi le passé ou l'expérience vécue devient incontournable et pourquoi il doit être accueilli le plus «phénologiquement» qu'il soit. L'entrevue, expérience immédiate en elle-même, permettra de constater à quel point certains événements biographiques passés ont été marquants pathologiquement et à quel point ils se manifestent encore dans le présent. Le degré de pathologie obnubile du même coup la capacité de présence libre et authentique au monde. En ce sens, la phénoménologie considère que le monde vécu de l'expérience, le passé, est la base même de toute connaissance, qu'il est antérieur à tout univers de discours spécialisé qu'il sous-tend[280]. Bachelor décrit cette position de la psychologique phénoménologique en ces termes :

---

279 M. Boss, *Op. cit.*, pp. 99-100.

280 Notons ici que si nous affirmons que le passé est tel c'est au plan ontologique. En psychanalyse, avec l'inconscient, c'est ontiquement que le passé occupe une certaine suprématie.

> L'intérêt que porte la psychologie phénoménologique à l'expérience découle plutôt de la position centrale qu'occupe la notion du «monde vécu» *(Lebenswelt)* dans cette approche. Cette notion concerne les relations originelles et immédiates de perception et d'action au monde, la psychologie phénoménologique cherchant à en articuler les structures de base et les significations. La phénoménologie considère que le monde vécu de l'expérience est la base même de toute connaissance, qu'il est antérieur à tout univers de discours spécialisé qu'il sous-tend[281].

Cette notion d'expérience vécue, *de Lebenswelt,* est d'ailleurs très bien précisée par Deschamps. Ainsi :

> La *lebenswelt,* terme traduit par Husserl dans ses derniers travaux, désigne, lorsque traduit de l'allemand, le monde-de-la-vie *(life-world* en anglais); par son sens, cette expression fait référence au monde de l'expérience vécue, qui inclut forcément le monde des individus et des vérités individuelles. Immédiatement intuitive, la *Lebenswelt* est prédonnée à ce qui est appris objectivement du monde, puisqu'elle est le fondement premier de toute entreprise, de tout ordre d'existence. En regard du phénomène exploré, pour les fins de la recherche, la *Lebenswelt* en appelle au vécu originaire de l'expérience proprement dite. Car c'est par elle que l'on trouve l'essence de ce qui est perçu dans l'expérience que fait vivre le phénomène exploré[282].

La phénoménologie est donc une certaine manière d'accéder à l'«intériorité» de l'analysé. C'est là que peut s'enclencher sa capacité spirituelle comme énergie permettant la prise en charge de lui-même :

---

281 A. Bachelor et J. Purushottam, *Op. cit.,* p. 14.

282 C. Deschamps, *Op. cit.,* pp. 15-16.

> Et c'est là que peut intervenir avantageusement la méthode phénoménologique. Parce qu'elle donne accès à la dimension intérieure de l'être humain, ce que ne peut atteindre la méthode quantitative de par son souci d'objectivité, de prédiction et de contrôle, cette approche apparaît donc comme étant la plus appropriée pour faire l'étude du phénomène qui nous intéresse, soit celui de la quête de sens et de transcendance. En effet, ne risque-t-on pas de patauger maladroitement dans l'univers d'un client quand on ne se donne pas suffisamment la peine de scruter avec le plus de précision possible le sens qu'il donne à son monde[283].

Selon Genre, toute pratique de relation d'aide comporte toutefois une double entrée dans la biographie d'autrui :

> Notre intervention humaine avec ses indispensables techniques d'ordre psychologique, et celle de l'Esprit saint qui fonde, dirige notre agir humain, le «renforce» dans le sens qu'il conduit le sujet vers sa pleine capacité de décision autonome[284].

2.1.3 Sur les outils utilisés

2.1.3.1 L'entrevue ouverte semi-dirigée

C'est donc dans le respect de la procédure phénoménologique, inductive dans sa nature, que nous avons convenu d'utiliser l'entrevue ouverte semi-dirigée. C'est d'ailleurs par induction que la procédure phénoménologique peut atteindre une certaine vision holistique d'un phénomène. En ce sens, nous nous arrimons à l'intégration par Bachelor de l'entrevue dans une recherche phénoménologique.

---

283 G. Fortin *et al.*, «La quête de sens et de transcendance en counselling : importance et discernement à l'aide de la phénoménologie», *Sciences Religieuses,* vol. 26, n° 3, 1997, pp. 341-342.

284 E. Genre, «La relation d'aide dans une perspective pneumatologique», dans Genre, E., *La relation d'aide : une pratique communautaire,* Genève, Labor et Fides, 1997, p. 191.

> La pratique holistique-inductive se réfère à des données qualitatives, à une analyse holistique et à la description détaillée dérivée d'un contact étroit avec les sujets à l'étude. Elle utilise les techniques de l'entrevue ouverte qu'elle approfondit le plus possible, de même que l'observation personnelle[285].

L'entrevue respecte également, comme Peperzak le stipule, une phénoménologie de l'existence «comme herméneutique du concret historique du sujet vivant et pensant[286].» Servant à la cueillette des données constituantes des récits de vie, elle est plus qu'une simple opération descriptive, elle est expérience unique et véridique. Les entrevues relatives à la cueillette des données constituent la première partie du modèle de psychothérapie intégrative que nous proposerons[287].

Caplow élabore certaines distinctions en ce qui concerne les types d'observation possible. Une observation peut être désengagée, participante, avouée ou clandestine. Le type d'observation qui nous catégorise, via l'entrevue ouverte semi-dirigée, est plutôt participante en ce sens qu'en tant qu'observateur-interviewer nous sommes un acteur privilégié de la situation étudiée. Toujours selon Caplow, «C'est là une caractéristique de la "recherche-action"

---

285 A. Bachelor et J. Purushottam, *Op. cit.*, p. 24.

286 A. Peperzak, *Textes pour Emmanuel Lévinas*, Paris, Éditions Jean-Michel Place, 1980, p. 94.

287 Ce modèle, élaboré au chapitre V, comporte deux volets. Un premier visant à reconstruire l'anamnèse de l'analysé et un second volet où l'analysé est amené avec l'aide de l'analyste à faire herméneutique, soit donner lui-même l'interprétation du sens de son existence. Il importe de souligner ici que même si les entrevues que nous avons tenues avec les douze femmes que nous avons rencontrées ne s'effectuaient pas dans le cadre de l'application d'un modèle thérapeutique tel que nous le proposons mais plutôt au plan de l'observation voire de la cueillette des données, nous étions conscients de l'impact émotif que cette expérience pourrait avoir pour certaines femmes. Dans ce contexte notre formulaire de consentement en mentionnait le fait. De plus, toute personne pouvait mettre fin au processus en cours sans aucun motif ou engagement de sa part. Une copie du formulaire de consentement à la recherche est reproduit à l'Annexe III.

où l'observateur est lui-même un "agent de changement"[288].» Mais notre observation se veut également avouée en ce sens que notre objectif et notre présence étaient incontournables. À cet égard, le consentement éthique que nous exigeons en témoigne. Le principe le plus important de l'analyse documentaire, ici une existence humaine, c'est de préférer les sources de première main c'est-à-dire le récit de vie. L'entrevue, dans notre cas, participante et avouée, est une technique qui comporte l'utilisation de questions. Ainsi pour Tremblay :

> Pour l'homme de recherche formé dans l'une ou l'autre des sciences humaines, l'entrevue est une technique d'observation qui comporte l'utilisation de questions, plus ou moins directes, adressées à un informateur rencontré fortuitement ou choisi en fonction de critères préalablement établis. Le but en est de recueillir des données essentielles sur une question, d'analyser l'informateur comme représentant d'un milieu particulier, ou de connaître sa personnalité, sa mentalité et sa conduite. Cette définition générale de la technique permet de dégager ses principaux éléments :
> - c'est une communication;
> - elle se déroule dans un contexte social;
> - elle nécessite qu'on l'appuie et qu'on l'oriente par l'intermédiaire de relations interpersonnelles;
> - elle fournit des données objectives et subjectives.
>
> L'entrevue se poursuit habituellement à deux niveaux. D'une part, les informations objectives relatent ce qui s'est passé véritablement, autant qu'on puisse le reconstituer en comparant les témoignages d'informateurs différents. D'autre part, les informations subjectives sont les attitudes de l'informateur vis-à-vis des faits qu'il décrit. Elles sont vraies dans la mesure où elles correspondent à ses pensées, à ses sentiments et à ses émotions[289].

---

288 T. Caplow, «L'observation et l'analyse documentaire», dans Caplow, T., *L'enquête sociologique*, Paris, A. Colin, coll. "U2", 1970, pp. 151-152.

289 M.A. Tremblay, «La technique de l'entrevue», dans Tremblay, M.A., *Iitiation à la recherche en sciences humaines,* Montréal, McGraw-Hill, 1968, pp. 312-314.

En fait la subjectivité de l'entrevue réside dans le fait qu'elle fournit des renseignements (psychologiques) sur les perceptions, attitudes, aspirations et conceptions de l'analysée. Ce sont là des données subjectives qui acquièrent une très grande valeur parce qu'elles constituent, selon Tremblay, «les éléments fondamentaux de l'univers phénoménologique de l'analysée[290].» Toujours selon Tremblay, c'est grâce à l'entrevue que le développement conceptuel de la recherche est facilitée et ce de l'élaboration de catégories, voire d'unités de sens catégorisées, à leur interprétation et à leur application sur les anciennes hypothèses ou tout simplement en termes de nouvelles hypothèses. Toutefois, si l'entrevue, comme observation participante et avouée, permet d'accéder à une certaine intimité, à un niveau de profondeur riche de sens, cela ne se fait pas sans risque au niveau de la fiabilité parce qu'analysée et analyste, de par l'entrevue, sont mutuellement transformés. Selon Le Gall :

> Ce type d'approche qui confronte de façon répétitive narrateur et chercheur participe largement à modifier tant l'un que l'autre. C'est un mode d'investigation par essence purement relationnel. Aussi, comme le remarque fort judicieusement Claude Abastado, «la pratique n'est pas sans risque : les interlocuteurs ne sortent pas indemnes de leur rencontre[291].»

Les risques inhérents à la technique d'entrevue participante et avouée peuvent être grandement atténués par deux aspects de la personnalité du chercheur que Tremblay décrit comme étant :

---

290 M.A. Tremblay, *Ibid.*, p. 317.

291 D. Le Gall, «Les récits de vie : approcher le social par la pratique», dans Deslauriers, J.-P. (éd.), *Les méthodes de la recherche qualitative,* Québec, Presses de l'Université du Québec, 1988, p. 44.

> En ce qui touche la conduite de l'entrevue, il faut distinguer chez le chercheur deux aspects : son aptitude à entretenir des relations humaines avant d'entrer en contact avec l'informateur et au moment de l'entrevue proprement dite, et son aptitude à interroger et à récolter des informations[292].

À ce chapitre, nous pensons que l'expérience de l'auteur[293] pouvait jouer favorablement dans le sens d'atténuer les risques potentiels reliés à l'entrevue participante avouée. L'entrevue avouée ne signifie-t-elle pas que l'analysé, suite au consentement éclairé qu'il a signé, sait déjà qu'il va devoir se révéler mais sans toutefois jamais savoir d'avance jusqu'où ira cette avance? Qu'une femme se soit retirée de la recherche, après quelques rencontres, ne confirme-t-il pas ce fait, c'est-à-dire que lorsque l'analysée n'était pas prête à plus de liberté au plan de l'expression des expériences vécues et des sentiments, elle pouvait se désister? En conséquence, l'entrevue avouée «autorise» l'analyste à une certaine permissivité, quoique risquée. Toutefois, si cette permissivité accordée à l'analyste est adéquatement gérée, grâce à son expérience, elle peut se traduire en une occasion très fécondante.

Le second point mentionné par Tremblay et qui fait qu'une conduite d'entrevue par un chercheur peut être davantage crédible est l'aptitude de ce dernier à récolter des informations. La position de Tremblay à cet égard est corroborée par Deschamps à l'effet que :

---

[292] M.A. Tremblay, *Op. cit.*, p. 351.

[293] L'auteur est psychothérapeute de pratique privée depuis 1992 et membre de l'Ordre des psychologues du Québec à titre de psychologue depuis mars 1994.

> C'est la qualité descriptive des données recueillies sur l'expérience d'un phénomène vécu qui autorise l'accès aux unités de signification de l'expérience et qui, en définitive, rend possible l'analyse phénoménologique proprement dite; les unités de signification étant les constituants qui déterminent le contexte du phénomène exploré et qui incluent forcément la part de la signification qui est inhérente à ce contexte[294].

La validité et la fiabilité des concepts que le chercheur élaborera se fera à partir du vécu expérientiel des sujets analysés regroupé sous forme d'unités de sens. La qualité descriptive des données recueillies est en conséquence fort importante. Si une *«Weltenschauung»* ne peut jamais atteindre à l'objectivité pure, le chercheur phénoménologique doit faire tout son possible pour s'assurer, à tout le moins, que ses données le soient. Selon Savoie-Zajc :

> Dans une recherche qualitative le critère traditionnel d'objectivité n'est pas l'apanage du chercheur mais bien des données. Le chercheur est considéré comme étant profondément subjectif et biaisé. Sa responsabilité de chercheur consistera non pas à tenter de prendre des moyens pour atteindre l'objectivité mais bien de s'assurer que ses données sont elles objectives[295].

En ce qui concerne l'objectivité des données nous référons à Laperrière[296] qui nous fournit un très bon éclairage. D'ailleurs si nous insistons sur cette partie du traitement des données, c'est que là réside la fiabilité de celles-ci. Selon Laperrière, il ne suffit pas que le

---

294 C. Deschamps, *Op. cit.*, p. 36.

295 L. Savoie-Zajc, *Les critères de rigueur de la recherche qualitative,* Communication présentée au Colloque de la Soreat, Abitibi-Témiscamingue, 1989, p. 23.

296 A. Laperrière, «L'observation directe», dans Gauthier, B. (éd.), *La recherche sociale,* Sillery, PUQ, 1986, pp. 236-239.

chercheur soit un bon étudiant de la situation choisie. Il doit tenir un journal de bord où sont relevées systématiquement ses réactions et impressions subjectives sur le déroulement de la recherche voire ici de l'entrevue. Ainsi, les notes cursives sont prises sur le vif et parfois à la dérobée lorsqu'elles risquent d'indisposer les participants. En ce sens, nous fournissons à l'Annexe IV un exemplaire du document de base, le «journal de bord autobiographique», servant à la compilation des informations propres à chaque récit de vie. Sur ce formulaire toute l'information relative à la chronologie des rencontres y apparaît. Sous la rubrique «thèmes», à la partie gauche, sont inscrites les différentes thématiques discutées. À la droite, apparaît la rubrique «commentaires spéciaux». Là sont notées, subtilement, les réactions émotives de l'analysé (ex. : pleurs, etc.) et de l'analyste (ex. : stupéfaction, etc.). C'est également à cet endroit que sera notée toute information qui sortirait du thème central débattu dans le but d'y revenir ultérieurement et ainsi, ne pas couper l'analysé de sa spontanéité. Si par exemple, le thème principal est la relation avec le père et que l'analysé mentionne que sa relation avec lui a changé radicalement après que celle-ci ait quitté la maison familiale, le simple fait de demander pourquoi elle était partie de la maison familiale pourrait atténuer l'intensité du moment et empêcher le dévoilement voire la manifestation de certains sentiments plus profonds. L'analyste aura tout le privilège de savoir pourquoi l'analysée a dû partir de la maison familiale dans la thématique traitant des déménagements. Il aura noté ce fait dans la rubrique «commentaires spéciaux». Le fait que certaines expériences de vie refassent surface à travers certains thèmes généraux est souvent révélateur. Le modèle de questionnaire que nous utilisons se veut chronologique dans le sens où nous partons de la naissance jusqu'au moment du diagnostic. Il est également thématique en ce sens qu'il regroupe par exemple les questions touchant la

relation au père, à la mère, la sexualité, etc. En ce sens, ce questionnaire ne correspond pas tout à fait à ce que Tremblay dit des modes d'organisation des matériaux. Selon ce dernier «il existe deux façons de rapporter une entrevue : l'ordre chronologique et l'arrangement thématique[297].» Nous avons opté pour un ordre chronologique arrangé de façon thématique. Ce choix n'est pas une pure invention il est plutôt une création qui découle du genre de «questionnaire autobiographique» avec lequel nous travaillons depuis nos débuts[298].

2.1.3.2 Le questionnaire autobiographique

Pourquoi le récit de vie ou l'autobiographie? Selon Ferrarotti[299], le récit autobiographique raconte une vie bien sûr mais il raconte bien plus une interaction présente voire immédiate, grâce à l'intermédiaire d'une expérience vécue, d'une vie. Grell nous dit que «l'autobiographie est la description la plus fidèle possible de la vie d'une personne par cette personne elle-même[300].» Toujours selon Ferrarotti[301], l'individu n'est pas un épiphénomène du social : une vie est une pratique qui s'approprie des rapports sociaux (les structures sociales),

---

297 M.A. Tremblay, *Op. cit.*, p. 357.

298 Un exemplaire du «questionnaire d'information autobiographique» est fourni à l'Annexe V. Le questionnaire autobiographique servant à l'analyse de l'existence que nous utilisons et qui nous permettra d'explorer tous les aspects du vécu propre à chaque personne est déjà en utilisation dans maints instituts psychiatriques et psychologiques. Plus précisément nous référons ici au docteur C. Alberto Séguin, professeur de médecine psychosomatique à l'Université de San Marco, Lima, et membre de l'American Society for Research in Psychosomatic Problems. Ce questionnaire biographique est d'ailleurs utilisé à notre propre clinique (La Clinique psychosomatique du Saguenay) depuis plus de six ans.

299 F. Ferrarotti, *Op. cit.*, p. 52.

300 D. Desmarais et P. Grell, *Les récits de vie : théorie, méthode et trajectoires types,* Coll. "Éducation permanente", Montréal, Saint-Martin, 1986, p. 162.

301 F. Ferrarotti, *Op. cit.*, pp. 50-51.

les intériorise et les retransforme en structures psychologiques. Chaque narration autobiographique raconte une pratique humaine individuelle certes mais, en même temps, elle est une activité synthétique et une totalisation de tout un contexte social environnant. La manière dont Ferrarotti exprime la richesse contenue dans un récit de vie est éloquente :

> Histoire et société se résument ainsi dans la biographie du vivant; elles sont la matière première dont la biographie est le signe sténographique, la contraction acoustique et aussi le symbole. En ce sens, peut-être, toute autobiographie est toujours une autobiographie camouflée[302].

L'entrevue autobiographique, élaborée dans un contexte psychothérapeutique, où toutes les formes de langage et d'expression sont permises, et ce de façon primaire et prioritaire, permet d'accéder à des couches plus profondes et généralement inabordables ou inobservables à première vue, de cette existence humaine qui se raconte. Toujours selon Ferrarotti[303], nous devons abandonner le privilège accordé aux matériaux biographiques secondaires. Nous devons ramener au coeur même de la méthode biographique les matériaux primaires et leur subjectivité explosive. Ferrarotti les définit ainsi :

> Nous avons d'un côté les matériaux biographiques primaires, c'est-à-dire les récits autobiographiques directement recueillis par un chercheur dans le cadre d'une interaction primaire *(face to face)*; d'un autre côté, nous avons les matériaux biographiques secondaires, c'est-à-dire les documents biographiques de n'importe quel type qui n'ont pas été utilisés par un chercheur dans le cadre d'une relation primaire[304].

---

302 F. Ferrarotti, *Op. cit.*, pp. 73-73.

303 F. Ferrarotti, *Ibid.*, p. 49.

304 F. Ferrarotti, *Ibid.*, p. 89.

C'est probablement pour la même raison qu'Abraham Maslow disait :

> Si l'étude de la singularité de l'individu ne s'insère pas dans ce que nous savons de la science, alors tant pis pour la conception de la science. Elle aussi devra être recréée[305].

Tout compte fait, s'il y a dans le récit de vie une importante richesse de matériaux primaires, encore faut-il que l'analyste soit en mesure d'abord de soutenir l'appel de l'intersubjectivité psychothérapeutique et en second lieu d'agir en tant que catalyseur afin que l'analysé, puisse faire l'interprétation de sa propre existence. Cette interprétation, que peut faire l'analysé sera donc toujours sujette à l'ouverture d'esprit, tant théorique que pratique de l'analyste. Resweber émet son opinion en ces termes :

> [L'herméneutique] est subordonnée à l'analyse compréhensive et, il faut le dire, à un certain style de lecture, défini par le tact et un certain esprit qui dépend de l'ampleur et de la profondeur de l'horizon culturel du chercheur. C'est ainsi que les résultats de son analyse pourraient être inducteurs de significations nouvelles, du fait même de leur présentation[306].

L'analyste est, avec l'analysé, co-chercheur. Toutefois, parce qu'il adhère à la théologie chrétienne, son horizon culturel est englobé dans un autre niveau d'horizon celui-là théologal. En ce qui nous concerne, l'ouverture d'esprit de l'analyste doit elle-même être ouverte à l'Esprit. Cette profondeur d'horizon de l'analyste «dépasse», sans le détruire, le niveau culturel. Au plan de la théologie pastorale prospective, l'horizon culturel est enrichi d'un horizon

---

305 A.H. Maslow, «Que nous apporte la psychologie existentielle?» dans R. MAY *et al.*, *Psychologie existentielle*, Paris, EPI, 1971, p. 58.

306 J.P. Resweber, *Qu'est-ce qu'interpréter? Essai sur les fondements de l'herméneutique,* Paris, Cerf, 1988, p. 112.

théologal; la pratique thérapeutique devient mission et vocation plus que profession relative à une culture donnée. Nous ne soutenons pas que le théologal ne soit pas culturel; nous affirmons que cet horizon, pour une raison ou une autre, a pu être voilé ou obnibulé chez telle personne. La compréhension d'un phénomène même si elle est «mal interprétée» ou «mal comprise» demeure une compréhension en soi. L'horizon théologal ouvre à des modes d'être-avec-le-monde et d'être-avec-autrui qui étaient déjà présents en termes de potentialités, de possibilités. Il ne s'agit pas d'un autre monde, d'une nouvelle vie mais simplement d'une vie nouvellement vécue. Selon Genre, l'Esprit est une force réelle «qui donne une direction à la vie et l'y soutient (sanctification)[307].» Selon Marcel[308], ce nexus inter-subjectif, ou milieu intelligible, ne peut pas m'être donné, puisque j'y étais en quelque manière impliqué; donc il ne peut en aucun cas être constaté, il ne peut être que reconnu.

Le récit de vie donne accès aux interactions des rapports individu/famille et individu/société. Pineau mentionne qu'il y a là énormément à apprendre au plan des relations affectives.

> Cet espace [de la production autobiographique] offre donc un lieu privilégié pour identifier et étudier les médiations principales par lesquelles un individu se socialise et une société s'individualise, se vit concrètement. Dans l'identification de ces médiations, Ferrarotti insiste sur l'importance des groupes primaires : familles, groupes de pairs, de travail, de voisinage, de classe, de loisir[309].

---

307 E. Genre, *Op. cit.*, p. 190.

308 G. Marcel, *Le mystère de l'être - Vol. 1 : Réflexion et mystère,* Paris, Aubier, 1951, p. 14.

309 G. Pineau, cité par Desmarais, D. et Grell, P., *Les récits de vie : théorie, méthode et trajectoires types,* Coll. "Éducation permanente", Montréal, Saint-Martin, 1986, p. 146.

Pour le dire avec Ferrarotti[310] l'utilisation du récit de vie conduit à l'herméneutique d'une interaction. Il y a double herméneutique : d'une part à un niveau analyste/autobiographie et, d'autre part, à un niveau analysé/analysé avec lui-même. Ce qui caractérise la connaissance de l'individuel dans l'élaboration du récit de vie est ce que Ferrarotti appelle le pôle clinique. Cette «situation clinique met dans un rapport immédiat le patient et le thérapeute, l'observé et l'observateur[311].» Pour Ferrarotti, un tel rapport de connaissance immédiate (co-naissance serait plus juste) n'a pas l'autre pour objet mais l'interaction imprévisible (*a priori*, dans ses formes spécifiques) et réciproque entre analyste et analysé :

> Elle devient ainsi une connaissance à deux grâce à l'intersubjectivité d'une interaction; connaissance d'autant plus profonde et objective qu'elle sera plus intégralement et intimement subjective[312].

Comme théologien, nous savons la source de cette «connaissance à deux» de Ferrarotti, de ce «nexus inter-subjectif» comme l'appelle Marcel. Nous savons également qu'on peut difficilement accéder à l'intimité psychothérapeutique par la méthode scientifique quantitative conventionnelle parce qu'en fait ce qui nous préoccupe c'est de connaître comment telle femme,

---

310 F. Ferrarotti, *Op. cit.*, p. 53.

311 À cet égard, nul ne saurait ne pas constater l'énorme différence qui peut exister par exemple entre le fait de compiler des statistiques d'enquêtes sur les abus sexuels et de partager dans le cadre psycho-thérapeutique l'épisode de vie d'un patient ayant été sodomisé par son oncle à six ans et violé par un de ses frères et un ami à douze ans. Pareille expérience nous interpelle et ce soir-là à notre coucher on peut être d'abord reconnaissant envers la Vie d'avoir pu nous faire éviter un tel traumatisme avec tout ce que cela comporte. En second lieu, on comprend mieux pourquoi quelqu'un peut se marier et en même temps vivre son homosexualité en parallèle. Un tel récit de vie non seulement désigne un fait biographique d'une expérience de vie mais est une expérience de vie en soi et pour l'analysé qui a pu partager cette expérience et pour l'analyste qui lui, a consenti à l'écoute inconditionnelle.

312 F. Ferrarotti, *Ibid.*, p. 53.

dans son passé, a exploité ses possibilités existentielles. Il était essentiel que la présente recherche donne la priorité à la dimension qualitative. Chaque existence est une histoire unique et comporte donc sa vérité intrinsèquement. En conséquence, chaque cas de cancer est également unique. C'est dans ce sens que le récit autobiographique s'imposait. La rupture exigée de la méthode autobiographique, selon Ferrarotti, ne peut être que bénéfique :

> L'histoire de vie comme méthode autonome implique nécessairement une historicité «non historiciste». En d'autres termes, elle implique une rupture avec la conception de l'histoire en tant que succession diachronique vers la prétendue vérité d'un sens général détenu par les élites qui seraient les dépositaires exclusives de la valeur. En ce sens l'histoire de vie [...] ajout facultatif sous forme qualitative aux résultats prégnants de la recherche acquis au moyen des techniques de standardisation de la mesure exacte, ouvre une phase nouvelle de la recherche en sciences sociales[313].

Ferrarotti dégage ici un point relativement important sur la temporalité. Chaque existence, chaque histoire de vie est une histoire du monde vécue simultanément (passé/présent/futur). La pathologie, au plan individuel, réside dans le fait de se perdre soit dans le passé soit dans le futur; bref la pathologie est une incapacité de présence libre et authentique donc de présence découvrante-de-sens. Se pourrait-il qu'au plan de la temporalité de l'histoire sociale, notre capacité de présence authentique soit empêchée au profit d'une quelconque vérité? Notre position pour le récit de vie est d'autant plus justifiée auprès de personnes atteintes de cancer que, depuis près de trente ans, la voie est ouverte en ce sens :

---

313 F. Ferrarotti, *Op. cit.*, p. 30.

> L'anamnèse chez le cancéreux des événements biographiques et surtout des événements récents concilie sans doute le mieux objectivité et efficacité. Dans l'étude des effets psychiatriques et somatiques, y compris le cancer, des événements récents, une méthodologie assez satisfaisante s'est développée en effet depuis 1967, à la suite de Holmes et Rahe. Mais on peut objecter que le sens d'un événement et donc son action pathogénique pour l'individu dépend de sa structure de personnalité et par là, de sa biographie toute entière. LeShan a d'ailleurs décrit un pattern biographique global, partant de l'enfance chez le futur cancéreux[314].

Diane Caron-Bourbonnais, dans sa recherche en vue de l'obtention d'un doctorat en psychologie de l'Université d'Ottawa et dont le titre est une étude phénoménologique expérientielle du cancer : *Théorie, méthode et praxis*, nous mentionne que :

> Un changement s'opère au moment où [l'analysé] se perçoit ou prend *conscience* de sa vie comme unité à la fois psychologique, biologique et sociale : au moment où le cancer n'est plus considéré comme un *corps étranger*, un objet à extirper, mais comme *partie* prenante de son histoire personnelle[315].

Voilà, entre autres, certains éléments qui justifient notre choix de l'utilisation d'abord de l'approche qualitative, ensuite de la méthode phénoménologique via l'élaboration du récit de vie dans le contexte de l'entrevue ouverte semi-dirigée.

---

314 X. Sérafino *et al.*, «Les facteurs psychologiques dans l'étiologie des cancers», *Bulletin du cancer,* vol. 65, n° 4, 1978, p. 405.

315 D. Caron-Bourbonnais, «L'expérience vécue du cancer : étude phénoménologique», *Sciences pastorales,* vol. 12, 1993, pp. 41-70.

2.2 LA CUEILLETTE DES DONNÉES

2.2.1. La sélection des sujets

Nous avons fait appel à nos sujets de recherche par l'intermédiaire d'un hebdomadaire local. Les treize femmes rencontrées ont répondu à cette annonce. Dans le but de clarifier notre position éthique dans cette recherche, nous tenons à signaler qu'en aucun cas, l'une ou l'autre de ces femmes avait déjà été vue à la clinique privée de l'auteur, ni par lui-même, ni par l'un ou l'autre de ses confrères médecins. Le choix que ces femmes faisaient quant à leur participation ne devait pas, à notre avis, avoir été suggéré par l'un ou l'autre des personnes précitées. Autrement, elles auraient pu se sentir «forcées» de continuer à participer malgré elles, de peur, par exemple, de décevoir la personne qu'elle connaissait à la clinique. De plus, comme le «questionnaire autobiographique» est très développé, certaines informations auraient pu ne pas être dévoilées aussi librement de peur, par exemple, que cette information circule et que la personne se sente reconnue. La cueillette des données s'est étalée du 11 janvier 1996 au 27 juillet 1996. Les entrevues ont été menées par l'auteur lui-même à raison d'une heure à une heure trente par semaine par entrevue. Nous avons procédé à cinquante-neuf entrevues pour un total d'environ soixante-quinze heures. La presque totalité des entrevues se sont déroulées au module de théologie dans un local du département des Sciences religieuses et d'Éthique de l'Université du Québec à Chicoutimi. Tous les formulaires de consentement à la recherche ont été contresignés par le directeur de la recherche lui-même. Le nombre de femmes dont la problématique somatique était celle d'un diagnostic de cancer du sein a été de dix et trois étaient reliées à un diagnostic du cancer de l'intestin. Pourquoi avons-nous accepté trois cas de cancer de l'intestin? Au cours de nos lectures sur le processus de cueillette des données nous avons

pris connaissance qu'il existait, en recherche sociale, une pratique de la recherche systématique de cas appelée «cas négatifs». Aux dires de Bertaux :

> La recherche systématique de ce que Lindesmith a appelé les «cas négatifs», ceux qui contredisent le modèle provisoirement saturé, contribue à la fois à la vérification du modèle et à son raffinement[316].

Si nous avons inclus ces trois cas c'est dans cet esprit de validation et de raffinement. L'une s'étant désistée pour des raisons personnelles nous disposons donc de neuf récits de vie complets concernant le cancer du sein et de trois en ce qui a trait au cancer de l'intestin. Des neuf cas de cancer du sein nous avons retranché un cas compte tenu que nous avons su à la toute fin que cette personne avait étudié en théologie et qu'elle pourrait ainsi être reconnue.

Initialement, une batterie de trois tests avait été prévue soit l'Inventaire Multiphasique de la Personnalité (MMPI), le test projectif Rorschach et le Test d'Aperception Thématique (TAT). Ces trois tests ont été incidemment appliqués à toutes les femmes. Toutefois, il a été décidé par l'auteur[317] qu'aucun de ces tests ne serait utilisé compte tenu que l'approche de la présente recherche est qualitative et que sa méthode est phénoménologique. Ces tests ont été appliqués mais ils n'ont pas été utilisés.

---

316 D. Bertaux, cité par Desmarais, D. et Grell, P., *Les récits de vie : théorie, méthode et trajectoires types*, Coll. "Éducation permanente", Montréal, Saint-Martin, 1986, p. 29.

317 Ce changement d'attitude est compréhensible. Après ses études de maîtrise en éthique à l'Université du Québec à Rimouski, l'auteur a eu le privilège de compléter ses études en psychologie et obtenir une maîtrise clinique de l'Université Laval. Il a donc débuté ce doctorat ayant encore en tête les concepts de psychométrie quantitative propre à la psychologie. Ce renoncement à la psychométrie quantitative n'est pas un rejet total de cette méthode, toutefois nous avons pris conscience que l'application de cette méthode n'avait pas sa place dans la présente recherche. Nous tenons donc à nous excuser auprès de ces femmes pour le temps supplémentaire que ces tests ont pu exiger.

2.2.2 Fidélité et validité de la recherche

Tel que Bachelor[318] le mentionne, le fait qu'une recherche soit de l'approche qualitative, que sa méthode soit phénoménologique et que son principe de cueillette des données soit celui de l'entrevue ouverte semi-dirigée n'empêche en rien que le chercheur puisse être amené à certaines conclusions. Cela nous pensons l'avoir démontré. Tremblay[319] mentionne qu'une recherche utilisant l'entrevue sera fiable dans la mesure où le chercheur démontre une certaine aptitude à entretenir des relations humaines avant d'entrer en contact avec l'informateur et pendant l'entrevue comme telle. En second lieu, il doit faire preuve d'aptitude dans sa capacité à interroger et à récolter des données. Notre expérience de clinicien ainsi que la méticulosité développée à travers les différents formulaires utilisés témoignent de cette obligation.

Nous croyons nous être plié à cette exigence. Grâce à l'expérience que nous possédions avant d'aborder la présente recherche nous savions d'avance, comme le stipule Deschamps[320], que la primauté devait être accordée à la *Lebenswelt* et à l'*époché*. S'il n'en tient qu'à l'opinion de Schraub, les études rétrospectives prêtent à discussion tant sur le choix des témoins que sur la validité des faits anciens :

---

318 A.Bachelor et J. Purushottam, *La méthodologie phénoménologique de recherche en psychologie,* Québec, Les Presses de l'Université Laval, 1986.

319 M.A. Tremblay, «La technique de l'entrevue», dans Tremblay, M.A., *Initation à la recherche en sciences humaines,* Montréal, McGraw-Hill, 1968, pp. 351.

320 C. Deschamps, «Approche phénoménologique en recherche : source historique et fondements théoriques, dans M. Anadon et D. Côté (1993). *Revue de la Recherche Qualitative,* vol. 8, 1993, p. 35.

> Il est bien connu en effet que les malades se souviennent beaucoup plus de traumatismes affectifs ou physiques antérieurs que les personnes saines car ils cherchent la plupart du temps une cause à leur maladie. Autre critique à ce genre d'études, l'utilisation de tests psychologiques parfois mal adaptés à l'enquête[321].

D'abord nous n'avons pas utilisé de tests psychométriques. Sur la question du choix des témoins, nous avions besoin de femmes atteintes de cancer du sein donc nous avons recherché des femmes atteintes de cancer du sein. Nous sommes en praxéologie c'est-à-dire là où les idéologies opérantes surpassent les idéologies discursives. Ce postulat vaut, également, à notre avis, pour la sélection des sujets c'est-à-dire que le seul critère de base de sélection était «cancer du sein». Abordons la question de la validité des faits anciens révélés par un témoin. Le blâme que l'on fait à une recherche qualitative comme la nôtre est à l'effet que la personne souffrant de cancer serait trop affectée pour répondre adéquatement. Le diagnostic du cancer influence le futur c'est une évidence parce que l'existence humaine est projective, c'est-à-dire tournée vers le futur. Le passé ne peut être menacé parce que justement il est passé. Ce qui est menacé c'est donc le futur, le possible. Toutefois, nous ne croyons pas qu'une personne ainsi diagnostiquée puisse déformer le passé au point de l'invalider. Certes elle peut parler différemment du passé mais le fait qu'une femme sache qu'elle soit atteinte de cancer ne changera pas, par exemple, le fait que sa mère ait perdu un enfant lorsque la patiente avait six mois. Or, nous savons très bien que cet événement biographique tragique a eu un impact majeur sur la mère et le développement affectif de la patiente. Il s'agit là, peut-être, d'un

---

321 S. Schraub, «Cancer et psychologie : rôle sur le déclenchement et l'évolution des tumeurs», *Le concours médical,* vol. III, n° 15, 1989, p. 1258.

premier processus de mutation génétique en rapport avec le processus de cancérisation[322]. Contrairement à Schraub, nous croyons même que la souffrance occasionnée par un tel diagnostic procure une façon unique et authentique de dire les choses. Nombre de femmes ont utilisé l'écriture pour exprimer leur souffrance. Il suffit parfois d'en lire quelques lignes pour s'apercevoir à quel point la souffrance peut fournir les bons mots pour dire les plus mauvais maux. L'histoire de la biographie des grands artistes de notre monde en témoigne.

Ce qui importe de nous rappeler c'est que le but de la présente recherche est, dans sa visée prospective éventuelle, de développer un modèle psychothérapeutique intégratif complémentaire qui permettrait, possiblement, d'amener certaines femmes à une «prise de conscience[323]»; celle que sa souffrance peut constituer un *KAIROS,* de dire Marcel, une occasion fécondante, à travers une expérience éthique singulière et non renouvelable, l'épreuve du cancer du sein, d'accéder à un niveau de conscience éthique ultime et premier puis enfin théologal. Ce n'était pas là le but des entrevues que nous avons eues, celles-ci avaient uniquement comme fonction de nous fournir l'anamnèse de femmes atteintes de cancer du sein soit la première partie de l'herméneutique selon Resweber, c'est-à-dire l'analyse. Si l'on veut bien accueillir cette recherche dans cette perspective, et surtout dans cette perspective, cette recherche sera

---

322 Le modèle psychothérapeutique que nous proposons ne doit pas être perçu comme un modèle d'accompagnement ou de soutien face à une maladie incurable. Au niveau de l'observation c'est le passé qui nous intéresse et qui prime.

323 Le terme «prise de conscience» est évité tout au long de cette thèse. Toutefois les rares fois où nous l'utiliserons nous le placerons entre guillemets pour bien démontrer que nous ne nous situons jamais et aucunement en position de force, de supériorité ou d'autorité. De plus nous tenons à signaler que le sens du mot conscience lui-même ne doit pas être compris en lien avec le terme conscience bossien lequel relève plutôt de «pré-sence».

fidèle et valide autant pour ceux qui voudront pratiquer la théologie pastorale via la psychothérapie intégrative (comme analystes) que pour ceux qui bénéficieront d'une telle approche (comme analysées) parce que dans un tel contexte analysée et analyste deviennent co-chercheurs et co-créateurs d'une expérience existentielle fondamentale et fondatrice où Dieu est l'ultime auteur par son Esprit.

2.2.3 Limites de la recherche

Limites de la recherche, qu'est-ce à dire? Dès qu'une approche qualitative utilise la méthode phénoménologique avec l'entrevue ouverte semi-dirigée comme outil et cela dans un contexte de théologie pratique, la question de la limite nous apparaît différente. Non pas qu'elle soit moins pertinente. Elle demeure pertinente mais plus difficilement contrôlable au niveau des variables. En tout premier lieu il importe de nous rappeler qu'au niveau de l'expérience de l'entrevue il y a déjà, de notre part, la reconnaissance d'une variable sur laquelle nous n'avons aucun pouvoir : la présence divine. Bref, dans un tel contexte d'entrevue, analysée et analyste deviennent co-chercheurs. C'est dans ce sens que Deschamps[324] peut dire que les rapports entre l'analysée et le chercheur s'établissent sous le mode dialogique d'une interdépendance, où tout est fonction d'un travail de collaboration plutôt que d'une tâche de contrôle. Pour Ferrarotti[325], la méthode biographique se projette d'emblée hors du cadre épistémologique établi. Nous sommes entièrement en accord avec Ferrarotti à l'effet que :

---

[324] C. Deschamps, *L'approche phénoménologique en recherche - Comprendre en retournant au vécu de l'expérience humaine*, Montréal, Guérin Universitaire, 1993, p. 31.

[325] F. Ferrarotti, *Histoire et histoires de vie*, Méthode biographique dans les sciences sociales, Paris, Méridiens Klincksieck, 1990, p. 82.

> Notre intérêt ne se porte pas seulement sur la richesse objective du matériel biographique primaire mais surtout sur sa prégnance subjective dans le cadre d'une communication interpersonnelle complexe et réciproque entre le narrateur et l'observateur[326].

Ceci dit, le simple fait d'interviewer ces douze femmes, comme nous l'avons fait, c'est-à-dire avec notre esprit de théologien, pourrait être vu comme une limite en soi aux yeux des tenants de l'approche quantitative. En ce qui concerne la présente recherche nous croyons toutefois avoir atteint un niveau relativement valable de crédibilité, ceci étant dû à une certaine expérience clinique et, aussi, à une expertise théorique tant au plan de la psychologie existentielle, de la philosophie existentielle que de la théologie pratique. Pour Boss, l'esprit scientifique traditionnel tend uniquement à des certitudes sur les lois régissant les événements de l'univers, «car, connaissant les lois, il peut prévoir les événements et agir sur eux[327].» Or, l'objectif que nous visons à travers cette thèse est de faire en sorte que toute femme atteinte de cancer du sein qui voudra bien se laisser questionner, via le modèle psychothérapeutique que nous préconisons, découvre possiblement l'origine des lois qui la contrôle malgré elle, s'en libère et reprenne le contrôle de sa vie. Contrôle qui la mènera vers une existence authentique et libre. Bref, notre intérêt porte plus sur la brebis égarée que sur le troupeau. Dans cet esprit, c'est-à-dire en redonnant toute la place à la femme dont l'existence est atteinte du cancer du sein, nous croyons répondre au voeu de Sharon Batt qui mentionne que le cancer du sein est

---

326 F. Ferrarotti, *Op. cit.*, pp. 49-50.

327 M. Boss, *Introduction à la médecine psychosomatique,* Paris, PUF, 1959, p. 23.

un conflit qui appartient aux femmes : «nous voulons qu'il nous revienne[328].» Même au plan de notre objectif, c'est-à-dire dans sa visée prospective, nous reconnaissons les limites de notre recherche parce que rien n'est démontrable d'autant plus que la psychothérapie et ses résultats se constatent surtout dans le futur. Nous pouvons affirmer par exemple que nous avons guéri cette jeune femme de 23 ans qui souffrait de symptômes d'agoraphobie majeure certes mais pouvons-nous seulement prétendre avoir pu éviter un éventuel cancer du sein chez cette femme? Une autre fois, nous avons grandement contribué à la restauration psychologique de cette jeune femme obèse en détresse, dans la trentaine, sans sexualité, sans amour dans sa vie. Mais pourrions-nous démontrer que si jamais cette femme rencontre un homme, devienne amoureuse et mère, ce serait grâce à la psychothérapie? Jamais, pas plus que nous pourrions démontrer que nous avons épargné le cancer à cette jeune femme agoraphobique. La psychothérapie, et la guérison qui peut en découler, concernent le futur. Or le futur humain reste et restera dans le domaine du possible donc invérifiable d'avance. Elle est un acte divin de libération et de création.

Que ce soit au niveau même de la cueillette des données par l'entremise des récits de vie de femmes atteintes de cancer, notre recherche est sujette à certaines critiques. Que ce soit au niveau prospectif elle se bute à l'invérifiable. Si cette recherche se voit tant confirmée dans ses limites c'est qu'elle vise, au plan prospectif c'est-à-dire dans l'application éventuelle du modèle psychothérapeutique proposé, le futur existentiel de tel être malade; or le monde de la science

---

[328] S. Batt, *Op. cit.*, p. 403.

médicale traditionnelle, tel que nous le connaissons, incluant la psychologie traditionnelle, est essentiellement tourné, avec l'aide de la technique, vers le passé, à la recherche de causes possibles. Ceux-ci sont tournés vers le «pourquoi» alors que nous, notre questionnement porte sur le «pourquoi pas?» Si la science médicale traditionnelle se tourne vers le futur, c'est bien souvent dans une visée de manipulation. C'est d'ailleurs également le danger lorsqu'une philosophie ou une religion devient science. Enfin il importe de préciser que si cette thèse a une visée intégrative au plan quantitatif et qualitatif cela doit être compris dans le sens d'intégrer la dimension spirituelle dans la compréhension de la maladie donc, également, dans l'intervention possible au niveau du processus de guérison.

2.3 LE TRAITEMENT DES DONNÉES

2.3.1 Préambule

L'approche concernant la présente recherche est qualitative et phénoménologique. Bachelor, citant Strauss, mentionne que la phénoménologie est «un retour à l'expérience originelle du sujet et à son corollaire, le monde tel qu'il est vécu où l'entrevue ouverte semi-dirigée est également dite du type inductif «dans la mesure où la compréhension de la situation d'étude doit se faire sans l'imposition d'attentes préexistantes à ce même contexte[329].» Malgré cette appréhension face aux phénomènes étudiés la constatation qu'il peut y avoir certaines identités de sens n'est pas exclue. Cette évidence, Bachelor l'exprime en ces termes : «Ainsi, on conclut à la présence du même phénomène lorsqu'il y a identité de sens d'un exemple à l'autre, malgré les variations possibles de ce phénomène[330].»

---

329 A. Bachelor et J. Purushottam, *Op. cit.*, pp. 7-8.

330 A. Bachelor et J. Purushottam, *Ibid.*, p. 89.

En d'autres termes, le chercheur phénoménologique, dans la mesure où il peut aborder sa recherche avec le plus de liberté possible, peut accéder chaque fois à certaines vérités existentielles de l'analysée. Ces vérités existentielles, dévoilées dans le cadre de l'être-avec psychothérapeutique, touchent la vérité de l'être-au-monde et de l'être-avec-autrui de telle analysée; ces vérités sont de l'ordre de l'ontologique[331]. C'est après, et seulement après la libération de ces vérités, qu'il peut colliger cette information. La méthode phénoménologique ne serait-elle pas la méthode primaire et primordiale pour connaître? Ne faudrait-il pas co-naître afin de connaître? Le mot «scientifique» *(scire = to know; facere = to make)* signifie «faire savoir». Or pour «faire savoir», il faut à tout le moins «déjà savoir» ou «avoir su». En ce qui concerne la présente recherche, il s'agit d'avoir passé par la première étape du mouvement psychothérapeutique existentiel : l'entrevue ouverte semi-dirigée. Or la psychothérapie, telle que nous l'entendons, c'est-à-dire dans une perspective chrétienne, est un art. Le mot art signifie «savoir faire». Ainsi, le psychothérapeute est un *artiste «operating as a channel of healing love, the ultimate source of what is divine*[332]*.»*

---

331 Qu'entendons-nous par ontologie? Nous utilisons ontologie (*ontos* = être et *logos* = discours) parce que ce qui nous intéresse est d'abord et avant tout l'être. Comment tel être, telle personne, telle femme réalise l'obligation qu'elle a d'avoir-à-être dans le monde et cela à partir de sa conception propre des phénomènes qui meublent son univers. En fait l'ontologie s'intéresse à la compréhension du sens des choses et non à l'apparence des choses ce qui touche plus l'ontique. Voici ce qu'il faut savoir de la distinction qu'en fait Heidegger. "In Heidegger's Analytik of Dasein and consequently in Boss's psychotherapeutic daseinsanalysis an important distinction is made between the two fundamental characteristics of Being, the "ontic" (ontisch) or "ontical" and the "ontologic" (ontologisch) or "ontological". The ontical refers to that characteristic of Being which appears to us in a more "mundane" or "vulgar" sense; that is, the pre-reflective Being of so-called ordinary everyday life, the unconsidered Being of manifest and "unpenetrated" appearances, or the mere (unexamined) surface of life, persons and things. In contrast to this ontical characteristic, though actually contained by and "hidden" within it, is the ontological characteristic, the fundamental "meaning-fullness" of beings, the fundamental structure of Being, of things, persons and happenings. In short, "ontic looking" remains with the so-called "mundane" appearance of particular being whereas "ontological seeing" reaches for an understanding of the "being-ness" and the "Being-ness" of this being by disclosing or laying out its essential nature through the phenomenological hermeneutic approach.»
M. Heidegger, "On adequate understanding of Daseinsanalysis - Excerpts from Martin Heidegger's Zollikon Teaching", *The Humanistic Psychologist,* vol. 16, n° 1, 1988, pp. 93-94.

332 D.E. Roberts, "When is counseling or psychotherapy religious?", dans H.N. Maloney, *Wholeness and Holiness : Reading in the Psychology/Theology of mental Health,* Grand Rapids, Michigan, Baker Book House, 1983, p. 293.

Recherche qualitative, phénoménologique et inductive ne signifient pas pour autant que nous devons renoncer à toute théorie possible en ce qui a trait à ce qu'il est convenu de nommer l'«analyse de contenu». Comme Poupart le mentionne, dans l'approche qualitative procédant par une démarche inductive, le terrain d'étude n'est ni pré-structuré, ni opérationnalisé d'avance. Le chercheur doit cependant se plier aux conditions particulières du terrain.

> Même s'il doit élaborer une problématique de recherche qui cerne bien son objet d'étude et critiquer les présupposés théoriques sous-jacents à toute recherche, le cadre d'analyse de son étude ne lui est pas fourni d'emblée : il s'élabore en cours de route par le questionnement incessant des données. Le schéma d'analyse s'effectue donc en cours et en fin de recherche, ce qui suppose, de la part du chercheur, une grande rigueur intellectuelle, une bonne discipline de travail et une solide formation théorique[333].

Mais qu'est-ce donc que l'analyse de contenu? Selon l'Écuyer[334], de façon générale, l'analyse de contenu peut être sommairement définie comme une méthode de classification ou de codification dans diverses catégories des éléments d'un document pour en faire ressortir les caractéristiques essentielles en vue d'en mieux comprendre le sens exact et précis. L'analyse de contenu vise à mettre en lumière le sens de tel ou tel discours; en ce qui nous concerne plus particulièrement et plus généralement dans cette recherche, le sens d'une existence soit celle

---

333 J. Poupart, «La méthodologie qualitative en sciences humaines : une approche à redécouvrir», *Apprentissage et socialisation*, vol. 4, n° 1, 1981, p. 46.

334 L'Écuyer, R., «La pratique de l'analyse de contenu : définition, étapes, problèmes et l'objectivation», dans Boucher, L.-P. (éd.), *L'analyse des données qualitatives*, Actes du Colloque des programmes de maîtrise et de doctorat, Chicoutimi, 1991, p. 31.

d'une femme atteinte de cancer du sein. La méthode de classification ou de codification de l'analyse de contenu demande que chaque existence, donc chaque problématique, soit reconnue comme unique. Nous retenons la mise en garde d'Anadon à l'effet que la récurrence de tel ou tel mot ne justifie pas qu'il ait plus de valeur significativement. Ce qui intéresse le chercheur est plus la récurrence de certaines thématiques :

> Ce type d'analyse consiste, donc, essentiellement à repérer dans un texte des mots, des unités sémantiques ou des ensembles de mots, afin de les constituer en thèmes. Ainsi, l'A.C.C. se présente comme une analyse qui s'intéresse au seul contenu explicite des textes, le langage y étant conçu comme un instrument dénotatif. En général, ces analyses sont des techniques élaborées pour systématiser le niveau thématique et manifeste du texte. L'interprétation porte sur les fréquences d'apparition de mots, bien que rien ne nous assure que la récurrence élevée d'un mot justifie de le considérer plus significatif que d'autres. Et rien ne dit que le niveau thématique découlant d'un cadre conceptuel extérieur au texte soit le plus intéressant dans l'analyse textuelle[335].

Voici donc les six étapes d'analyse de contenu que nous fournit l'Écuyer[336] auxquelles nous apporterons certaines modifications pour cette thèse soit les étapes 4, 5, 6 :

Étape 1 : Lectures préliminaires et établissement d'une liste d'énoncés;

Étape 2 : Choix et définition des unités de classification;

---

335 M. Anadon, «La pratique de l'analyse du discours : définition, principes, méthodes et mise en forme des données», dans Boucher, L.-P. (éd.), *L'analyse des données qualitatives,* Actes du Colloque des programmes de maîtrise et de doctorat, Chicoutimi, 1991, p. 56.

336 R. L'Écuyer, *Op. cit.*, pp. 33-36.

Étape 3 : Processus de catégorisation et de classification (codification);

Étape 4 : Quantification et traitement statistique;

Étape 5 : Description scientifique;

Étape 6 : Interprétation des résultats.

En ce qui concerne **l'étape 1**, lectures préliminaires et établissement d'une liste d'énoncés, nous avons procédé tel que le mentionne l'Écuyer. Nous présenterons d'abord la description autobiographique des onze récits de vie concernés. À la fin de chaque récit apparaît un tableau chronologique de concordance entre, d'un côté, certains événements existentiels majeurs (pour l'analysé comme pour l'analyste) et, de l'autre côté, certains événements psychologiques (ex. : une dépression, un sentiment très important de déception, etc.) ou somatiques (ex. : une perte de connaissance, une mononucléose, etc.).

Pour **l'étape 2**, choix et définition des unités de classification, nous opérerons de la façon suivante. Pour chaque sujet, nous avons établi un second tableau qui présente certains énoncés marquants voire questionnants dans les termes propres de l'analysée, par exemple : «mon cancer c'est une partie de mon enfer». Nous avons convenu de nommer ce tableau, «tableau des unités de sens». Comme le mentionne l'Écuyer des «énoncés plus restreints possèdent un sens complet en eux-mêmes[337].» L'Écuyer mentionne que cette méthode permet d'éviter de se perdre dans le morcellement de mots et de risquer en même temps de morceler le contenu.

---

[337] L'Écuyer, R., *Op. cit.*, pp. 33-36.

L'étape 3, le processus de catégorisation et de classification, correspond aussi au cheminement proposé par l'Écuyer. Ainsi, partant du tableau des énoncés de sens, nous regrouperons en catégories ou thèmes plus larges tous les énoncés appartenant à un même thème ou dénominateur.

L'**étape 4** n'est pas pertinente en ce qui concerne cette recherche. Il n'y a rien à mesurer quantitativement, que ce soit au niveau d'une tâche ou de tests. Cette étape vaut, selon notre compréhension, dans une approche qualitative psychosociale d'autre type. Notre étape 4 sera donc celle de la synthèse des contenus ou des grandes pointes de l'observation.

L'**étape 5**, la description scientifique, a pour but d'assurer la compréhension de la signification du matériel étudié grâce à l'analyse existentielle de Médard Boss afin d'atteindre le sens profond, l'essence et la signification dynamiques des phénomènes psychologiques et spirituels constatés.

L'**étape 6**, soit notre interprétation des résultats, apparaîtra en deuxième partie du chapitre de Boss.

Tableau 2

Révision synthèse sur la méthodologie utilisée

*** À date ***

▬ LE CADRE THÉORIQUE DE THÉOLOGIE PRATIQUE ▬
DONNANT L'ARTICULATION À CETTE THÈSE
[LE MODÈLE PRAXÉOLOGIQUE DE NADEAU]

- **Observation à 2 niveaux : théorique générale - empirique précise**
- **Problématisation à 2 niveaux : théorique générale - empirique précise**
- **Interprétation**
- **Réélaboration opérationnelle**
- **Prospective et évaluation**

▬ NOTRE APPROCHE : EXISTENTIELLE ▬
(SOUS-CADRE THÉORIQUE SCIENTIFIQUE)
[DASEINSANALYSE DE BOSS]

▬ NOTRE MÉTHODE D'ANALYSE ▬
[PHÉNOMÉNOLOGIQUE, QUALITATIVE, INDUCTIVE]

PRINCIPE DE CUEILLETTE DES DONNÉES L'entrevue ouverte semi-dirigée	TYPE D'ÉLABORATION Participante-avouée	INSTRUMENTATION Le questionnaire autobiographique

*** À venir ***

▬ LES ÉTAPES DE L'ANALYSE DE CONTENU ▬

1. Les récits autobiographiques
2. Tableau des unités de sens
3. Catégorisation et classification des unités de sens
4. Les grandes pointes de l'observation
5. Description scientifique
6. Interprétation des résultats

2.3.2 Étape 1 de l'analyse de contenu : Les récits autobiographiques

Nous avons convenu de développer onze cas sur les douze analysés soit huit en lien avec le cancer du sein et les trois concernant le cancer de l'intestin. Les récits de vie sont un verbatim respectant intégralement le contenu des entrevues. Après la description de chaque cas, nous fournissons la synthèse «autobiographie chronologique» sous forme de tableau. Tous ces tableaux relatifs à l'autobiographie chronologique ont été vérifiés par les personnes concernées elles-mêmes, pour vérification. Cette étape permettait également à toutes ces femmes de prendre conscience d'un seul trait de l'ampleur de l'information qu'elles nous avaient révélée et, possiblement, de se retirer ultimement de la recherche.

2.3.2.1 SUJET NO 1

- DONNÉES AUTOBIOGRAPHIQUES : 50 ans, divorcée et mère d'un enfant - DIAGNOSTIC : Cancer du sein.
- COMPORTEMENT GÉNÉRAL AU COURS DE L'ENTREVUE :

  Style assez direct, sans grande introspection, rires de façade.

2.3.2.1.1 Relation parentale

J'ai perdu mon père d'un cancer de l'intestin alors que j'avais 36 ans, lui 62. Quand il est mort j'ai pensé que ça me rapprocherait de ma mère et je me suis trompée, ça été pire. Il était comme un bon buveur, à tous les jours. Il n'a jamais été présent à la maison sauf pour sacrer [rire sarcastique]. Ma mère l'agressait toujours à ses dires. En fait je ne saurais pas le décrire parce qu'il ne s'est pas occupé de moi vraiment. Il n'était pas chaleureux. J'ai

l'impression de souffrir d'amnésie quand je veux parler de lui. Ma mère vit encore et elle jouit d'une excellente santé. Ma mère, c'est le général, comme dans l'armée [avec forte intonation]. Elle était très contrôleuse et devait toujours avoir raison. Elle criait comme mon père d'ailleurs. Pour elle je n'étais ni belle, ni fine, j'avais tous les défauts. Elle était toujours négative, avec elle il n'y avait jamais de positif. Elle nous a rendu perfectionniste. Même le travail que j'ai c'est elle qui a décidé pour moi. Bref, elle dirigeait tout et elle seule était correcte. Je me rappelle une fois elle m'avait amenée avec elle pour me montrer mon père avec sa maîtresse, j'avais pas d'affaire-là [sentiment d'incompréhension]. Quand je pense à ça je lui ressemble dans ma façon d'être contrôlante, surtout avec mon fils que j'ai surprotégé. Ma mère est la personne la moins importante dans ma vie.

2.3.2.1.2 Fratrie et famille en général

J'ai un frère de deux ans mon cadet avec qui j'ai une bonne relation. Il est en instance de divorce. Il a un caractère très bonasse, il se déculotterait pour les autres. Il a d'importants problèmes d'angine et circulatoires. J'ai une soeur de huit ans ma cadette qui est exactement comme ma mère : froide, renfermée, calculatrice. J'ai été six ans sans avoir de contact avec elle. Elle a de sérieux problèmes de santé. Elle était le chouchou de papa. Au fait ma soeur et mon frère ont eu des problèmes de délinquance. Notre famille était sans chaleur, sans aucune démonstration d'affection. On ne recevait jamais personne chez nous. Quand j'allais ailleurs je me sentais aimée et accueillie.

2.3.2.1.3 Éducation et instruction

Mon éducation a été très stricte. Je me souviens à 15 ans avoir eu une volée pour un bec. C'est ma mère qui punissait, ça me faisait la haïr encore plus. J'aurais aimé, en ces cas-là, que père m'aime mais il préférait ma soeur et quant à ma mère elle préférait mon frère. À la longue je suis devenue menteuse, ça me permettait d'attirer l'attention. Chez nous j'étais jamais assez bonne et j'avais besoin de me le faire dire, j'allais donc chercher l'attention peu importe la manière. J'en ai perdu ma personnalité propre d'ailleurs. Je m'étais fait prendre à tricher en première année et j'avais dû porter le bonnet d'âne des soeurs, quelle humiliation! J'ai complété mes études d'infirmière et j'ai toujours pratiqué.

2.3.2.1.4 Maladies

Je suis myope depuis l'âge de 7 ou 8 ans. J'ai quelques allergies depuis ma dépression en 85. Pour moi le corps est très important. En 66 je prenais des pilules pour maigrir. J'ai toujours eu une bonne santé jusqu'à mon divorce. Un an avant mon divorce j'ai fait une tentative de suicide ratée avec des pilules mais j'ai choisi le divorce. Après j'ai eu un cancer du col, deux opérations avec hystérectomie. J'était contente de ne plus être menstruée ni de ne plus pouvoir avoir d'enfant. En 84 j'ai fait une dépression majeure, j'ai dû voir un psychiatre. Il y avait tellement de déceptions, la vie avait été trop difficile, je voulais plus avancer. J'ai été arrêtée six mois. En 1992 j'ai eu le cancer du sein. J'en voulais à ma mère parce qu'à son âge elle n'avait rien de cela. S'il y a des liens entre ce cancer et ma vie? Peut-être mes antécédents familiaux, les hormones, le stress de toujours performer pour être appréciée sans jamais l'être?

2.3.2.1.5 Amour, mariage et sexualité

J'ai toujours beaucoup aimé les hommes que j'ai connus, sauf mon mari. D'ailleurs je l'ai connu à la fin de mes études à 21 ans et on s'est marié durant l'année suivante. En fait je me suis mariée pour partir correctement parce que ma mère m'avait dit : «Je te renie si tu pars avec ton chum». Je l'aimais parce qu'il était drôle, il avait une auto sport. Il avait un problème de boisson. Nos disputes ont commencé à notre unique enfant. Trois ans plus tard il avait une maîtresse, d'ailleurs ça me libérait. J'ai décidé de divorcer en 1974, j'avais 28 ans et deux mois après j'ai connu Ernest, un professionnel de 52 ans. C'était une relation dominé/dominant, il ne croyait pas à l'amour et n'a jamais pu me dire «je t'aime». Il est décédé en 1988. Après j'ai eu plusieurs aventures. En fait mes amours c'est raté pas mal. Sexuellement j'étais pas curieuse. Je n'ai jamais eu aucun plaisir sexuel dans mon mariage. J'ai d'ailleurs eu ma première relation avec mon mari à 21 ans, j'ai trouvé ça écoeurant et absolument pas plaisant. Ça durait cinq à dix minutes et c'était dépêche-toi. Après chaque relation je le haïssais encore plus. J'ai eu une expérience homosexuelle une fois pour voir, j'ai bien ri. Mon fils est comme moi; entier, du coeur, sensible, cherche à faire plaisir, bonasse, bref il s'oublie pour les autres. Enfant il a braillé de sa naissance à deux ans et demi. Ça été une étape difficile. À son départ, en 1995, il serait mort et ça aurait été la même chose. Il est la personne la plus importante pour moi.

2.3.2.1.6 Généralités

Je ne suis pas pratiquante mais je crois en Dieu comme un être supérieur. Je n'ai aucun intérêt à ce qu'il y a après la mort. De l'alcool, j'en prends tous les jours, un ou deux verres.

Ce qui me frustre le plus dans mes relations aux autres c'est le mensonge. Ce que j'aime le plus, c'est être appréciée. Si j'avais à parler des plus beaux événements de ma vie je dirais mon divorce, ma promotion au travail. Les pires, la perte récente de mon emploi, le départ de mon fils et la peur de finir mes jours seule. On dirait que j'ai rien vécu dans ma vie. Mes plus grandes peurs c'est la hauteur, j'ai la phobie. Il y a aussi les couleuvres. Lors du tremblement de terre de 1988 je pensais mourir, je me suis couchée en foetus dans le lit. J'ai été plusieurs mois perturbée avec un sac de survie tout près. Ce que j'aimerais changer en moi : arrêter d'être soeur Thérèsa, prendre les problèmes des autres. Ça m'affecte parce que je m'implique beaucoup trop. J'aimerais ne plus avoir besoin d'un homme dans ma vie parce que mon émotivité est trop forte. J'ai toujours refusé de m'exprimer, je passe sous silence, je ravale pour pas passer pour quelqu'un qui crée des conflits. Si je résume ma vie; ça été une bataille. Pour moi, l'amour c'est d'être acceptée comme on est, moi j'ai pas été acceptée comme j'étais d'où ma bataille. J'ai toujours eu cette impression d'avoir à changer, à me modeler. Je veux tellement pas être seule, c'est ça le plus difficile. J'ai un très grand besoin d'aimer et d'être aimée. Ça doit exister quelque part ça, ce partage, ce respect.

AUTOBIOGRAPHIE CHRONOLOGIQUE
— SUJET # 1 —

ÉVÉNEMENTS PSYCHOLOGIQUES ET SOMATIQUES	ÂGE	ANNÉE	ÉVÉNEMENTS EXISTENTIELS
Sentiment : chouchou de ma mère	2	1947	Naissance d'un frère
	6	1951	École
Se sent grandement humiliée	7	1952	Affaire de la soeur; «bonnet d'âne»
Port de verres (myopie)	9	1954	Naissance d'une soeur; achat maison familiale
Syndromes prémenstruels très dérangeants	10	1955	1res menstruations
Sentiment : colère contre la mère	14	1959	Adultère du père
	15	1960	Une «volée» pour un bec
	17	1962	Décès GPP; 1ers jeux sexuels
	19	1964	Décès GMP
Pilules amaigrissantes (amph.); sentiment :	21	1966	Graduation; 1er emploi; connaissance mari
être reniée par la mère; dégoût sexualité	—	1966	1res rel. sex.; découverte masturbation
	22	1967	Mariage
Période difficile : enfant pleure de 0 à 2½ ans	25	1970	1er enfant non prévu
	26	1971	Achat d'une maison
Tentative de suicide; cancer du col; hystérec-	29	1974	Divorce; cohabitation parentale jusqu'en 85;
tomie = sent. d'être libérée (enfant et menst.)	—	1974	1984 (Connaissance d'Ernest, 52 ans)
	36	1981	Décès du père (62 - néo intestins)
Dépression (6 mois arrêtée); troubles allergies	39	1984	
	40	1985	Fin cohabitation parentale
«Violée» par le conjoint	42	1987	Tentative de cohabitation avec Ernest; séparation
	—	1987	puis reprise sans cohabiter
Peur subite du cancer du sein; grave panique	43	1988	Décès d'Ernest; tremblement de terre
suite au tremblement de terre	—	1988	
	45	1990	Coupure avec sa soeur pour 6 ans;
	—	1990	Nouveau conjoint
	46	1991	Rupture amoureuse
Cancer du sein	47	1992	Promotion au travail
	48	1993	Expérience homosexuelle; idylle homme marié
Sentiment : il serait mort et ça aurait été pareil	49	1995	Départ du fils; autre idylle; coup de foudre

2.3.2.2 SUJET NO 2

- DONNÉES AUTOBIOGRAPHIQUES : 57 ans, mariée et mère d'un enfant - DIAGNOSTIC : Cancer du sein.
- COMPORTEMENT GÉNÉRAL AU COURS DE L'ENTREVUE :

  Très bonne expression, grande capacité d'introspection.

2.3.2.2.1 Relation parentale

Mon père vit encore, il est en foyer avec ma mère. Il a toujours été Lacordaire. Il dominait ma mère au point où il n'a jamais permis à ma mère de recevoir d'autres femmes à la maison. Il était solitaire, renfermé et il avait toujours raison : face à lui on écrasait, on n'avait pas le choix. Il était dictateur et froid. Il était tranchant. Pour lui par contre, les gars, c'était de l'or. Avec sa retraite et sa maladie on s'est un peu rapproché. Mes reproches à son égard c'est qu'il n'a pas été assez près de nous. Il ne nous a jamais laissé un choix ni même l'espérance d'un choix. On dirait que j'ai embarqué dans le même pattern avec mon mari. Enfin avec ma mère il était assez raide, difficile à satisfaire, jamais satisfait en fait et dévalorisant. Il était plus instruit que ma mère et je crois qu'il la victimisait psychologiquement. Ma mère a une excellente santé. Elle était vaillante, à la maison elle gardait des enfants. Elle dispute tout le temps mais sans malice. Elle est très religieuse, très croyante et très charitable envers tous. Ma mère avait peur de tout : orages, tonnerre, voleurs, violeur, de tout. Elle aspergeait tout d'eau bénite. Elle a été très surprotectrice parce que pour elle tout était danger. Elle courait tous les salons funéraires, moi ça me donne la nausée, d'ailleurs je ne veux aucune exposition. Ce que

je pourrais lui reprocher c'est son chialage, son négatif, bref de ne jamais voir de positif. Il fallait toujours être à la maison et elle ne voulait pas qu'on se marie : «Vous avez pas besoin d'hommes» qu'elle disait. Notre relation s'est gravement détériorée quand je suis allée étudier à Montréal à 18 ans. Elle m'a reniée et me disait : «Tu vas me faire faire une crise de coeur».

2.3.2.2.2 Fratrie et famille en général

J'ai une soeur de cinq ans mon aînée, elle est décédée en 1993 d'un cancer des ovaires qui s'est généralisé. Elle avait un problème d'alcool important. Elle s'opposait à tout; à son conjoint, sa fille, au travail, etc. Elle avait des comportements curieux, même mariée elle dormait souvent chez nous. La deuxième chez nous, une fille, a 60 ans. Elle a beaucoup de problèmes. Elle n'a jamais accepté son fils homosexuel, son mari a des problèmes de boisson et ne travaille plus depuis quinze ans. Elle, elle est rendue femme de ménage depuis treize ans. Elle est bizarre, elle refuse de conduire l'auto, on dirait qu'elle est sur une autre longueur d'ondes. Ensuite, j'aurais un frère de 59 ans mais il est décédé dans un accident d'auto en 1959. Il avait commencé à boire à 18 ans. Après les funérailles fallait plus en parler. C'est là que mon père est devenu Lacordaire intransigeant. C'était ma mère qui avait décidé. Il n'y avait aucun alcool ni aux mariages ni aux fêtes. J'ai eu une relation extraordinaire avec ce frère, ça me permettait de sortir de la maison et de me tenir avec des garçons. Il y a moi puis après un autre frère de 52 ans. Il est comme mon père : drastique. Notre relation est pas forte, il est blessant, dur, entêté. Mon autre frère de 47 ans il est super, comme son couple d'ailleurs. Il est doux, calme, posé. J'envie son couple, leur communication [ceci est prononcé avec beaucoup de tristesse].

Dans notre famille il n'y avait aucune démonstration d'affection. Si je pense à mon père et à ma mère il n'y en avait même pas dans leur regard.

2.3.2.2.3 Éducation et instruction

Mon père était strict, ses punitions suscitaient beaucoup de révolte en moi. Il était soudain et imprévisible. Il fut une époque, à partir de 16 ans, on mangeait avant lui. C'est évident que ma mère avait une préférence pour les gars «ils n'avaient jamais tort eux». Si je pense à ça on était pas heureux chez nous. Mon père était dominant et ma mère sa victime. Jeune j'étais timide, très craintive et hypersensible. J'ai demandé à ma mère si j'avais été allaitée, elle m'a répondu qu'elle n'était pas pour ça «c'était du vice». Jeune j'ai toujours eu peur de la mort, des morts et la noirceur [Elle dit cela comme si c'était encore présent]. Quand j'ai commencé l'école je pleurais de devoir quitter la maison familiale. La quatrième a été particulièrement difficile, je pleurais, je m'ennuyais. Je l'ai refaite deux fois. Quand on était malade on avait des faveurs chez nous : Jello, déjeuner au lit, etc. J'ai gradué à 21 ans. J'ai toujours travaillé en milieu hospitalier sans trop de difficulté. J'ai souvent changé car je devais suivre mon mari. Nous avons déménagé très souvent.

2.3.2.2.4 Maladies

J'ai eu beaucoup d'accidents, cassures, fractures, etc. Pour les maladies j'ai eu les amygdales à 21 ans. À 26 ans j'ai fait une fausse couche. Ça m'a blessée et affectée de perdre

mon enfant. J'étais agressive. Je me disais j'ai pas été capable de donner la vie, rien ne veut vivre en moi. Quant à mon mari lui avait une toute autre réaction, et très forte, il disait, avant la fausse couche, que c'était trop tôt, il aurait aimé voyager et avoir plus d'argent. Ça m'a affectée, il veut pas l'enfant que je me disais. En 78, j'avais un fibrome utérin et j'ai eu l'hystérectomie. Juste après, en 79, otites et paracentèse oreille droite. En 1988, j'ai eu une tumérectomie du sein droit, c'était en octobre. C'est en décembre 94 que j'ai eu une mastectomie au sein droit. À l'été 95, après la chimio, j'ai eu une période dépressive avec des idées suicidaires. Une fois en auto avec mon conjoint j'ai ouvert la porte et je voulais sauter. Mes deux cancers sont dus à ma peine monsieur [avec un regard dans les yeux et sans équivoque]. En 87 ma fille a été victime de violence physique ça m'a tellement prise. Je me suis culpabilisée grandement; ça me troublait, ça m'humiliait en même temps. Elle est arrivée à l'hôpital pleine de condylomes vénériens et faisait inscrire barmaid au lieu d'étudiante. C'était un échec pour moi. Je me disais j'ai mis un monstre au monde, j'aurais jamais dû avoir d'enfant, n'ayez pas d'enfant ça fait trop mal. Je me rappelle quand j'avais de la peine face à ma fille et à mon mari je me réfugiais dans ma chambre à coucher et j'avais souvent mal au sein droit. Le sein ça donne la vie et ça loge beaucoup d'émotions. Je la laissais avec son père. Ça été très mauvais pour mon psychologique. Il y a peut-être un peu de génétique dans mes cancers mais c'est surtout à cause de ma fille et de mon mari, c'est pas à moi ces cancers. Je les blâme pas mais il y a des liens oui. C'est pas le travail car je gère très bien ce stress.

2.3.2.2.5 Amour, mariage et sexualité

J'ai connu mon mari à 23 ans. Je ne l'aimais pas physiquement, la communication était très difficile parce qu'il était d'une autre langue mais il a été tellement tenace. Au début je l'ai vu bon et généreux mais pas plus tard. Il me sortait, me gâtait. Je le voyais comme mon père, c'était moi qui était pas correcte. Il était protestant, imaginez avec mon père et ma mère. Quand je l'ai connu c'était la période où j'étais en conflit avec mes parents. On s'est marié en avril 64 et on s'obstinait déjà. Il était violent, criseux et agressif. Une seule fois je l'ai vu pleurer, avant notre mariage au décès de son père. Il est monocorde et mécanique. Même ma grossesse le dérangeait : ça coûterait cher un enfant, il était trop vieux, etc. Mon mari c'est un buveur de stress à cinq heures pile. Le quitter? J'avais mon enfant. J'ai pensé à divorcer surtout en 95, après la chimio. J'aurais dû divorcer. C'est un échec mon mariage. Mais d'un autre côté si je partais je devais amener ma fille or ma fille c'était un poids. C'était mon mari. Avant mon mari j'ai eu trois idylles où j'ai aimé passionnément; j'avais besoin de tendresse. J'ai eu ma première relation sexuelle complète à 22 ans avec un copain et ça été très correct. Je ne suis pas excitée facilement car pour moi le spirituel doit être là. Les hommes pensent à eux avant tout. Mon mari s'est jamais préoccupé de rien, il est tellement rapide : il vient juste pour se vider. On fait l'amour une fois pas mois et ça dure dix minutes. Il a toujours été bon de la porno : Playboy, les «Topless», c'est un voyeur. J'ai pas souvent de plaisir ça se comprend j'ai souvent subi sa sexualité. La grossesse de ma fille a été très difficile. J'ai vomi continuellement et j'ai été hospitalisée. Mon mari m'a toujours culpabilisée de ses fautes.

2.3.2.2.6 ***Généralités***

Pour moi Dieu c'est quelqu'un qui existe là, vous monsieur. Il y a peut-être quelque chose après la mort mais quoi? Une autre vie? J'aurais aimé vieillir avec mes deux seins. Ce qui me frustre le plus dans la vie c'est qu'on me dise quoi faire, j'ai même déjà laissé aller des amies pour ça. Mon plus grand plaisir c'est quand j'apporte à quelqu'un, être à l'écoute, savoir que j'ai apporté quelque chose. Mes plus beaux événements : ma carrière, mon mariage, ma fille. Les pires : ma fille et mes deux cancers. J'ai développé la claustrophobie après mon mariage. J'ai peur du noir et j'ai une phobie des chats. J'ai toujours peur des salons funéraires. Si j'avais des choses à changer en moi j'aimerais plus ferme, plus décisive et moins émotive. Ce que j'aime le plus en moi ma spontanéité et mon endurance. En fait peut-être que je devrais moins en avoir. La personne la plus importante dans ma vie c'est ma fille, je me place après. Je sais que je l'aime mal, j'ai toujours essayé de couper le cordon. Quand je pense à mon passé j'ai eu une belle carrière et une belle adolescence. Mes échecs c'est d'avoir marié une nationalité étrangère et de pas avoir divorcé. C'est un échec mon mariage. Quant au futur je le verrais plus rayonnant sans ma fille, sans mon conjoint. Pour moi l'amour c'est se compléter, faire des choses ensemble, c'était ça pour moi. Moi j'étais toujours toute seule tout le temps.

AUTOBIOGRAPHIE CHRONOLOGIQUE
— SUJET # 2 —

ÉVÉNEMENTS PSYCHOLOGIQUES ET SOMATIQUES	ÂGE	ANNÉE	ÉVÉNEMENTS EXISTENTIELS
	0	1938	Soeurs de 5 et 3 ans; frère de 2 ans
Peurs : noir, mort, chat	5	1943	Naissance d'un frère
Difficile; symptômes : mal de coeur, au ventre	6	1944	École
	10	1948	Naissance d'un frère
	11	1949	Reprise de la 2e année
	13	1951	Décès GPM
Banalité pour la mère	16	1954	1res menstruations
	17	1955	1ers jeux sexuels
Brouille avec mère qui la renie jusqu'à 23 ans	18	1956	Décès GMM; départ maison familiale
Amygdales (ablation)	21	1959	Graduation; 1er travail; décès du frère;
	—	1959	décès GMP; Lacordaire des parents
	22	1960	1re relation sexuelle
	23	1961	2e travail; retour maison familiale;
	—	1961	connaissance du mari
Hospitalisation; très affectée par le mari	26	1964	3e travail; mariage; fausse couche
Période excessivement difficile dans le couple	29	1967	Le couple part un an à l'extérieur
	30	1968	Le couple part un an à l'extérieur
Hospitalisation; grossesse très difficile	31	1969	1er enfant; retour temp. maison fam. (3 mois)
	32	1970	4e travail
Accident d'auto	34	1972	Achat maison
Accident : fracture du poignet	36	1974	Découverte masturbation
Fibrome utérin; hystérectomie	40	1978	
Otites; paracentèse	41	1979	
	42	1980	Le couple part à l'extérieur pour 3 ans
Verres correcteurs; ménopause	45	1983	Retour de l'extérieur; chambre à part; 5e travail
	49	1987	Retour de la fille à la maison fam. (Cégep)
Troubles très imp. avec la fille; 1er cancer	50	1988	2e retour de la fille à la maison fam.
du sein; accident : fracture	—	1988	
Accident : fracture de la main	51	1989	
	53	1991	Maladie du père (cancer intestins)
	55	1993	Décès de la soeur (cancer); placement des parents
	—	1993	en foyer
2e cancer du sein (mastectomie déc.);	56	1994	Retraite mari; arrêt travail de madame
Accident : rotule	—	1994	

2.3.2.3 SUJET NO 3

- DONNÉES AUTOBIOGRAPHIQUES : 51 ans, mariée et mère de trois enfants - DIAGNOSTIC : Cancer du sein
- COMPORTEMENT GÉNÉRAL AU COURS DE L'ENTREVUE :
  Très coopérative mais comme coupée de ses émotions sauf à quelques rares exceptions.

2.3.2.3.1 Relation parentale

Mon père est décédé lorsque j'avais 22 ans, il est mort d'un cancer de l'estomac à 56 ans. C'était quelqu'un de très sensible, d'hypersensible. Ma relation avec lui était très bonne, je n'ai aucun reproche à lui faire. Avec ma mère il ne démontrait pas d'affection, là-dessus je suis comme lui. La seule chose que je me rappelle de ses parents c'est que sa mère à lui est morte d'un cancer des gencives alors que j'avais dix ans. Elle a d'ailleurs habité chez nous lorsque j'avais 8 ans et jusqu'à son décès. Ma mère est décédée en 1984, j'étais enceinte de ma troisième et dernière. Elle est morte elle avait 72 ans; insuffisance cardiaque et complications pulmonaires. Ma mère était très dépendante de moi. À 62 ans elle avait eu un cancer du sein, c'était en 1972. À partir de là elle est venue habitée avec nous jusqu'en 1984, à son décès. En fait c'est elle qui a élevé mes enfants. Ma mère était autoritaire, ambitieuse et maligne. Chez nous c'était un matriarcat. Si j'avais un reproche à lui faire c'est qu'elle était trop sévère. Ce que je sais de sa mère c'est qu'elle est décédée assez jeune, dans la cinquantaine.

2.3.2.3.2 Fratrie et famille en général

J'ai un seul frère de 53 ans donc de deux ans plus vieux que moi. Il est dur mon frère, discipliné et renfermé, c'est un «tuff». Je pense que je ressemble à ma mère surtout à cause de mon ambition et de ma sévérité. Le pire événement dans notre famille je crois que c'est la maladie de mon père. J'ai raté sa mort. Je suis partie de la maison familiale à mon mariage en 68.

2.3.2.3.3 Éducation et instruction

J'ai été élevé de façon stricte. C'est ma mère qui faisait autorité et qui punissait et c'est mon père qui me gâtait. Enfant j'étais rebelle. J'ai marché et parlé très tôt. Je me rappelle que notre mère était très fière de nous, elle nous «catinait» beaucoup. J'ai terminé mes études d'infirmière en 1965 et plus tard un certificat en gérontologie. J'ai été pensionnaire de 18 à 21 ans. J'aurais aimé être ingénieure mais mon père voulait que je sois infirmière. Il disait : «Tu vas avoir soin de nous plus vieille». J'ai travaillé en milieu hospitalier et lorsque ma mère est arrivée à la maison, en 1972, j'ai commencé les soins à domicile.

2.3.2.3.4 Maladies

Jeune j'avais des problèmes respiratoires. Vers trois ans, je souffrais de bronchite. J'ai été opérée au niveau du nez à 8 ans et la toux a cessé. J'ai eu l'appendice à 12 ans. À 32 ans je me suis fait enlever la vésicule biliaire. J'ai eu mes trois enfants par césarienne, ensuite, à 39 ans et 10 mois, je me suis fait ligaturée. En 1995 j'ai eu une tumeur au sein droit avec une

dissection au niveau de l'aisselle et l'ablation de 21 ganglions. La tumeur a sorti dans deux mois. J'avais été ménopausée quatre ans plutôt et à partir de là j'ai pris des hormones. Lorsque j'ai eu le diagnostic je serais morte et ça aurait été la même chose. J'ai vécu une grave panique et beaucoup d'anxiété, c'est la pire affaire de ma vie, une partie de mon enfer. Je me suis dit : «Vais-je vivre la même chose que ma mère? Non c'est seulement un mauvais rêve» que je me disais. Il y a peut-être un lien héréditaire? La fonction du sein c'est l'allaitement or je n'ai pas allaité. Le pire c'était la peine de faire de la peine à mes enfants, à mon mari et surtout à ma dernière. Je me suis dit il arrivera ce qui arrivera, je dois être positive. En fait j'avais beaucoup de difficulté à voir mes limites diminuées. Le cancer on ne mérite pas ça, on subit ça. Toutefois je pense qu'on vit trop vite, on pense pas assez à soi. Aujourd'hui je me sens un peu plus égoïste. Avant, même quand j'étais fatiguée, rendue à bout, je le disais pas.

2.3.2.3.5 Amour, mariage et sexualité

J'ai connu mon mari j'avais 22 ans et lui 32 ans, il est européen. C'était juste après le décès de mon père. Nous nous sommes mariés assez vite, en 67 soit neuf mois après le décès de mon père. J'ai jamais été quelqu'un de passionnée en amour. Lui il était doux, cultivé, il comblait mes attentes. Son défaut c'est qu'il est indécis, «mi-figue mi-raisin». Il dit toujours «je vais réfléchir à ça». Notre point de divergence c'est surtout avec les enfants; s'il les dispute je les défend et si je les dispute il les défend. Notre dialogue est excellent. Mon couple est comme celui de mes parents. Ma plus vieille est née en 69, elle a 26 ans. Elle s'est mariée à un

importé en 92 et on l'a su six mois plus tard. Elle a été en voyage dans le sud, s'est achetée une auto et on a jamais rien su. J'ai été incapable d'en parler à quiconque avant six mois – [à ce moment-ci de l'entrevue madame a montré beaucoup d'émotions, en fait c'est la première fois qu'on la sentait touchée] – Je me sentais coupable : ais-je été trop sévère? Peut-être elle a eu peur de moi? Pourtant nous avons des contacts à tous les jours. Elle est partie de la maison à 19 ans, en 1987, ça m'a attristée [émotions et pleurs]. Ma deuxième a 21 ans et est née en 74, c'est ma plus fine. Elle est maternante et très aidante, les deux autres sont plutôt comme moi. J'ai eu la plus jeune à 39 ans, en 84, elle a donc 11 ans. Ce fut une grande source de joie, elle était très attendue. Ma mère est morte quand j'étais enceinte d'elle. Elle demande trop, d'ailleurs je suis toujours en avant d'elle. J'ai dit à mes filles d'y penser avant d'avoir des enfants : avec un paquet c'est ordinaire. Au niveau de la sexualité, je ne suis pas du genre excité facilement d'ailleurs je ne dois absolument pas savoir d'avance les intentions de mon mari. Je ne me souviens pas des premiers jeux sexuels. Ma première relation a été quand j'ai été mariée. Il y a des choses que je ne veux pas; fellation, etc. En ce qui me concerne la masturbation c'est péché. [Madame avait une certaine difficulté à exprimer son vécu sexuel, comme si c'était quelque chose qu'on devait s'obliger à faire].

2.3.2.3.6 Généralités

On a pas beaucoup de loisirs. On a fait beaucoup de bénévolat dans tout, j'en avais trop d'ailleurs. Pour moi Dieu c'est l'Être au-dessus. Je crois au ciel après la mort, je l'espère. Ma

plus grande réussite, ce dont je suis le plus fière : mes enfants, ma maison et ma profession où je me réalise beaucoup. Mon plus grand regret, la mort de mon père. Si j'avais eu plus de maturité je lui aurais parlé plus. J'aime pas les foules. J'aime pas me faire toucher et pourtant faut que je touche tout le temps. J'aime pas les hauteurs, même quand c'est pas haut du tout. Si j'avais des choses à changer dans ma personnalité; être moins structurante. J'aimerais m'exprimer mieux. Mon mari et moi on est pareil, trop prompt, trop direct. Les personnes les plus importantes pour moi : mes enfants, mon mari et moi après quoique depuis la maladie je me respecte plus. Je suis satisfaite de mon passé, ça suivi le plan comme prévu sauf la dernière partie. En ce qui a trait au futur je vis de trois mois en trois mois. Je me demande si je vais me rendre à ma retraite, à 60 ans. L'amour! Avant qu'en j'en parlais je disais c'est le don de soi, maintenant je vois plus l'amour comme le partage du bien et du mal avec l'entourage.

AUTOBIOGRAPHIE CHRONOLOGIQUE
— SUJET # 3 —

ÉVÉNEMENTS PSYCHOLOGIQUES ET SOMATIQUES	ÂGE	ANNÉE	ÉVÉNEMENTS EXISTENTIELS
Marche à 9 mois	0	1944	Un frère de 2 ans; 1er déménagement familial
Troubles respiratoires (bronchite)	3	1947	Grave coupure du frère
	6	1950	École
Opération au nez	8	1952	Co-habitation GMP (pour 2 ans)
Accident toboggan (perte de conscience)	10	1954	Décès GMP (néo-gencives)
	12	1956	Menstruations
	18	1962	Pensionnat pour 3 ans
	21	1965	Graduation; 1er travail jusqu'en 72;
	—	1965	maladie du père
	22	1966	Décès du père (néo-estomac); connaissance du
	—	1966	conjoint (32 ans)
	23	1967	Mariage; 1re relation sexuelle
	25	1969	1er enfant; 2e travail (enseignement : 3 ans)
	26	1970	Rachat de la maison paternelle
	28	1972	Co-habitation de la mère atteinte d'un cancer du
	—	1972	sein jusqu'en 84; changement professionnel
	29	1973	Décès du beau-père
	30	1974	2e enfant
	31	1975	Rachat de la maison des grands-parents
Opération (ablation vésicule biliaire)	32	1976	Décès de la belle-mère
Ligature	40	1984	3e enfant; décès mère à 72 ans (coeur)
	41	1985	Début bénévolat
Sent. : «très difficile»	43	1987	Départ de la plus vieille des filles
	46	1990	Le conjoint travaille à l'extérieur pour 3 ans
Ménopause; hormones	47	1991	
Sent. : «grande tristesse et forte culpabilité»	48	1992	Mariage en cachette de la plus vieille
	49	1993	Pré-retraite du conjoint
	50	1994	Fin bénévolat; second départ de la 2e fille
Diagnostic cancer du sein	51	1995	

2.3.2.4 SUJET NO 4

- DONNÉES AUTOBIOGRAPHIQUES : 41 ans, mariée, 1 enfant - DIAGNOSTIC : Cancer du sein.
- COMPORTEMENT GÉNÉRAL AU COURS DE L'ENTREVUE :
  Bonne expression, mais beaucoup d'agressivité, sans aucune pleur.

2.3.4.2.1 Relation parentale

Mon père est décédé à 42 ans d'une pancréatite, j'avais 9 ans. Je me rappelle l'avoir vu partir en ambulance. On m'a dit que sa mère mettait de la bière dans son biberon lorsqu'il était bébé. D'ailleurs il buvait beaucoup, même au volant. C'était un homme super anxieux et chialeux aussi. Avec lui il y avait toujours du danger de se faire attaquer, tout était danger. Il était sensible, il pleurait, il était capable d'émotions. J'ai aimé sa froideur pour le temps que je l'ai connu [nous ne savons malheureusement pas le sens donné ici au mot froideur]. Avec ma mère il était très jaloux, même d'un beau gars à la télévision. Il aimait ma mère bien vêtue. La grand-mère maternelle demeurait sous notre logement, elle était autoritaire et bête. Elle était jalouse de ma mère. Elle était comme ma belle-mère qui disait que je lui avais «volé son gars». Ma mère a 70 ans. Lorsqu'elle était enceinte de moi, à 27 ans, elle a commencé à avoir des palpitations suite au décès accidentel de son beau-frère. Lorsque j'étais enceinte de mon enfant elle a été opérée à coeur ouvert, j'étais en panique. Elle a aussi fait de l'épilepsie, de l'ostéoporose, du rhumatisme. Elle a vécu en union libre, de 70 à 79, avec un gars qui l'a trompé et lui a amené une maladie vénérienne. Elle l'a laissé et a connu un ex-alcoolique en 80. Il est décédé en 90.

Avec le père elle était molle, elle ne démontrait pas de tendresse mais toujours de la tristesse. Je me rappelle quand j'étais petite je lui demandais : «Pourquoi tu ris jamais maman?» Je me rappelle elle avait une peur épouvantable des serpents. Je suis un peu comme elle, j'ai du chien mais je suis molle. Pour moi ma mère je l'admirais.

2.3.2.4.2 Fratrie et famille en général

J'ai une soeur de 49 ans. On était très près. Lorsqu'elle s'est mariée j'ai eu beaucoup de peine parce qu'elle m'aimait comme son enfant. Elle a été abusée par le frère de mon père à 7 ans. Ma soeur elle est comme ma mère, douce et permissive. Elle est inquiéteuse comme moi c'est l'enfer. J'ai un frère de 48 ans lui aussi très inquiéteux, extrémiste et perfectionniste. Il y a un autre frère de 44 ans séparé, qui a des troubles avec l'alcool comme mon père. Il en veut au monde entier à cause de son divorce. Il est très rancunier face à son ex-épouse. Il dit qu'il va la tuer. Ma soeur de 44 ans est aussi séparée. Un de ces enfants est autistique. Son conjoint a des troubles avec l'alcool. Ma soeur est très agressive, très sociale et aventureuse. Je sais qu'elle a des troubles au niveau des organes génitaux. En y pensant bien je pense bien que je ressemble pas mal à mon père : chaleureuse et inquiéteuse, surtout face à mon enfant.

2.3.2.4.3 Éducation et instruction

Comme bébé j'ai été aimée de tous. Si on était heureux chez nous, ni oui ni non. Quand ma mère est tombée enceinte de moi elle était sûre de ne plus avoir d'enfant. J'ai souffert d'énurésie primaire jusqu'à 9 ou 10 ans comme toute la famille d'ailleurs. Jeune je faisais

souvent des cauchemars de mort. J'ai commencé l'école à 7 ans. Ha! la coupure avec maman! Elle m'avait d'ailleurs insultée en m'offrant un «coffre à crayons». À l'école j'aimais tout le monde dans la classe, même le mouton noir, ça se peut pas le laisser. Même ceux qui devraient me haïr m'aiment. J'ai terminé un cours au niveau des soins dentaires à 22 ans. J'ai trouvé un premier travail tout de suite. J'aime beaucoup mon travail.

2.3.2.4.4 Maladies

D'abord à 2 ans et demi j'ai été victime d'un accident d'auto et j'ai dû être hospitalisée 45 jours. Je me suis sentie grandement abandonnée. J'écrasais le manger entre mes mains et je mangeais le surplus. À 13 ans, j'étais myope, j'ai des verres mais je les porte pas, ça m'achale. Vers 14 ans je m'étais brûlée avec une bonbonne d'aérosol et l'année d'avant je m'étais cassée la clavicule. Après ma brûlure, vers l'adolescence, j'ai développé certaines allergies. Petite j'étais souvent constipée, des fois durant une semaine. En 1973 moi et mon futur mari avons eu un grave accident et il a dû subir une amputation. À 22 ans je me suis fait faire une chirurgie esthétique au niveau de nez puis à 36 ans ce fut au ventre. Depuis 95 j'ai des bourdonnements, je deviens comme sourde de l'oreille droite. Parfois ça dure une journée ou deux. En 1992 j'ai eu une tumérectomie au sein droit avec deux ganglions d'attaqués sur 10. Je sentais que c'était ça, je le savais et je me suis dit je vais mourir. Mais là il est parti ce cancer... dans la poubelle. Si j'en ai un autre ils vont l'enlever. J'ai passé à travers alors que d'autres paniquent. Même mon fils sait rien de ça. Je sais d'où il vient mon cancer, c'est l'aventure extraconjugale de mon mari en 90, ça me piquait partout. Le pire c'est qu'il

répondait pas à mes questions ou bêtement. Je suis convaincue que c'est ça. C'est incroyable ce qu'il a pu faire. Et dire qu'il travaille encore avec elle. En 94 ce fut une période triste et j'ai été fâchée de plusieurs choses. C'est là aussi que j'ai eu mon deuxième cancer; une bosse du côté gauche. J'ai eu de la radiothérapie et de la chimio. En 95 j'étais devenue chauve.

2.3.2.4.5 Amour, mariage et sexualité

J'ai connu mon mari à 16 ans, lui en avait 18. Il s'était dit «jamais je l'aurai». Pourquoi je l'ai aimé? Pour les mêmes raisons que je divorcerais aujourd'hui : son indifférence, son indépendance, son charme. Je me suis mariée à 22 ans. Je me serais pas mariée or mon mari l'a voulu pour sa mère. Le motif de nos disputes était qu'il méprisait que j'étais inquiéteuse. Aujourd'hui c'est son aventure. Le dialogue entre nous est profond mais c'est un monologue. [À cette question sur le dialogue il est évident ici que madame nous disait qu'elle aurait voulu, qu'elle voulait de la «profondeur» mais qu'elle se sentait seule à l'exprimer. D'ailleurs elle en a ajouté sur la souffrance de l'aventure de monsieur dans un style décousu voire incohérent presque, avec beaucoup d'agressivité]. Cette femme avec son allure avait d'autres valeurs. Je croyais pas à la fidélité. Ça vaux-tu le coup de recommencer? J'en vois tellement. J'aurais dû plus le retenir. J'étais pas jalouse. Ça fait six ans et je vais me venger. Le jour où je vais dépérir tu vas dépérir aussi [elle fait ici allusion à la maîtresse du conjoint]. J'en rêve la nuit. C'est la cause [elle] de mes deux cancers.

J'ai été menstruée à 13 ans. Je n'ai pas de troubles avec ça ni les syndromes prémenstruels. Mes premiers jeux sexuels remontent à 5 ans, j'ai trouvé ça affreux [la découverte de l'autre sexe]. J'ai toujours été curieuse mais peureuse en même temps. J'ai découvert la

masturbation à l'adolescence, 12 ans, sans problème de culpabilité. Ma première relation complète a été avec mon mari à 16 ans, c'était O.K. Moi je suis excitée facilement c'est pas difficile. Les hommes eux sont comme des animaux, ils ont pas besoin d'amour, c'est un besoin. C'est pour cela que les hommes et les femmes ne peuvent pas se comprendre, ils ne peuvent qu'avoir des enfants point. Comme j'étais régulière on prenait la méthode du calendrier comme contraception. Mon mari a eu une vasectomie en 90. De la porno? Il y en a chez nous, j'en regarde avec lui, ça me choquait un peu. Je pense qu'il y en a qui sont pires [que son mari]. On fait l'amour une fois par semaine, le samedi. J'ai besoin de beaucoup de fantasmes, c'est très important. Quand j'y pense j'ai souvent senti avoir du pouvoir sur lui avec la sexualité.

Mon fils a 11 ans, je l'ai nourri. Enceinte je faisais de l'anémie. Ma grossesse a été très belle et j'ai eu une césarienne. Mon fils est attaché aux deux mais il a confiance en moi, je suis toujours là, son père est absent. Le pire dans ma maladie ce serait de laisser un enfant. Ma hantise serait de priver mes enfants [elle dit bien mes enfants même si elle n'en a qu'un] de leurs liens avec moi. J'ai jamais pensé au divorce en profondeur, j'ai préféré le *statu quo*. C'est peut-être faible de ma part? J'ai fait un enfant c'est pour le rendre... Mon mari je l'ai aidé beaucoup, il se décourageait et je l'encourageais. Si j'étais pas là il se serait pas rendu là.

2.3.2.4.6 Généralités

Je crois en Dieu comme un ensemble de personnes plus puissantes : mon père est là. Jeune je sortais de mon corps à 13 ans. Je suis très influençable. Après la mort c'est embêtant?

Après l'adultère je me disais j'aime autant pas vivre comme ça, si je suis pour vivre malheureuse que je meure. Je disais à mon beau-père [nous ne pouvons certifier s'il s'agit du deuxième conjoint décédé de la mère ou du père de son mari aussi décédé. Nous pensons qu'il s'agit du deuxième conjoint de la mère parce que dans le tableau chronologique qu'elle a vérifié elle l'a identifié comme son beau-père] «viens me chercher je veux plus». Ce qui me flatte le plus c'est qu'on ait besoin de moi. Quand les gens se confient je suis importante. Mon plus grand regret c'est de pas avoir été plus loin dans mes études et pas avoir eu un deuxième enfant. Ma plus grande satisfaction c'est mon petit et c'est aussi de vivre pas trop mal malgré tout ce qui m'est arrivée, pas d'Institut Roland-Saucier. J'ai le coeur de vivre et une grande force de caractère. Les événements les plus importants sont la naissance de mon fils, mon opération pour le nez. Les pires événements sont l'amputation de mon mari, la mort de mon père et mon cancer.

J'ai une grande peur des ascenseurs, je préfère monter à pied. J'ai peur aussi des hauteurs, j'ai des vertiges. Je m'aime comme je suis je ne changerais rien ni au niveau physique ni au niveau de mon caractère. La personne la plus importante dans ma vie c'est mon fils. Moi en premier [interrogative et songeuse] mais c'est lui, c'est égal. Il y a une personne que je déteste; la maîtresse de mon conjoint. Si je résume mon passé je constate que j'ai pas fait grand-chose pour moi. Quant au futur je le vois même pas; je vis comme un alcoolique, au jour le jour. Pour moi l'amour signifie respect, si un homme fait pas ça y'en a pas.

AUTOBIOGRAPHIE CHRONOLOGIQUE
— SUJET # 4 —

ÉVÉNEMENTS PSYCHOLOGIQUES ET SOMATIQUES	ÂGE	ANNÉE	ÉVÉNEMENTS EXISTENTIELS
La mère était certaine de ne plus avoir d'enfants	0	1954	Troubles de palpitations de la mère; une soeur de
	—	1954	8 ans, un frère de 7, un de 5 ans
Accident d'auto (hospitalisée 45 jours); grand	2½	1956	
sentiment d'abandon	—	1956	
	5	1959	1ers jeux sexuels
Cauchemars récurrents de mort	7	1961	École; affaire de l'agression de la soeur
Fin énurésie primaire; maladie et symptômes?	9	1963	Décès du père (42 ans); déménagement
	12	1966	Découverte de la masturbation
Accident : cassure clavicule; myopie	13	1967	1res menstruations
Accident : brûlures; début allergies	14	1968	
	16	1970	Union libre de la mère; connaissance du conjoint;
	—	1970	1re relation sex.
Très grande peine	18	1972	Maison démolie : logement familial; doit se débar-
	—	1972	rasser de son chat
Accident : conjoint amputé	19	1973	
	20	1974	Décès : GMM et GPM
	21	1975	1er travail; voyage dans le Sud
Chirurgie esthétique (nez)	22	1976	Graduation; retour au Saguenay
	25	1979	Séparation de la mère
	26	1980	Nouvelle union libre de la mère
	27	1981	Décès GPP
	28	1982	Enceinte; nouveau travail; achat maison
Sentiment de panique (mère malade)	31	1985	Opération mère (coeur); 1er enfant
	35	1989	Décès GMP
Chirurgie esthétique (ventre)	36	1990	Décès beau-père; vasectomie conjoint; autre tra-
	—	1990	vail; aventure du conjoint
Néo (sein droit); perte de cheveux...	38	1992	
Néo (sein gauche); gr. tristesse toute l'année	40	1994	
Troubles d'audition (surdité, bourdonnement)	41	1995	

2.3.2.5 SUJET NO 5

- DONNÉES AUTOBIOGRAPHIQUES : 45 ans, mariée et mère d'un enfant - DIAGNOSTIC : Cancer du sein.
- COMPORTEMENT GÉNÉRAL AU COURS DE L'ENTREVUE :
  Bonne expression, mais beaucoup d'agressivité, sans aucune pleur.

2.3.2.5.1 Relation parentale

Mon père a 75 ans, il est alcoolique; c'est une maladie. Il est plaignard, chialeux, agressif et méchant verbalement. Ce n'est pas le genre à revenir s'excuser. Mais je ne peux pas dire que je l'aime pas. Notre relation est bonne. Il a rempiré quand j'avais entre 8 et 10 ans. Je n'ai pas de reproches à son égard : on était tous égaux chez nous. On était très pauvre aussi. Actuellement il demeure à l'extérieur, il s'est remarié en 91, j'était contente pour lui. Il a une très bonne épouse. Maman avait eu de la misère et là il voyage. [À ce moment-ci madame démontre une tristesse mêlée de rancune facilement perceptible]. Il était méchant avec elle. Je me suis bâtie moi-même. Ma mère est décédée en 1980 à 54 ans d'un cancer du sein. Elle avait eu un premier diagnostic en 73. C'était une femme déprimée. J'ai pas eu une très belle relation avec. Je me souviens que je lui disais «je t'aime pas». Je n'aimais pas ce qu'elle faisait. Elle me faisait faire des cochonneries comme me faire dire aux créanciers qu'elle n'était pas là. J'endurerais pas un alcoolique moi. Le reproche que je pourrais lui faire c'est d'avoir été élevée par une tante. Aussi c'est de n'avoir jamais parlé de sa mère mais juste de son père. Je me sentais rejetée

d'elle, elle était froide. Avec ma mère j'en faisais plus pour être aimée plus. Je me rappelle une fois vers 8 ans à peu près, elle regardait la télé et elle pleurait. J'ai voulu la consoler et elle m'a tirée son verre d'eau. Ça été très marquant pour moi. Je pense que c'est à partir de là que je suis devenue très autonome. Je faisais le lavage, je bossais; c'était très sale chez nous. Une fois aussi je l'ai entendu dire qu'elle aurait voulu que 4 enfants, c'était grave vous savez. Enceinte de moi ma mère aurait été frappée par mon père.

2.3.2.5.2 Fratrie et famille en général

Moi j'ai 46 et ma soeur la plus vieille a 47 ans. Elle s'est mariée enceinte à 17 ans. Elle est bizarre. Elle est enfermée, sans amis, meilleure que toutes, jalouse, dévalorisante, étrange. Elle est PMD [psychose maniaco-dépressive]. Elle est comme notre mère, froide. Son fils est homosexuel. Elle s'est mariée trois fois, a été adultère. À son troisième mariage elle a marié un PMD et ça va bien. Elle a eu un cancer, les deux seins. Ensuite j'ai une soeur plus jeune que moi de deux ans. Elle est mariée et a trois enfants. Elle est bonasse, elle n'a pas de discipline, elle est calme, tranquille et a un grand coeur. Sa maison est malpropre. Ses enfants manquent de respect et son mari est un gros paresseux. Elle a été abusée sexuellement plus jeune. En 93 elle a eu une bosse, un tumeur bénin, sur un sein. J'ai une autre soeur de 43 ans. Elle aussi s'est mariée enceinte à 17 ans. Elle s'est séparée et vit actuellement en union libre. Elle a un important trouble avec l'alcool. Elle est comme notre mère [madame utilise réellement l'expression "notre mère"], froide. Elle n'a jamais pleuré. Elle a eu un conflit important avec papa. Ensuite

j'ai une autre soeur de 42 ans. Elle est très perturbée dans sa santé mentale, elle est PMD ou schizo et paranoïaque. Elle est souvent «off». Elle est dysfonctionnelle, elle a peur de tout. Les enfants font pitié. Sa maison c'est le désordre, il fait noir. C'est plus grave que la plus vieille. À seize ans elle était en amour avec un gars de 32. Quant à ses deux enfants ils sont obèses. La suivante a 40 ans. Elle est mariée, a un enfant problématique et obèse. Il a fait une tentative de suicide en 95, il avait 15 ans. Elle a été abusée sexuellement à 4 ans. Quand ma mère l'avait su elle avait dit «silence». Notre père l'a jamais su, elle disait que c'était notre faute [nous savons ici que cet oncle était un frère de la mère]. Mon oncle avait éjaculé dans les mains de ma soeur et ma mère avait dit «va laver tes mains». Elle est jamais contente d'elle, de son corps; l'esthétique est très fort. Elle est torturée intérieurement, elle veut être mieux que tout le monde. Elle a des problèmes de couple. Elle a eu un cancer du sein en 93 et là elle a plus de troubles mentaux. Ensuite il y a mon frère de 38 ans. Il est marié et a trois enfants. Il a une fille autistique. Il a eu un grave conflit avec le père. Il est comme lui, il sort beaucoup. Il est en compétition avec lui. Il a des troubles d'alcool et c'est de pire en pire dans son couple. Lui c'est le «clown», tout le temps. Il est même très humiliant avec ses enfants surtout son fils le plus vieux. Ma soeur de 37 ans. Elle est mariée et a deux enfants. Elle est gênée et très nerveuse. Au plan sexuel il y a quelque chose, je sais pas? [Cette remarque sur la sexualité vient de madame elle-même]. Elle est mariée avec notre cousin. La neuvième a 35 ans, mariée, trois enfants dont une fille autistique. Comme ma soeur précédente et deux autres soeurs, elle a eu un fibrome utérin. Elle est très très défensive, elle a deux personnalités je crois. Elle passe de blanc à noir très vite. Elle a été blessée beaucoup. Elle a toujours raison, elle est toujours

mieux que les autres. Elle parle mal des autres. Sa famille est pleine de problèmes. Elle a demeuré chez moi il y a 18 ans. La dixième a 33 ans. Elle est plaisante mais peu démonstrative, comme notre mère. Elle est mariée, deux enfants. Elle a eu une bosse sur un sein mais c'était bénin. Ensuite j'ai un frère de 31 ans. Il est marié et a un enfant. Il est bronchite et fait des pneumonies. Il est bourasseux et immature. Il a été protégé par la mère. Par exemple elle le gardait au lieu de l'envoyer à l'école. Ma mère cachait beaucoup de choses à notre père. [Nous lui demandons pourquoi?] Pour remplacer ses manques à elle parce que les enfants étaient plus forts qu'elle peut-être! L'avant-dernière a 30 ans, mariée et deux enfants. Elle s'est mariée enceinte. Elle est fine. Son mari est chialeux, elle ne mérite pas ça. La suivante a 27 ans et célibataire. Elle est critique et a beaucoup de difficulté à dire du beau. Elle se sent toujours attaquée, manque de confiance, bougonne, jamais contente et immature. Elle a beaucoup de promiscuité sexuelle. La dernière a 25 ans et est célibataire. Elle est bien dans sa peau, stable et mature. On n'a pas eu beaucoup de liens avec les grands-parents. Du côté de mon père il y aurait eu du cancer. Du côté de ma mère il y a eu trois tantes dépressives, surtout quand elles avaient eu des enfants. Il y a eu aussi trois oncles à problèmes : deux abuseurs et un autistique avec, généralement, tous des troubles d'alcool. Dans notre famille il y a beaucoup de farces à connotation sexuelle. Le pire événement dans notre famille je pense que c'est la boisson. Ma mère était triste dans son mariage, elle était pauvre et rejetée. À tout le moins il n'y a pas eu de suicide ni de drogue dans notre famille, personne n'a mal tourné. À qui je ressemble? Je pense aux deux : à ma mère, maternelle, douce; à mon père : honnête.

2.3.2.5.3 Éducation et instruction

Chez nous, nous n'avions pas le droit de parole, surtout avec le père qui criait et sacrait et se choquait. On était pas puni mais nos parents, les deux, nous traitaient de niaiseuses. J'étais pas libre de mes sentiments, surtout devant ma mère. Je me rappelle que je me disais jeune que papa ne venait pas à la maison parce que c'était sale, alors je frottais. Mon père m'attirait car il me complimentait, ma mère était jalouse de moi. Jeune j'aimais prendre les enfants ça me valorisait mais devant ma mère j'étais incapable. Mes parents étaient heureux à leur façon avec leurs problèmes. Notre vécu familial c'est plus un ensemble de choses désagréables qu'agréables. Je fais des efforts pour garder un lien familial, je pense à tout le monde. C'est mon sang ma famille. Je l'ai pas eu l'affection que je voulais. Je me suis toujours donnée. [À un certain moment madame dit j'ai quatorze enfants or elle a un enfant, un mari et douze frères et soeurs]. Enfant j'étais joviale et trop bonasse. J'aurais aimé être garde-malade mais j'aime ce que je fais, garder des enfants. J'aime ça de prendre soin; enfants, personnes âgées. Le monde travaille que pour le matériel.

2.3.2.5.4 Maladies

Je suis née avec un kyste sur la glande thyroïde et j'ai été opérée à 5 ans, juste avant l'école. Après l'opération j'étais complexée à cause de la cicatrice. J'ai été menstruée à 12 ans, l'enfer; adolescente j'avais des adhérences et des problèmes à l'utérus. Une fois à l'église, vers 13 ou 14 ans, j'ai perdu connaissance. Mes syndromes sont très forts. À 19 ans, j'ai été opérée pour l'appendice et c'est là qu'on a vu les problèmes d'ovaires. D'ailleurs je pense que mes

troubles avec mes ovaires sont en lien avec mon kyste à la naissance. À 21 ans je me suis fait enlever les dents du haut. C'était pas nécessaire, le dentiste avait décidé car ça aurait coûté trop cher, disait-il. Avant mon mariage j'ai eu une salphingite mais j'avais jamais eu de relations sexuelles [Madame reconnaît le paradoxe mais n'ose pas ici impliquer le conjoint]. J'ai eu une fausse couche à 23 ans. J'ai été hospitalisée avec des mères et j'ai trouvé ça très dur. Quand mon fils a eu 2 ans j'ai eu une infection, un kyste à l'utérus et un débalancement hormonal. J'ai cessé d'être menstruée durant deux ans. On a dû me faire l'ablation de l'utérus et d'un ovaire. L'autre a été enlevé dix mois plus tard. Enceinte je suis passée de 110 livres à 200 livres. Un mois après l'accouchement j'ai été hospitalisée deux semaines pour anémie, curtage, infection vaginale. Quand mon fils avait 4 ans j'ai eu une salmonellose. J'ai perdu 20 livres, j'ai aussi été un mois en diarrhée et souffert d'arthrite. Je porte des lunettes depuis. En 93, juin, j'ai eu une tumeur maligne au sein. Je me suis dit pourquoi c'est venu frapper à ma porte tant de marde? [À cette partie de l'entrevue madame pleure]. Je me dis qu'il n'est plus là mais j'ai peur. Moi je souffre pas mais peut-être mon conjoint, mon fils? Après le cancer je me sentais coupable de pas tout donner aux enfants que je gardais. Je ne pense pas qu'il y ait d'agent responsable pour mon cancer. C'est certain que ma mère a eu une vie triste. Si j'avais une mastectomie j'irais pas me faire faire un autre sein sauf si le mari ne l'accepterait pas. Après l'opération du cancer j'ai passé un bien beau deux semaines de vacances avec mon conjoint. En avril 95, j'ai eu un grave accident au coccyx. J'ai beaucoup d'allergies, quand j'étais petite j'étais bronchite. J'ai certains troubles d'intestin : diverticulites, perte de mucus. Il m'arrive souvent d'avoir des crises de foie après le souper.

2.3.2.5.5 Amour, mariage et sexualité

J'ai connu mon mari à 21 ans, lui avait 22. D'abord j'étais pas intéressée. Je l'ai aimé parce qu'il était calme, doux et avait bon coeur. Aussi il a bien accueilli que j'avais été abusé à 4 ans. On s'est fréquenté un an et il a décidé du mariage. Nous avons alors vécu deux ans dans une commune. Durant ce temps il a été adultère, j'aurais aimé mieux pas savoir. Il est inquiéteux et très insécure et face à moi il a tendance à «bosser», c'est un peu le motif de nos mésententes. Aussi il ne s'est pas occupé beaucoup de l'enfant. Il avait sa musique, son magasin... Je me suis souvent sentie seule à cause de sa musique, le soir, les fins de semaine. J'aurais aimé plus de famille [ici madame semble très touchée voire déçue en réalisant et en admettant l'échec de son couple à cet égard. En fait même les raisons évoquées pour ne pas en vouloir à son conjoint n'arrivent pas à masquer sa tristesse. Ainsi elle ira jusqu'à dire que le père de son conjoint est quelqu'un de très insécure, qu'il a peur de tout]. Son père était peureux maladif, «ruff», très contrôlant et profiteur sexuel. Mon mari a perdu sa mère il avait 9 mois. Le dialogue est très bon dans notre couple sauf que mon mari dit pas tout de suite ses choses. J'aimerais qu'il arrête un peu sa musique mais je suis incapable de dire non à sa musique. Il en prend trop encore et les pratiques à la maison. Il y a quelques semaines il arrivait à quatre heures du matin. Ça me touche parce qu'il n'est pas bien, il est malade et fatigué. Il me trouve merveilleuse mais je veux pas être un bout de bois, j'ai besoin de plus que le sexe.

J'ai été abusée par mon oncle à 4 ans, il me caressait. Vers 8 ans moi et un copain on s'est montré nus et je suis venue mal, c'était gros. Ma première relation complète a été avec

mon mari, j'ai ressenti de la douleur. Chez nous il y a de la pornographie. Au début ça me choquait, il se masturbait en lisant Playboy. On a des relations de trois à quatre fois par semaine. Je n'ai pas de tabous. Occasionnellement on a des relations anales. J'ai eu mon fils en 75. Avant j'avais eu une fausse couche, j'étais au septième ciel. Ça me rappelle, j'avais eu un très important mal de seins après le curtage conséquent à cette fausse couche. Au début avec l'enfant, j'étais faible, j'avais mal aux jambes, je faisais des pertes de sang : il prenait tout ce que j'avais. L'accouchement a duré treize heures; difficile mais mes syndromes prémens-truels sont plus forts que ça! J'étais trop faible pour allaiter. L'enfant a été deux semaines chez sa marraine et j'ai été moi, un mois et demi à l'hôpital. Il a fait des amygdalites à répétition depuis sa naissance, des otites, des tubes dans les oreilles et du faux-croupe. Il me ressemble : social et jovial. Il se frustre vite comme son père. Petit son père n'a pas fait grand-chose avec lui. J'aurais aimé avoir cinq ou six enfants si on avait eu plus d'argent et si j'avais eu mes organes.

2.3.2.5.6 Généralités

J'aime les quilles mais à deux soirs par semaine ça faisait plus l'affaire de mon conjoint. On a pas de loisir ensemble, rien. Je pense que Dieu était là pour moi. Je l'ai toujours prié, seule dans ma tête. Pour moi Dieu c'est la création, le protecteur. Mais je me demande s'il a aidé ma soeur? Après la mort je suis pas sûre, je sais pas. J'ai toujours eu peur de vieillir, perdre ma séduction pour mon mari. Mon plus grand regret c'est de ne pas avoir assez poussé

mon éducation pour aider mon mari. Ma plus grande satisfaction c'est de me sentir bien dans mon mariage avec mon enfant; de ne pas me laisser piler sur le dos. En auto la vitesse me donne des vertiges. J'aime pas le bruit. J'ai déjà eu des symptômes agoraphobiques. Je ne conduis pas l'auto. Une fois j'ai failli heurté un enfant. Ma crainte c'est les enfants : frapper un enfant ce serait terrible. J'ai pas peur des animaux mais si j'avais un animal je ne pourrais pas le laisser seul. Jeune j'avais peur qu'on nous sépare de nos parents. J'ai déjà eu peur du cancer mais ma solution c'était le déni total. Je pense que je changerais pas grand-chose à mon caractère, pas maintenant. Ce que j'aime le plus de moi c'est mon bon coeur, ma capacité d'aimer ça c'est très important. Il n'y a pas grand monde qui m'aime pas. J'aime faire vivre les autres, m'exprimer de cette façon. La personne la plus importante c'est mon mari, après c'est moi. J'ai une belle vie même si j'aurais aimé plus d'enfants. Mon passé m'a donné la force d'affronter la vie.

AUTOBIOGRAPHIE CHRONOLOGIQUE
— SUJET # 5 —

ÉVÉNEMENTS PSYCHOLOGIQUES ET SOMATIQUES	ÂGE	ANNÉE	ÉVÉNEMENTS EXISTENTIELS
Kyste sur la glande thyroïde	0	1950	Une soeur de 1 an (PMD, néo aux deux seins)
	2	1952	Naissance soeur (tumeur bénin au sein)
	3	1953	Naissance soeur (néo poumons, alcool); arrivée de
	—	1953	l'oncle à la maison
Patiente abusée par l'oncle	4	1954	Naissance soeur (PMD, schizophrène)
Bronchite; opération kyste	6	1956	Naissance soeur (abusée, fibrome utérin, néo sein;
	—	1956	école
Début d'une grande autonomie	8	1958	Vision de l'oncle nu; 1ers jeux sexuels
Abcès oreille	9	1959	
	10	1960	L'abus d'une soeur se découvre
Troubles à l'utérus (adhérences)	12	1962	Naissance frère (alcool); 1res menstruations
Perte de connaissance (église)	13	1963	Naissance soeur (fibrome utérin); découverte mas-
	—	1963	turbation
	15	1965	Naissance soeur (paranoïaque, fibrome utérin)
	17	1967	Fin 11e année; naissance soeur (bosse sein)
	18	1968	1er travail (manufacture, 2 à 3 ans)
Appendice; troubles ovariens	19	1969	Naissance frère
	20	1970	Naissance soeur; 2e travail
Salphingite; prothèses dentaires haut	21	1971	Naissance soeur; connaissance mari; aventure du
	—	1971	conjoint
	22	1972	Mariage (2 ans en commune); aventure conjoint
	23	1973	Naissance soeur; diagnostic de la mère (néo sein)
Fausse couche; grave mal aux seins; curtage;	24	1974	Déménagement de Montréal au Lac-Saint-Jean
période difficile	—	1974	
Hospitalisation (troubles jambes, anémie,	25	1975	1er enfant
infection vaginale)	—	1975	
	28	1978	Garde des enfants à la maison
Salmonellose; trouble vue (verres); perte de	29	1979	Mari et fils attrapent la salmonellose
poids; diarrhée, arthrite	—	1979	
	30	1980	Décès mère (néo sein, 54 ans)
	34	1984	Déménagement Chicoutimi; commerce du CJ
Problèmes de couple important	35	1985	Perte du commerce du CJ et son départ pour
	—	1985	8 mois à l'extérieur
	36	1986	Nouvel emploi du CJ
	37	1987	Achat d'une maison familiale
	41	1991	Remariage du père; mari malade (trouble rétine)
Diagnostic (néo sein droit)	43	1993	Mononucléose du fils
	44	1994	Recommence à garder des enfants
Accident coccyx	45	1995	Décès 2e mère du conjoint

2.3.2.6 SUJET NO 6

- DONNÉES AUTOBIOGRAPHIQUES : 49 ans, mariée et mère de trois enfants

  DIAGNOSTIC : Cancer du sein.

- COMPORTEMENT GÉNÉRAL AU COURS DE L'ENTREVUE :

  Se livre très facilement comme si elle profitait de l'occasion.

2.3.2.6.1 Relation parentale

Mon père est décédé à 58 ans, l'année c'est pas important. [Madame se rappelle qu'il est mort dans un hôtel de très basse classe]. Ça l'air bête mais je ne sais pas de quoi il est mort. À son décès j'ai réagi assez froidement. Si j'étais présente? Heureusement j'y étais pas. C'était un alcoolique. Il faisait des robes de mariées. Il était d'une intelligence supérieure mais il m'a incestuée de 4 ans à 15 ans, là j'ai fui de la maison. En fait j'étais plus attachée à mes grands-parents qu'à mes parents, quoique ma mère a déjà dit de mon grand-père paternel comme d'un potentiel agresseur sans le dire directement. Ce que je me rappelle de mon père c'est qu'il me punissait si j'étais pas fine sexuellement. Ma mère était infirme. Mon père l'avait mariée elle avait 32 et lui 20 ans. Je lui ai parlé de l'inceste, elle disait que c'était de ma faute. Elle est décédée à 80 ans en 90. Seul mon frère pouvait lui toucher donc j'ai pas pu être présente totalement. Ma mère était agressive. Elle n'était pas lamenteuse. Elle avait même jamais vu un médecin. Elle était très renfermée et aucunement affective. Elle a fini ses jours vingt ans en foyer à dormir assise sans radio ni télévision. Elle a fait ses besoins vingt ans dans une «canisse». Avec mon frère elle faisait son épicerie sur circulaire. Pour mon frère ma mère c'était une sainte et fallait pas lui toucher. Il n'y a pas eu de relation avec elle. Il n'y a rien eu

d'heureux dans mon enfance. C'est comme si je les avais pas connus. Je ne sais pas de qui je peux retenir. C'était un couple sans aucune affection. Au décès de ma mère je me suis demandée pourquoi une existence si pénible? Comment ai-je fait pour me sortir de tout cela? Déjà à 6 ans j'avais des responsabilités : aller chercher de la bière, inscrire mes soeurs à l'école, etc. Elle disait que je serais son bâton de vieillesse. À 13 ans ma mère a fait une dépression et elle est entrée en institution. Quand ma mère était seule on couchait tous ensemble.

2.3.2.6.2 Fratrie et famille en général

J'ai un frère de 51 ans. Il est divorcé. J'ai peu de contacts avec lui. C'est un ex-alcoolique, dictateur, sermoneux. Il est impulsif et agressif. En fait il a arrêté de boire au décès de mon père. Il a des délires religieux. Il s'est déjà battu avec mon père. Une fois quand j'avais 10 ans ma mère avait mis mon père dehors et garder le fils. Après moi il y a une fille de 47 ans, donc de deux ans plus jeune. Elle est mariée et a une fille très dépendante affectivement. Elle est très égoïste. Elle ne voulait pas avoir d'enfant parce qu'elle avait peur de perdre l'amour de son conjoint. D'ailleurs elle le dit clairement : elle a aucun esprit maternel. Elle est devenue très dépressive après le décès de notre mère car c'est elle qui l'avait rentrée à l'hôpital dit-elle! J'ai une bonne relation avec elle. Jeune elle me jalousait mais sans savoir ce qui se passait entre moi et son père. La dernière a 43 ans. À son mariage elle a dit à propos de son mari «lui ou un autre, les hommes sont tous pareils». Elle est inhibée, retirée, fermée et isolée du monde. Elle n'exprime jamais rien. Je pense qu'elle a été aimée d'amour par mon frère. Récemment elle a reçu une cassette morbide de lui. Sa santé est très mauvaise.

2.3.2.6.3 Éducation et instruction

C'était anormal et malsain chez nous. J'avais trop de responsabilités d'adulte étant jeune. Mon père me punissait avec la «strap» si j'étais pas fine sexuellement et ma mère devenait agressive envers moi par jalousie. Mes parents c'était pas un couple. Ils n'étaient pas heureux. Enfant je faisais un cauchemar : que mon père ne revenait pas. J'ai commencé l'école à 6 ans. C'était très dur parce que j'avais pas d'aide à la maison. Heureusement j'apprenais facilement. À 12 ans ma tante m'a arrêtée d'aller à l'école, j'avais plus d'amies, plus rien. C'est à cette période que j'ai été agressée par mon oncle, le frère de mon père. J'ai averti son épouse et elle a divorcé. Adolescente je cherchais souvent à me faire aimer. J'avais toujours peur que le gars me laisse. J'ai toujours pensé que mon chum n'avait pas de défaut, c'est moi qui les avait tous. J'ai eu un premier travail permanent à 30 ans, dans une boutique. J'ai arrêté à cause de ma maladie à 42 ans. J'ai toujours besoin d'un défi à relever et je passe à autre chose. J'essaye de performer, est-ce bon? Je sais pas ce que j'aurais vraiment voulu faire. En radiothérapie j'ai presque pas arrêter de travailler. Actuellement je fais du bénévolat. J'ai travaillé dans des maisons privées et j'ai dû me sauver deux fois pour harcèlement. Je me suis sauvée de la maison familiale vers 15-16 ans.

2.3.2.6.4 Maladies

À 29 ans j'ai eu des troubles d'oreilles et de mâchoires. C'est à ce moment que j'ai eu des prothèses dentaires. À 32 ans j'ai dû porter des verres à cause de l'hypermétropie. En même temps j'ai eu des problèmes de genou : ostéochondrose. Quatre ans plus tard à 36 ans

j'ai été opérée pour le foie. En 84 j'ai eu un torticolis et une capsulite rétractile. Ça c'est l'enfer, pire que le cancer. J'ai été hospitalisée quinze jours. À 39 ans je me suis cassée une jambe. C'est en 86 que j'ai eu une tumérectomie du sein droit avec un évidement de l'aisselle. C'était le 21 décembre 86, suite à une biopsie, un stade no 2. Avec le recul la première fois a été moins pire que la deuxième à cause de l'inconnu. Ça été assez dramatique. Quand j'ai appris on aurait dit que je le savais. S'il y a des liens entre ce qu'on vit et le cancer, j'en suis certaine à 90%. Tout ce qui m'a arrivée dans ma vie avec la constipation... Je me le suis donné mon cancer mais inconsciemment. Après tout ce qui m'est arrivée dans la vie c'est normal. Quand on accumule il y a des choses qui doivent sortir. En même temps je me disais c'est pas vrai que je vais souffrir comme ma mère. Je n'ai pas voulu de psychothérapie car j'avais un défi à relever, faire semblant que ça paraisse pas. Pour moi l'image physique est très importante sinon je vais perdre le moral. J'ai du «gutts». J'ai eu une récidive et une mastectomie deux ans plus tard. Le cancer c'est comme une épée sur la tête. Ça ça été très raide, très dur. Je perdais quelque chose et je l'acceptais. Pour moi c'est très important «d'avoir l'air». Je me disais même si j'avais encore mon sein avais-je encore mes problèmes? [Selon le contexte et notre compréhension madame veut dire qu'en perdant son sein elle courait la chance aussi de perdre ses problèmes, du moins elle l'espérait]. C'est aussi là que ma plus vieille s'est sauvée à l'extérieur, elle avait 16 ans, elle ne voulait pas savoir ce qui m'arrivait. Avec l'autre de 6 ans ça été très difficile aussi. Je pense que c'est là que j'ai coupé avec ma mère, je voulais trop pour ce qu'elle voulait. Là j'ai pris du tamoxifène. De 93 à 95 j'ai eu cinq polypes dus au tamoxifène. Actuellement je prend des anti-dépresseurs. Aussi j'ai des idées suicidaires. Je suis écoeurée d'avoir mal. Je

dois prendre des anti-dépresseurs, c'est une honte pour moi. Au niveau des intestins j'ai toujours eu des problèmes, c'est le gros problème de ma vie. Il arrive souvent que je peux être douze jours constipée.

2.3.2.6.5 Amour, mariage et sexualité

J'ai connu mon mari à 16 ans, lui il avait 21 ans. On s'est fréquenté quatre ans. À 20 ans je me suis mariée. Au début j'étais pas attirée. Il était doux, peu questionneux. Il était jaloux mais par après c'est devenu fatigant. Tous les deux on est possessifs. Moi je suis impulsive et colérique. Il avait aucun défaut, durant 20 ans. En fait il a beaucoup de peurs cachées par sa douceur. Durant nos fréquentations il n'y a jamais eu de pénétration, je pensais que c'est parce qu'il me respectait. On se dispute au sujet des enfants. Il n'y a pas de dialogue dans notre couple, des monologues. Je refoule, je ne me laisse jamais aller. Pour mon cancer, par exemple, on aurait qu'il aurait pas fallu que j'en parle tout comme lui a toujours été incapable de parler de l'inceste que j'ai vécu. Si je dirais tout ce que j'ai sur le coeur... Je pense pas que ça se fasse. J'ai pensé au divorce il y a trois ans. J'ai toujours des douleurs physiques et j'étais écoeurée de lui imposer ça. C'est pareil au plan sexuel, le problème c'est pas lui c'est moi. En fait je voulais susciter le dialogue mais je me suis retrouvée isolée et là j'ai pensé au suicide. J'ai refermé ça encore en attendant qu'il se passe quoi? Le plus grand regret dans ma vie de couple c'est de pas avoir eu quelqu'un qui aurait plus dialogué. Je suis pas malheureuse mais... il n'a pas changé d'un iota depuis que je le connais.

J'ai été invitée à la sexualité vers 4-5 ans par mon père avec des touchers. Il me disait que maman le savait. J'ai pris conscience de la différence des sexes quand il a commencé à se masturber devant moi. Je me rappelle de ma première relation c'était pour faire plaisir aux hommes. J'ai jamais été excitée au plan sexuel. Vers 15 ans mon père est devenu très jaloux envers les autres hommes. Quand je prend de l'alcool c'est plus facile. Pour moi les hommes ils ont tout dans le bout de la queue, ça réfléchit pas diable. Je n'ai jamais eu besoin de contraception car il n'y a presque jamais de pénétration. De toute façon sentir quelqu'un par-dessus moi, impossible. Je vis un sentiment de possession, je hais. [Il importe de noter ici qu'ailleurs dans l'entrevue madame avait déjà souligné que son conjoint lui avait déjà dit «qu'une femme enceinte ça faisait pitié]. Après une relation je me dis tout ça pour si peu de temps. J'ai déjà pleuré après parce que je me sentais tellement mal et je ne pouvais l'exprimer. Depuis deux ans je n'ai même plus d'orgasme. Je n'accepte pas qu'il me manque un sein. Pour faire l'amour faut pas qu'il manque rien aux partenaires. Peut-être que je me sers de ça comme un motif pour pas...? J'ai jamais pu exprimer mes angoisses au plan sexuel. Ma vie sexuelle je la trouve satisfaisante. J'ai pardonné à mon père, pardonner c'est se libérer. Je ne suis pas rancunière.

Ma plus vieille fille a 29 ans, mariée et a un enfant. La grossesse a été super bien, j'adorais. Je ne l'ai pas allaitée. Le premier mois a été dur, j'étais seule. Son départ à son mariage je l'ai très bien vécu. En fait j'ai pas vraiment de relation avec, peu de confidences. J'ai toujours ressenti quelque chose de négatif avec elle, pourquoi? La seconde a 21 ans, vit

en union libre et a un enfant. Elle est très très renfermée. On a jamais pu savoir ce qu'elle pensait. Rien ne l'intéresse. Elle a fait sa première fugue à 17 ans, j'étais en radiothérapie, elle n'est jamais revenue. Elle j'avais commencé à l'allaiter et j'ai arrêté. Je sais pas ce qu'elle pense. De liens maternels, il n'y en a pas vraiment. Ma dernière a 22 ans. Elle a un bébé et vit en union libre, lui a 33 ans. Elle était non désirée. Elle est très violente et impulsive. Elle m'a donné du fil à retordre, malgré tout ça je suis la plus proche. J'ai assisté à son accouchement. Elle a vécu durement ma maladie. C'était ma faute qu'elle disait, elle était culpabilisante et me souhaitait de mourir. Elle a eu deux avortements, un premier à 14 ans et un second à 17 ans. Quand elle est partie la première fois, vers 16 ou 17 ans, mon chum était jaloux. J'aurais été faite pour être mère porteuse.

2.3.2.6.6 Généralités

Comme loisirs : chorale, aquaforme, plein de cours, peinture; j'aime relever des défis. En couple pas vraiment, j'aurais aimé voyager. Pour moi il y a toujours eu un bon Dieu qui m'accompagnait parce que j'aurais pu souvent déraper [madame précise au plan sexuel]. Je penserais qu'il y a quelque chose après la mort. J'avais beaucoup peur de vieillir c'était l'enfer total, surtout à partir de 40 ans. Maintenant je n'ai plus peur. J'ai fumé de 13 à 35 ans. La drogue j'aurais aimé ça des fois. Mon plus grand regret c'est d'avoir peu de scolarité. En fait ça m'a pas permis de savoir ce que j'aurais pu aimé faire. Mes plus beaux événements; mon mariage, mes enfants et le pire, mes deux cancers. J'ai une grave phobie des hauteurs. J'ai

monté sur le toit de la maison et ça m'a pris une heure pour redescendre. Après le tremblement de terre j'ai paralysé des jambes. Je dors la porte toujours ouverte. J'ai beaucoup de conduites d'évitement. J'aime pas me faire toucher ou caresser, ça m'agresse. Être touchée c'est être grafignée. Je suis toujours sur mes gardes face au toucher. Si j'avais des choses à changer ce serait mes réactions prémenstruelles qui sont énormément fortes. J'ai peur de donner mon amour car j'ai peur de souffrir. Ce que j'aime le plus de moi c'est ma détermination. Je m'exprime assez facilement sauf avec le chum. C'est dommage car c'est avec lui que je vis. Par exemple pour sa fête je prépare tout (déshabillé, etc.) et quinze minutes avant qu'il arrive je me défile, je me dis qu'il ne le mérite pas. Si j'ai à décider des personnes les plus importantes dans ma vie c'est mon chum, mes enfants et moi quoique maintenant c'est plus moi. Si je pense à mon passé ce qui m'a manqué le plus c'est pas l'argent mais de vraiment dire des émotions au moment précis avec l'être avec qui l'on vit sans être jugée. Quant au futur ça me fait peur pas mal. L'amour c'est une question de partage c'est-à-dire pas faire un (½ + ½) même si j'aime mon chum.

AUTOBIOGRAPHIE CHRONOLOGIQUE
— SUJET # 6 —

ÉVÉNEMENTS PSYCHOLOGIQUES ET SOMATIQUES	ÂGE	ANNÉE	ÉVÉNEMENTS EXISTENTIELS
	0	1946	Un frère de 2 ans
	2	1948	Naissance soeur
	3	1949	1er déménagement familial
Début de l'abus par le père	5	1951	
Sentiment : début de grandes responsabilités	6	1952	Naissance soeur; école
	10	1956	La mère expulse le mari pour le fils;
	—	1956	2e déménagement
Symptômes très très forts	11	1957	1res menstruations
Agressée par le frère du père	12	1958	Arrête l'école (forcée)
	13	1959	Dépression de la mère; commence à fumer;
	—	1959	1re teinture; découverte masturbation
	14	1960	3e déménagement
Fin de l'inceste	15	1961	
Harcèlement au travail	16	1962	4e déménagement; fuite de la maison;
	—	1962	connaissance du mari
	20	1966	Mariage
Sentiment négatif face à l'enfant	21	1967	1er enfant
	24	1970	Placement de la mère; 2e enfant
Nouvel endroit détesté	25	1971	Déménagement tragique
Grossesse non désirée	28	1974	3e enfant
Troubles oreilles, mâchoires; prothèses dent.	29	1975	
Trouble genou; verres correcteurs	32	198	Décès du beau-père
	33	1979	1er travail permanent (10 ans)
	34	1980	Décès du père (58 ans); cesse de fumer
Opération au foie	36	1982	
Torticolis; hospitalisation 15 jours	38	1984	
Capsulite rétractile	—	1984	
Accident (cassure jambe)	39	1985	
Néo sein droit (tumérectomie)	40	1986	
	41	1987	Fugue de la 2e fille
2e néo sein droit (mastectomie);	42	1988	Décès GPP; fugue autre fille
tamoxifène	—	1988	
	43	1989	Décès d'une amie (néo poumons)
	44	1990	Décès GMP; décès de la mère (80 ans)
	45	1991	Reprise travail jusqu'en 95; 2e fugue de la plus
	—	1991	jeune
Polypes	48	1994	Baisse de la sexualité
Pensée de divorce; idées suicidaires; anti-	49	1995	
dépresseurs	—	1995	

2.3.2.7 SUJET NO 7

- DONNÉES AUTOBIOGRAPHIQUES : 50 ans, divorcée et mère d'un enfant - DIAGNOSTIC : Cancer du sein - Madame est malheureusement décédée depuis.
- COMPORTEMENT GÉNÉRAL AU COURS DE L'ENTREVUE : Négation totale, très peu de capacité d'introspection.

2.3.2.7.1 Relation parentale

Mon père est décédé à 63 ans d'un cancer du poumon. Il avait perdu son père à 16 ans, moi j'avais 30 ans. J'étais présente à l'hôpital et près de lui, c'était très difficile. C'était un alcoolique solitaire et un gros fumeur. Il n'était pas souvent à la maison. Face aux autres il était bon vivant et expansif alors qu'avec sa famille il était isolé. Il refusait de se laisser aimer même se le laisser dire. Une personne très émotive, aux bénédictions il pleurait. Il aimait la fête mais pas avec nous. J'ai toujours senti qu'il pourrait m'aider mais je devais rester dans le non-dit. Il se serait endetté pour nous aider mais il ne fallait pas faire voir notre contentement. Si j'ai des reproches à lui faire? Son absence tant physique que psychologique. Même dans la mort il est resté non réceptif à nos émotions. Il était toujours en accord avec ma mère sauf sur la nourriture. Il la protégeait beaucoup. Sexuellement ma mère m'a déjà dit qu'il y avait une bonne entente. Ma mère est décédée en 86, à 78 ans, du coeur. Elle avait d'ailleurs fait une crise de coeur à 60 ans. Elle était très présente. C'était une femme réservée, décidée et très intellectuelle. Elle me trouvait folle mais embarquait dans mes affaires. Elle avait aussi une grande souplesse et une grande écoute. Notre relation était excellente. Je cachais rien avec.

Notre seul conflit était d'ordre religieux. Le seul reproche c'est qu'il ne prenait pas toujours pour nous. Ma mère elle nous révélait ses complaintes comme une aventure du père lorsque j'avais 8 ou 9 ans. Elle a fait beaucoup de bénévolat. Avec mon père elle souffrait de ne pas pouvoir lui dire ses choses.

2.3.2.7.2 Fratrie et famille en général

Nous sommes cinq enfants plus une soeur adoptive. La plus vieille c'est ma soeur adoptive. Elle a 63 ans et religieuse. Elle est arrivée chez nous à 14 ou 15 ans. Elle avait perdu sa mère 2 ou 3 ans auparavant. J'avais 3 ans à cette époque. Elle est demeurée jusqu'à 18 ans et il y a toujours eu un conflit avec ma mère; mon père était son parrain. J'ai un frère de 56 ans, marié et quatre enfants. Il a fait un anévrisme. Il est froid comme mon père. Son épouse est adorable comme ma mère. Ensuite j'ai une soeur de 54 ans, célibataire. Elle a toujours vécu avec mes parents. Elle est hypochondriaque et très insécure matériellement. Elle courait toujours des hommes inaccessibles. Elle suivait toujours mon père, même dans des congrès. Je sais qu'elle a souffert d'énurésie jusqu'à 4 ans environ. J'ai un frère qui est décédé en 90, à 47 ans, d'un néo de la gorge. Son cancer avait débuté 2 ou 3 ans auparavant. Il était marié et avait deux enfants, dont une fille adoptive très problématique. Lui c'était un caractère très difficile, hyperactif. Aucune gardienne le mâtait. Il était dur dans ses paroles et ses gestes. Il était violent et avait le mal de vivre. Il était en révolte. Il parlait avec de l'alcool. Il n'est pas alcoolique mais brosseux. Vers 14 ou 15 ans il a été deux ou trois ans en institut pour

kleptomanie. Envers moi il était protecteur. Il avait le sentiment d'être délaissé face à toute la famille : fallait faire des cachettes avec lui. Après le décès de notre père il a fait une crise de rage très grave. Tellement que ma mère ne voulait plus le voir et ça duré huit ans. Il s'est rapproché en 86 au décès de maman. Sa femme a vécu beaucoup de violence je crois. Mon frère a gardé sa culpabilité jusqu'à la fin. Il avait la langue sale envers les autres et suscitait énormément de violence. Il a déjà dit qu'il aurait aimé un père pour lui botter le cul. Après moi il y a un autre frère, quatre ans plus jeune que moi. Il est divorcé et a eu quatre enfants. Comme professionnel il a été suspendu de son ordre. Avec nous il est semblable au père mais plus caustique, plus cynique et sans confidence mais en public c'est un clown.

Je sais que ma grand-mère paternelle était une femme très rigide. Ma grand-mère maternelle était mariée à un cousin propre. Apparemment que mon grand-père paternel était violent. Il y a deux des frères de ma mère qui étaient très violents surtout en boisson. Je pense que l'affaire de l'adultère de mon père, la maladie de ma mère et lorsque mon frère a été en institution ont été des événements marquants dans notre famille. Physiquement je ressemble à ma mère mais au niveau du caractère c'est à mon père mais plus populiste.

2.3.2.7.3 Éducation et instruction

Jeune j'étais docile. On était puni par la mère, c'était un matriarcat chez nous. Elle nous excusait jamais contrairement à papa. Je me suis trouvée gâtée. J'ai eu plus de relâche compte

tenu que mon frère qui me précédait était conflictuel et demandait toute l'énergie. J'avais une grande peur de ce frère. Ce n'était pas un milieu familial heureux, sans spontanéité non plus, mais moi je l'étais. Je peux dire que j'ai été surprotégée. De la grossesse de ma mère je sais qu'elle prenait son verre de bière à tous les soirs à 9:30 heures. Je déteste ce goût. J'ai été planifiée comme les autres et nourrie au sein. J'ai probablement marché et parlé très tôt. À 6 mois j'étais déjà sur le pot et très vite propre. Je n'ai jamais été capable de me laver les parties génitales jusqu'à 7 ou 8 ans. J'ai rongé mes ongles jusqu'à 18 ans. À l'école j'étais gênée maladive. Je pleurais à me faire demander si j'avais étudié. J'ai sauté ma troisième année. En cinquième le professeur m'a dit «faut que t'arrêtes d'être gênée» et je ne le suis plus depuis. J'ai fini ma douzième à 17 ans. J'aurais aimé l'école des infirmières [fait particulier, au cours de cette partie d'entrevue madame nous déclare : je suis une grande lectrice, même aux toilettes]. J'aime les défis. J'ai terminé au collège classique à 21 ans. Ensuite je suis partie à Laval faire un certificat en histoire. J'ai toujours rêvé que je ferais de la recherche en histoire, que je ne me marierais pas, que je vivrais seule mais ma mère disait : «J'voudrais une maîtresse d'école». J'ai donc commencé à enseigner à 21 ans et je le fais encore. J'ai toujours la flamme. Je suis très proche de mes élèves [ces deux dernières déclarations sont faites avec beaucoup de conviction et aussi de nostalgie entremêlées].

2.3.2.7.4 Maladies

À 3 ou 4 ans, j'ai été opérée pour les oreilles. Mon père m'a beaucoup bercée, j'ai une sensation très forte de ceci. Vers l'âge de 12 ans j'ai dû porter des verres. À 30 ans; hypothyroïdie, baisse des menstruations et j'ai pris 30 livres. J'ai eu le diagnostic de cancer en 1994, fin novembre et j'ai été opérée le 15 décembre : mastectomie totale du sein gauche. Janvier à avril 95 ça été la chimio. Ça été très difficile de l'apprendre à ma fille, on est en symbiose. [Cette partie de l'entrevue est marquée par les pleurs]. Et puis il y avait l'image d'une amie qui était morte d'un cancer du sein sept ans auparavant qui revenait sans cesse. Je pensais à Lucien Bouchard... alors que moi je perdrai rien, juste un morceau de chair. [Madame démontrait par cet exemple et ses états d'âme une rage et une solitude évidente et ce malgré sa grande force de négation. Il va s'en dire que de tels moments d'une entrevue sont intenses autant pour l'analysée que pour l'analysant]. S'il y a des liens possibles avec ce que l'on vit? Probablement que oui : la mort de mon frère en 90, celle de ma mère en 87 et celle de mon amie l'année suivante. On a peut-être tous des maladies à avoir. Il y avait tous ces deuils. Je me suis dit peut-être que j'oublie mon corps et qu'il me parle. Avec le cancer j'ai réalisé que j'ai toujours pensé aux autres avant et que je venais croche à voir les autres me donner. Je n'ai pas voulu aller en thérapie.

2.3.2.7.5 Amour, mariage et sexualité

J'ai connu mon mari à 22 ans. Ça été très rapide. Il m'avait impressionnée par son physique et son intelligence. Il était tendre, doux, prévenant. C'était totalement le contraire

de moi. Il était d'une autre race. Je me suis mariée enceinte, je me suis sentie forcée. Je le soutenais financièrement. Au début nous avons demeuré quatre mois chez mes parents et à la fin de l'année j'ai eu ma fille. Juste avant ma mère avait eu un infarctus. Je me suis dit suis-je en cause? Deux mois après la naissance de l'enfant mon mari a eu sa première crise et il a été hospitalisé. Au printemps il est reparti pour son pays quelques mois. À l'anniversaire de notre fille il ne voulait pas aller chez mes parents. On s'est séparé moins de deux ans après notre mariage, en février 70. Trois ans plus tard j'ai eu l'annulation de mon mariage. Il avait frappé l'enfant. Elle l'a revu à 5 ans et demi et à la dernière rencontre avec lui elle avait 8 ans.

Mes premiers jeux sexuels ont eu lieu à 21, 22 ans, avec mon mari. Mon frère qui me précédait m'avait déjà montré... J'étais pas curieuse sous cet aspect. Le mariage c'était pas pour moi et ma carrière était une très grande occupation sociale. Je n'ai jamais eu d'intérêt pour la masturbation. En général j'aime bien les hommes. Je suis à l'aise dans tous les sujets mais c'est jamais physique. [Madame a semblé insisté que c'était toujours des discussions genres philosophiques sans aucune idée d'aller plus loin de sa part]. Je préfère qu'on me trôle pas, ça me gêne. Tous mes idylles n'ont jamais été physiques. Je veux pas voir les avances physiques [voire sexuelles aussi]. Avec mon conjoint on avait des relations tous les soirs ou presque. Les préliminaires étaient brefs. Il y avait de la pornographie chez nous. Depuis le mari, soit 70, je n'ai jamais eu aucune vie sexuelle. Pour moi les caresses au niveau des seins, comme des reins, étaient des plus agréables et très appréciées. C'était une zone érotique très importante. [Madame nous a semblé assez réservé sur sa vie sexuelle, pas beaucoup expressive. Les réponses étaient assez sèches].

Je me suis mariée enceinte j'ai donc eu ma fille en 68. J'ai été surprotectrice et mère-poule. Après l'accouchement j'ai été dix jours à l'hôpital et je ne m'ennuyais pas de l'enfant. Je ne l'ai pas nourri, avoir senti un enfant pomper après moi. Elle est à l'extérieur. De 5 à 18 ans elle a fait des défilés de mode. [Madame nous apporté une photo de sa fille]. Elle est très belle mais pas consciente. Elle a été très docile jusqu'à l'adolescence puis là elle me faisait front. Elle est défaitiste je trouve. Elle est partie de la maison à 19 ans. Je l'acceptais d'avance car elle allait où j'étais aller moi-même, Québec. Elle a eu un ami de 19 à 22 ans. Elle était enceinte à 21 ans et s'est fait avortée. Ça été très pénible. Son chum n'était pas assez responsable. Elle m'a dit «toi tu avais assumer ta grossesse». Actuellement elle est la maîtresse d'un homme de 40 ans, marié et père de trois enfants. Je suis satisfaite de sa vie de femme. Elle a un côté mère Thérèsa.

2.3.2.7.6 Généralités

Je suis collectionneuse : timbres, pierres. Je lis beaucoup. Je fais beaucoup de bénévolat au travail et en dehors. J'ai pas tellement de croyances religieuses. Dieu c'est «en devenir». Je suis sans préoccupation ni recherche de ce côté. Après la mort aucune idée, je suis dans l'instant. J'aime l'alcool socialement, le gros gin, comme mon père mais dès que je sens que j'ai moins de contrôle j'arrête. Je suis une fumeuse sociale. Mon plus grand regret c'est d'avoir accouché par césarienne. Ma plus grande satisfaction c'est la carrière de ma fille. [Nous ne savons pas si elle réfère à la carrière de sa fille en gestion de personnel ou sa carrière de mannequin de 5 à 18 ans]. Le plus beau événement ça été la naissance de ma fille mais à ce moment je me suis demandée :

«serais-je maternelle?» En second lieu ce fut le coup de foudre, la passion avec mon ex-conjoint. Enfin ma fête après 25 ans de carrière. Les pires événements ont été la maladie de mon mari. [Elle n'a jamais été très claire à ce sujet, il semble toutefois que ce soit des troubles psychiatriques]. Après c'est la mort de mon père, mon frère et ma césarienne. J'ai la phobie des hauteurs, ça me donne des vertiges, là je suis moins pire. Je suis pas bonne des animaux. Au tremblement de terre j'ai dû appeler ma fille pour voir... J'ai le dédain de la terre et des fleurs. Ça m'achale pas d'être grassette. Je pense me faire reconstruire un sein pour l'image de mon corps. Au niveau du caractère je suis trop impulsive et impatiente, surtout au volant. Ce que j'aime de moi, mon sourire, ma bouche. Les autres le disent. Ce que j'aime le plus : parler de mon travail. Moi je suis la «ma tante», celle qui fait le lien avec tout le monde. Je suis la rassembleuse quand la maman n'est pas là. Je suis celle qui est capable d'éteindre des feux. La personne la plus importante c'est ma fille. Il y a aussi une de mes soeurs, une amie, un ami de gars, ses parents surtout et quelques couples d'amis. J'ai fait une belle vie si je regarde mon passé. J'ai fait ce que j'avais envie de faire en accord avec mes principes. J'ai fait face aux problèmes de la vie. L'avenir je le vois plus calme, ça m'a calmée cette maladie. Je suis plus capable de dire non au travail par exemple. Sur l'amour? Je dirais sans doute l'amitié sinon comment serais-je à l'aise sans sexualité? On me demande beaucoup; je veux dire d'autres couples en amour. Je ne suis pas fermée à ça mais je ne crée pas les conditions pour... Mon mari s'occupait mieux de ma fille que moi mais il y gagnait en retour. [Ce sont là les dernières paroles de nos entrevues].

AUTOBIOGRAPHIE CHRONOLOGIQUE
— SUJET # 7 —

ÉVÉNEMENTS PSYCHOLOGIQUES ET SOMATIQUES	ÂGE	ANNÉE	ÉVÉNEMENTS EXISTENTIELS
	0	1945	Frère de 6 ans; soeur de 4, frère de 2.
Propre très tôt	6 m.+	1945	
Opération aux oreilles	3	1948	Arrivée soeur adoptive (de 15 ans); très près du
	—	1948	père
	4	1949	Naissance d'un frère
	6	1951	Décès GMP; école
Peur de la lune; fin de l'incapacité de se laver	8	1953	Sauté sa 3e année; aventure du père;
les parties génitales	—	1953	départ soeur adoptive; achat maison familiale
	9	1954	Recadrée par un professeur
Verres correcteurs	12	1957	Frère en institution; 1res menstruations
	14	1959	Perte de la maison familiale ($)
	17	1962	Fin de la 12e année; visite en Ontario
	19	1964	Voyage en Ontario et idylle avec un anglais déjà
	—	1964	fiancé
	21	1966	Graduation collège classique; 1er travail
	22	1967	1ers jeux sexuels et 1re relation;
	—	1967	enceinte
Sentiment de culpabilité; hospitalisation;	23	1968	Mariage enceinte; retour maison familiale; crise
sentiment maternel questionné			de coeur de la mère; naissance du 1er enfant
	24	1969	Travail permanent; 1re crise du conjoint
	25	1970	Séparation
	28	1973	Annulation mariage; l'enfant revoit son père
	29	1974	Décès GMM
Hypothyroïdie; augmentation de poids (30-40	30	1975	Décès du père (néo poumons à 63 ans); coupure
livres); baisse des menstruations	—	1975	du frère violent d'avec la famille pour 8 ans
	31	1976	Dernière rencontre de l'enfant avec son père
	36	1981	Anévrisme d'un frère
	41	1986	Décès de la mère à 78 ans (coeur); retrouvailles
	—	1986	du frère violent avec la famille
	42	1987	Décès d'une amie (néo sein); départ de la fille
	43	1988	Maladie du frère violent
	44	1989	Avortement de la fille
	45	1990	Décès du frère violent (néo gorge, 47 ans)
Diagnostic cancer du sein	49	1994	

2.3.2.8 SUJET NO 8

- DONNÉES AUTOBIOGRAPHIQUES : 49 ans, mariée et mère de deux enfants - DIAGNOSTIC : Cancer du sein.
- COMPORTEMENT GÉNÉRAL AU COURS DE L'ENTREVUE : S'exprime facilement et clairement.

2.3.2.8.1 Relation parentale

Mon père est décédé en 71 à 53 ans d'un cancer du tube digestif. J'étais enceinte quand papa est décédé. J'avais 24 ans. Il a toujours eu des ulcères d'estomac. C'était la bonté même. Il était bonasse. Par rapport à ses sentiments il était très inhibé. J'étais très près de lui. Trois ou quatre ans après son décès j'ai fait des rêves très importants. On se ressentait tous deux. Si j'ai des reproches envers lui? De ne pas s'être assez occupé de lui, ne pas dire ce qu'il pensait. Il m'appelait princesse. Je l'appelais beau Robert [évidemment le nom que nous donnons est fictif]. Il y avait toujours du non-dit entre nous. Notre relation était trop symbiotique en d'autres termes j'aurais eu de la misère à choisir entre lui et un chum. À 17 ans je m'étais présentée comme reine du Carnaval. Mon père était très déçu que ce ne fût pas moi. À moi il faisait des cadeaux de 100,00$ et à ma mère de 25,00$. Pire, c'était mon Dieu. J'aurais fait n'importe quoi pour lui. Avec ma mère il était bon, doux, avenant et affectueux. Mon père a pleuré beaucoup à mon mariage. Ma mère est décédée en 78. Elle est morte d'un cancer de l'utérus, elle avait 61 ans. Elle avait été placée en foyer en 73 je crois. J'avais 31 ans. En 1963, lorsqu'elle avait 46 ans, elle a fait une paralysie. Comme aînée j'ai dû arrêter l'école,

j'avais 16 ans. C'était une bonne personne mais assez prime. Elle ne se laissait pas piler sur les pieds. Maline mais pas épeurante. Bref elle faisait le chialage. Ma relation avec elle ça faisait des flammèches. Mon père réglait les différents avec moi, elle était trop rigide, trop directive. Si j'avais des reproches à lui faire c'est son chialage et qu'elle était trop expéditive. Elle était surprotectrice avec ses gars. Elle était très proche de mon père. Il n'y a jamais eu de chicane. Sa mère était un peu comme elle. C'était une femme qui avait peur de rien. Elle était très enjouée, dynamique et vivante.

2.3.2.8.2 Fratrie et famille en général

Je suis l'aînée. J'ai un frère de 48 ans. Il est célibataire. Il est égoïste et agressif en boisson. Il est super intelligent et intéressant quoique solitaire et isolé. Enfant j'étais jalouse de lui. Il a dérangé ma vie. Il était surprotégé de tous. Il a eu des troubles de croissance. Au plan des valeurs on ne s'entend pas. Il a des blondes, des jeunes. Il est anti-famille. Il a eu un enfant qu'il a refusé de reconnaître. Je pense qu'il a fait une tentative de suicide vers 1980. Mon autre frère a 46 ans. Il vivait en union libre et a deux enfants. Il a des problèmes d'alcool. Il s'est séparé en 95. Il a des difficultés avec sa santé : asthmatique et troubles d'estomac. Il est bon comme papa. Mes deux frères sont souvent ensemble comme des jumeaux. Il n'y a pas eu de troubles majeurs dans notre famille. Aucun cancer du sein. Du côté paternel il y a trois cousines qui ont eu une maladie dégénératrice, l'ataxie de Charlevoix. J'ai une tante [on ne sait pas s'il s'agit du côté de la mère ou du père] qui a dû être internée après son premier enfant; une dépression post-partum. Je pense que la paralysie de ma mère et le diagnostic de cancer de mon

père, avant mon mariage, sont les faits les plus marquants. À qui je ressemble? Je pensais à mon père mais mon chum dit à ma mère. En quoi? Elle veut mener, elle est prime et ne se laisse pas piler sur les pieds.

2.3.2.8.3 Éducation et instruction

Mon éducation a été indulgente. J'étais peu punie par mon père, il me gâtait plutôt. Je le préférais. Ma mère elle était brusque. D'ailleurs elle préférait son «petit Michel», celui qui me suivait. [En référant au troisième enfant qui restait madame nous dit «pauvre Laurier»]. Je pense qu'on était heureux. Mes parents avaient de bons liens même si la communication... Jeune j'étais gênée. J'étais hyper hyper émotive, je me sentais toujours visée. J'aimais être le «clown» et provoquer. Je me rappelle de 10 à 13 ans j'ai eu une période très paranoïaque. On me disait quelque chose et je figeais, la tombe. En fait je dis pas n'importe quoi à n'importe qui. Je sais qu'à ma naissance je suis arrivée trois semaines avant terme, par le siège. J'étais désirée. Après le dernier ma mère a fait deux grossesses ectopiques et elle a eu la grande opération. Moi j'ai été nourrie au sein. Jeune j'étais somnambule. Je rongeais mes ongles aussi. J'ai débuté l'école à 6 ans. À 9 ans, j'ai une cousine qui est décédée. Ça m'a donné la peur des morts. Récemment une voisine de 28 ans est décédée et c'est très difficile pour moi d'aller au salon. Ce fut pareil au décès de mon beau-père. Au salon j'avais des crampes. J'ai été incapable d'aller au service car ça faisait trop mal. Vers 17 ans j'avais failli me noyer. J'ai arrêté en dixième année pour travailler à la maison. À 17 ans je suis partie à Montréal, étudier en coiffure, c'était trop difficile, je suis revenue. Je suis retournée au secondaire à 32 ans puis à

35 ans le cégep. En 89 j'ai commencé à l'université, en psychologie. Mon premier travail à temps plein a été dans une pharmacie, à 17 ans. Je suis partie pour me marier.

2.3.2.8.4 Maladies

À trois ans j'ai eu les amygdales. À 11 ans j'ai eu des troubles, une broncho-pneumonie. J'ai été menstruée à 12 ans. Mes symptômes ont toujours été très forts. Ça durait longtemps, sept jours, et très abondamment. Jeune je manquais de l'école pour ça. À 19 ans j'ai été opérée pour le nerf pré-sacré et j'ai eu des prothèses dentaires à ce moment là aussi. C'est à 19 ans que je me suis fait morde le sein. J'allaitais la fille de ma belle-soeur, pour voir, et elle m'a mordue. De 77 à 82 j'ai eu des brûlements puis des ulcères d'estomac durant deux ans. À 36 ans j'ai eu une première tumeur bénigne suivie d'une seconde, bénigne aussi, l'année suivante. La mastectomie du sein gauche c'était en 85. Je l'ai découvert à la natation. Je me suis dit les enfants sont trop jeunes, j'avais une fille de 12 ans et un gars de 8 ans. Un agent responsable? À ce moment mon couple et ma famille étaient en grande difficulté. Bien sûr qu'il y a des liens corps/esprit. J'étais coincée dans une triade : mon chum, ma fille et moi. C'était comme un rat qui me rongeait. Je me sentais tassée. Faudrait qu'il arrive quelque chose que je me disais. Juste quelques mois avant mon cancer ma fille avait faite deux tentatives de suicide. Une à la maison et une à l'école. C'était comme si j'avais plus de sang dans les veines. Elle avait des problèmes de drogue. Ça été très pénible. Quand j'ai eu le cancer je me suis dit je ne peux pas punir ma fille comme ça. C'est elle qui a subi tout ça entre mon mari et moi. Je pensais me

casser une jambe pour être reconnue, montrer que j'existe. Moi, j'avais besoin de me faire aimer de tout le monde. J'aurais rampé pour que le monde m'aime, me faire amie de tous jusqu'à faire semblant. Je me sentais partir physiquement. J'avais une baisse de fer importante. Mais le cancer c'est pas ça que je voulais. J'ai été opérée le 8 mars 1985. En 84, après la deuxième tumeur bénigne, le médecin m'avait dit «je ne peux plus rien faire pour toi». Je n'avais pas compris. Je n'ai jamais pleuré devant les autres, jamais. J'aimerais mieux me piler sur le corps. La chimio a été très difficile. Je me sentais étouffée, angoissée. Je ne sais pas si je recommencerais. Après j'ai eu plusieurs symptômes comme ceux de la ménopause. Pour moi c'est fini le cancer. J'ai développé des allergies après la chimio et j'ai eu des troubles menstruels. J'ai dû commencé à porter des verres à 42 ans. L'année dernière, à 48 ans, j'ai été opérée pour la vésicule biliaire. J'étais très angoissée et j'ai même eu des idées suicidaires.

2.3.2.8.5 Amour, mariage et sexualité

J'ai connu mon conjoint j'avais 16 ans. Il était propre, attirant, beau, fin, il plaisait aux autres femmes. Il était très indépendant : ça m'attirait. Je me suis mariée à 23 ans. Nos disputes? Son absence et son trouble de boisson. On dialogue mais pas toujours. J'ai souvent fait des menaces de divorce. Au début du mariage j'ai fait mes valises souvent.

J'ai eu quelques amours passionnés mais platoniques. Mes premiers jeux sexuels ont eu lieu avant la puberté. J'ai été abusée par un oncle vers 9-10 ans. Il m'a caressé les seins. J'ai

jamais rien dit, j'ai gardé silence. J'étais curieuse sexuellement. À 16 ans j'ai vu un film porno. Pour moi le mariage ça signifiait liberté, porte de sortie. J'avais le goût. Il y avait rien que de la maladie chez nous. J'ai découvert la masturbation après le mariage et je vivais beaucoup de culpabilité. J'ai eu ma première relation à 17 ans, j'ai trouvé ça ordinaire. J'étais du genre excitée facilement. Selon moi les hommes sont très différents et on réussit à s'entendre, c'est merveilleux. La pilule j'avais peur de ça, j'ai pris du poids. En 81 mon mari s'est fait faire la vasectomie. J'aurais voulu un troisième enfant, lui il ne voulait pas. [Madame n'a pas élaboré beaucoup sur la sexualité dans le couple. Nous n'avons pas insisté. La semaine suivant l'entretien sur la sexualité elle est revenue sur la question en demandant pourquoi c'était si important d'en savoir tant. Elle ne comprenait pas et avait même peur (gênée) d'en avoir trop dit. Nous avons pris soin d'amenuiser ses inquiétudes].

J'ai eu ma fille à 24 ans, en 72. J'ai eu mal au coeur durant ma grossesse. À 8 mois elle a fait une méningite. Elle a été hospitalisée deux à trois semaines et à failli en mourir. Je l'ai allaitée mais j'ai arrêté à deux mois et demi parce que je n'avais plus de lait; j'étais trop nerveuse. Elle est partie à 20 ans, en 92. C'est un deuil que j'ai vécu, j'ai pleuré un mois. Notre relation est excellente. Son caractère? Un sale, comme sa mère. Depuis qu'elle a commencé ses études de maîtrise elle fait de l'asthme. Mon garçon a 20 ans, il est né en 1975. La grossesse a été moins pire. Mon conjoint a arrêté de boire un an avant. Je l'ai allaité quinze mois. Son départ, en 96, a été très difficile. Il est très spécial, universel. Il lisait à 2 ans, a sauté sa première année, il est aussi très très fort en mathématiques. C'est un garçon sensible. J'allais

pas ailleurs avec. Il est «clown». À 13 ans il a eu une péritonite. Il m'a été très reconnaissant [nous ne savons pas la signification profonde de cette expression].

2.3.2.8.6 Généralités

Personnellement j'ai beaucoup de loisirs, un peu de tout quoi! En couple on en a aussi. J'ai de bonnes amies et on en a en couple aussi. Après le cancer j'ai fait trois ans de bénévolat à un centre de prévention du suicide. Ma croyance religieuse est universelle. J'ai été dix ans dans les Rose-Croix. Je l'avais décidé même si mon conjoint me menaçait de divorce. Dieu pour moi c'est le plus grand ordinateur, l'Être de lumière. Je crois aussi qu'il y a quelque chose après la mort. Je crois à la réincarnation. J'ai pas peur de vieillir mais de désembellir et de perdre mon autonomie. J'ai fumé de 15 ans jusqu'à 33 ans. Ce qui me frustre le plus c'est le mensonge, l'intolérance et l'injustice. Les plus beaux événements de ma vie? Mes accouchements. [Madame a de la difficulté à en trouver d'autres]. C'est pas drôle de chercher comme ça. Je peux même pas dire mon mariage. Les pires événements ce sont la maladie et le décès de mes parents en 71 et en 78. J'ai la phobie des hauteurs, je suis mal et j'ai le vertige. J'ai souvent eu peur de tout. Au niveau du caractère je m'accepte plus que jamais. Depuis le cancer je m'exprime plus et je suis moins chialeuse. Ce que j'aime le plus de moi c'est ma très grande chaleur. Je ne dis pas encore tout comme j'aimerais mais ça s'en vient. Je ne ravale plus. Des fois j'ai peur de blesser ou susciter du chialage. J'ai peu de contact avec ma famille. J'ai déjà fait des efforts mais... Les personnes les plus importantes pour moi : mes enfants, mon chum,

mes amies. Si je résume ma vie passée : une somme d'épreuves. J'ai passé à travers. Mes amies me manquent mais j'aurais pas le goût de revivre mon enfance. Le futur s'annonce plus satisfaisant, j'ai un meilleur contrôle. L'amour c'est très difficile à définir; être bien avec soi, les autres, la nature, un amour universel quoi! [Elle terminera la dernière entrevue avec les paroles suivantes]. Je me sentais à l'abri du cancer; j'ai nourri mes deux enfants, les Rose-Croix, et pourtant! J'étais hyper-sensible.

AUTOBIOGRAPHIE CHRONOLOGIQUE — SUJET # 8 —

ÉVÉNEMENTS PSYCHOLOGIQUES ET SOMATIQUES	ÂGE	ANNÉE	ÉVÉNEMENTS EXISTENTIELS
Accouchement siège; 3 semaines avant terme	0	1947	
Amygdales	1	1948	Naissance d'un frère
	3	1950	Naissance 2e frère; déménagement
	—	1950	Mère malade (2 grossesses ectopiques)
	5	1952	Décès GMP
	6	1953	École
Abus de l'oncle	9	1956	Décès cousine
Période paranoïaque (de 10 à 13); somnam-	10	1957	
bule	—	1957	
Broncho-pneumonie	11	1958	
SPM très très forts	12	1959	1res nenstruations; décès de l'oncle agresseur
	15	1962	Commence à fumer
	16	1963	Paralysie cérébrale mère; arrête l'école; connais-
	—	1963	sance du conjoint
Accident d'auto; conjoint en état de choc	17	1964	Départ Montréal; retour; 1er travail, 1res relations
	—	1964	sexuelles; presque noyade
Prothèses dentaires haut; opération nerf pré-	19	1966	
sacré	—	1966	
	20	1977	Achat maison familiale; diagnostic du père
Grande difficulté au salon funéraire	22	1969	Décès beau-père
	23	1970	Mariage; découverte masturbation
Importantes difficultés dans le couple; menace	24	1971	Enceinte; décès du père (néo tube digestif 53 ans)
de départ	—	1971	
	25	1972	Naissance 1er enfant; méningite de la fille de
	—	1972	8 mois
	26	1973	Placement de la mère; jaunisse du conjoint; con-
	—	1973	joint cesse de boire
	27	1974	Décès GMM
Champignons	28	1975	Naissance du 2e enfant (garçon)
Début troubles d'estomac	30	1977	Adhésion Rose-Croix
	31	1978	Décès mère à 61 ans (néo utérus)
	32	1979	Retour au secondaire
	33	1980	Arrête de fumer; tentative de suicide du frère
Déception face à l'impossibilité 3e enfant	34	1981	Vasectomie du conjoint; décès belle-mère
(non possible)	—	1981	
Ulcères d'estomac	35	1982	Retour au cégep
1re tumeur bénigne	36	1983	
2e tumeur bénigne	37	1984	Avertissement du médecin; tentatives de suicide
			de la fille & drogue
Diagnostic cancer sein gauche (mastectomie)	38	1985	Autre emploi
Chimio, allergies...; trouble du couple	—	1985	
	39	1986	Début bénévolat
	40	1987	Fin Rose-Croix
	41	1988	Péritonite du fils
Verres correcteurs	42	1989	Début université
Deuil très difficile (pleurs un mois)	45	1992	Départ de la fille de la maison familiale
Événement très heureux	47	1994	Achat d'un chalet
Opération (ablation vésicule biliaire); angois-	48	1995	Séparation du frère
se très importante; pensées suicidaires	—	1995	
Deuil pénible	—	1996	Départ du fils de la maison familiale

2.3.2.9 SUJET NO 9

- DONNÉES AUTOBIOGRAPHIQUES : 56 ans, mariée et sans enfant - DIAGNOSTIC : Cancer de l'intestin, décédée depuis.
- COMPORTEMENT GÉNÉRAL AU COURS DE L'ENTREVUE : Très enthousiaste à l'idée de pouvoir contribuer et aider à la recherche.

2.3.2.9.1 Relation parentale

Mon père est décédé en 67. Il est mort du coeur à 68 ans, j'en avais 28. J'ai rien à dire, il était un bon père. Il nous reconduisait à la danse et nous attendait dans l'auto. Avec ma mère il s'énervait quand il était chaud. Il devait être correct avec. J'ai aucun reproche à lui faire. Ma mère est décédée à 87 ans d'un cancer des os. C'était en 1992. Elle avait failli mourir en 68 soit après le décès de mon père. J'étais présente à son décès. Je m'occupe de tout ce qu'il y a de malade dans la parenté. Ma réaction à sa mort? J'étais très importante pour elle. C'était une bonne personne mais agressive. Elle avait beaucoup de peurs. Sa mère est morte très jeune. Mes parents étaient deux personnes très travaillantes et catholiques. Je n'ai rien à lui reprocher. Ma relation avec elle était très bonne, elle m'aimait à mort.

2.3.2.9.2 Fratrie et famille en général

Mon frère le plus vieux a 73 ans. Il est marié et a neuf enfants. Il est extravagant un peu [il est évident que pour nous elle signifiait beaucoup] comme nous tous. J'avais une soeur qui aurait 72. Elle est décédée à 37 ans d'un cancer d'intestins. Son mari couraillait. Quand elle s'est

mariée mes parents étaient contre. Elle a eu cinq enfants. J'étais très proche d'elle. Elle disait jamais rien, elle était bonasse. Une autre de mes soeurs aurait 70. Elle est décédée à 57 ans du coeur. Elle avait neuf enfants. Son mari était courailleur. Elle s'est séparée et elle a harcelé son mari à lui faire perdre son emploi. Elle a connu un autre homme plein de troubles. [Ici madame semble vouloir nous dire que sa soeur a bien pu mourir du coeur tellement elle a vécu d'agressivité après son divorce]. J'ai une soeur de 67. Elle est mariée et a huit enfants. Elle a un bon mari, il souffre de Parkinson. Ensuite j'ai un frère de 66, veuf et huit enfants. Il est très asthmatique. Il est «ruff», direct, impulsif et directif. Ma soeur de 64 ans est mariée et a deux enfants. Elle aussi souffre d'asthme. Son mari a un cancer de la prostate. Elle est bonasse et renfermée, elle l'endure, elle est comme moi. Mon frère de 63 ans est marié mais sans enfant. Il fait du cholestérol. Il est friand d'histoires et menteur aussi. Il est très à l'argent. Son épouse est très malade. Elle a perdu son seul enfant à la naissance. Ensuite j'ai une soeur de 61. Elle est célibataire et demeure chez une de mes soeurs. Elle n'a jamais travaillé, le bien-être social. Elle est très très renfermée el ne pleure jamais. J'ai une autre soeur de 60 ans célibataire aussi. Elle fait du cholestérol. Elle a eu des troubles à la vésicule biliaire et a paralysé d'un bras. Elle est toujours en opposition, impulsive. Elle dit tout tout cru. Actuellement elle est en dépression. La dixième a 58 ans, mariée et trois enfants. Elle a des problèmes de dos. Son mari a des troubles d'alcool. Il est très impoli. Je pense qu'il a eu d'autres femmes. Moi il m'a harcelée. Elle, elle est renfermée, c'est une bonne confidente. Ensuite c'est moi. L'avant-dernière a 55 ans, mariée et trois enfants. Elle a des troubles de dos aussi. Son mari a des problèmes d'alcool. C'est un pas de génie, un sans-coeur. Ils ont beaucoup de troubles avec leurs enfants. Ma soeur, elle, elle a eu un cancer des intestins en 95. Elle a fait une vie de martyre. Elle a un

caractère prompt. Elle est très dépressive et très possessive. Sa maison est toujours embourbée. Son mari va se vanter de la mort de sa femme. Le dernier a 53, marié et un enfant. Il a des troubles de cholestérol. Il est très renfermé, bonasse avec un grand coeur. Sa femme est très folle. [À une rencontre ultérieure madame a apporté un livre pour s'assurer que toutes les dates importantes correspondaient à ce qu'elle avait dit]. Mes frères sont d'excellents maris, nous on a tous des zéros [elle parlait d'elle et de ses soeurs].

2.3.2.9.3 Éducation et instruction

J'ai été élevée de façon stricte. Mon père était très sévère. Je suis partie de la maison quand je me suis mariée, à 21 ans. On était heureux oui. Il y avait une bonne entente entre mes parents; ils nous protégeait. Jeune j'étais timide, gênée, je mordais. J'ai fini mon cours commercial vers 17-18 ans. J'avais pas d'ambition particulière. J'ai travaillé dans des magasins à rayons. Après mon mariage j'ai jamais retravaillé mon mari voulait pas. J'étais sa servante, sa secrétaire, son esclave. C'est moins pire depuis deux ans et demi. Pour moi il est menteur et hypocrite. [Les dernières paroles au sujet du mari ont été dites à ce moment sans que nous ayons encore parlé du conjoint]. Moi je dis aux autres vous avez bien fait de pas vous marier [nous pensons ici que ces autres sont ses soeurs célibataires].

2.3.2.9.4 Maladies

J'ai eu des prothèses dentaires vers 20 ans. Si j'étais mariée? Peut-être. J'ai eu besoin de verres il y a environ 10 ans, à 46 ans. J'ai eu une première opération en septembre 90. On

m'a enlevé un polype et les hémorroïdes. En octobre, un mois après, là on a dû m'enlever une partie des intestins. J'ai pas eu de sac. Ma réaction face au cancer ça été de me dire si je suis finie c'est pas pire que ma soeur de 37 ans qui est décédée. J'ai versé 3-4 larmes et je l'ai dit à tout le monde. Je ne pense pas qu'il y ait d'agent responsable. Je ne suis pas certaine qu'ils ont des liens, avec ce que l'on vit parce que depuis cinq ans je serais morte. Je crois pas qu'il y ait des liens j'ai eu une belle vie. Ma soeur décédée en 62? Ça fait trop longtemps.

2.3.2.9.5 Amour, mariage et sexualité

J'ai connu mon mari à 18 ans. Il était gentil, il aimait la danse, il ne prenait pas de boisson. Il n'a jamais voulu que je travaille [premier moment où madame pleure]. J'ai voulu souvent partir mais j'étais pas capable à cause de l'argent et je me culpabilisais de l'abandonner. Je lui disais qu'il avait brisé le couple. J'ai été trop bonasse mais il a été bon. Il n'y avait aucun dialogue entre nous. Je pense faire venir mes deux soeurs célibataires rester avec moi quoique je pense à aller les trouver. J'ai été au service de tout le monde toute ma vie. [Dans cette dernière partie un peu décousue nous pensons que madame veut nous dire son ambivalence]. S'il y avait des disputes entre nous? Je chialais, lui il disait pas un mot, il regardait sa TV. Nous autres tout est vite, on a pas d'intimité. Ça allait pas mal dans notre couple sauf l'avarie concernant la sexualité [nous expliquerons cet avarie]. À 3:00 heures du matin je l'attendais de ses party de bureau. J'ai pensé au divorce mais je me décide pas. Je fais des menaces mais il sait que... Il a pris sa retraite en juin 90, moi j'ai été opérée en septembre 90. Il m'a avertie «Tu restes à la maison».

[Elle nous dit ceci comme si la retraite avait un lien avec son cancer]. J'ai toujours espéré que ce serait mieux un jour, avec lui.

Mon mari est le seul homme que j'ai eu dans ma vie. Mes premières menstruations? Je ne me souviens pas. Mes premiers jeux ont été en voyage de noces. J'ai jamais été curieuse sexuellement, pas du tout. Même mariée j'étais niaiseuse sexuellement. Je voulais faire une religieuse d'ailleurs j'y ai pensé récemment. Je suis très religieuse. J'ai découvert la masturbation avec le mariage avant je me sentais trop coupable. Je suis très dure à exciter. Je prend pas d'alcool jamais, je deviendrais folle, de la liqueur. Je suis pas une personne chaude. Je n'ai jamais prise aucune contraception. J'ai jamais parti enceinte. J'ai tellement aidé tout le monde que j'accepte et comprends de pas avoir d'enfant. La sexualité depuis trois ans c'est zéro. Ça faisait peut-être mon affaire. Il se lamentait pas mais y il est allé ailleurs. Il s'est fait prendre en 93 dans un hôtel avec une prostituée. Peut-être que je l'ai forcé... Il a fait sa dépression là-dessus. Après il a voulu que je le masturbe. Je lui ai dit «je suis pas une prostituée». Je l'ai trop gâté; faire couler son bain, laver la tête. Je faisais tout. Il ne plantait même pas un clou et aucun ménage. Il a toujours été hypocrite et menteur. J'ai été servante, secrétaire, esclave. Il faut que je me révolte or il suit et ça me dérange. Il est possessif et veut m'avoir pour lui tout seul. Il voulait pas que je parle aux autres même le médecin. [Encore une fois madame exprime spontanément beaucoup de ressentiment]. Une relation ça durait quinze minutes entre nous, c'était pas long. L'orgasme je me souviens pas que ça arrivée. [Elle répond ceci lorsque

nous lui demandons si les deux partenaires ont généralement (3 fois sur 4) un plaisir mutuel]. Je le laisse se soulager après je me lave. Depuis quatre ans et demi son sperme est foncé. Il a souvent des pollutions nocturnes. Si j'ai des tabous en sexualité? Je veux pas de baisers prolongés, pas d'attouchements, pas de lumières, pas de cunnilingus rien. J'ai pas de fantasmes quoique j'étais pas là en fait en y pensant bien.

2.3.2.9.6 Généralités

J'ai aucun loisir. Avant j'allais au bingo. En couple pas tellement. Je fais du bénévolat; salon mortuaire, dotation, hockey, etc. Je crois en Dieu notre père fortement. Je crois qu'après la mort ça continue mais sans enfer. On va tous se revoir en haut. Je ne fume pas et ne bois pas. Ce qui me frustre le plus c'est le dénigrement en public, le mensonge, l'hypocrisie. Ce que j'aime le plus c'est de me faire dire que je suis «smat», qu'on a besoin de moi. Les pires événements de ma vie sont la dépression de mon mari, le décès de ma soeur et celui de ma mère. Mes plus beaux sont mon mariage, mon vingt-cinquième et celui de mon frère. J'ai la phobie des ascenseurs. Mon mari, je pardonne pas sa dépression, ça m'enrage je l'ai tellement gâté. Hier je lui ai lavé la tête. Il me culpabilise par ses pensées suicidaires. Des fois moi je lui dis que je vais me tirer à l'eau. Comment je résumerais mon passé? Ma vie, m'occuper des autres. J'ai fait une belle vie. Là j'espère que ce sera pas pire que le passé. On a toujours espoir que tout se règle. Actuellement je vois une voyante. Pour moi l'amour c'est d'être charitable envers le prochain, j'en ai de l'amour. Je rend service mais je veux pas qu'on me rende ça. La

mort : j'ai pas peur mais je me dis on va être bien. Je fais toujours un rêve qui revient : je suis prise et j'étouffe. J'ai une peur énorme des ascenseurs, j'étouffe. Je ne vois rien à changer de ma personnalité, je suis pas trop mauvaise, je parle pas. Ce que j'aime le plus de moi c'est d'être serviable. Pour ce qui est de l'expression des sentiments, rien : qu'est-ce que ça donne de se chicaner. Je préfère l'harmonie à la chicane. Les personnes les plus importantes pour moi : mon mari, tous ceux qui ont besoin, moi. Je suis pas plus importante que ça.

AUTOBIOGRAPHIE CHRONOLOGIQUE
— SUJET # 9 —

ÉVÉNEMENTS PSYCHOLOGIQUES ET SOMATIQUES	ÂGE	ANNÉE	ÉVÉNEMENTS EXISTENTIELS
	0	1939	Fratrie de 17, 16, 14, 11, 10, 8, 7, 5, 4 et 2 ans
	7	1946	Décès GMP; école; vente de la ferme familiale
	13	1956	Menstruations probables?
	17	1960	Fin des études
	18	1957	1re travail; connaissance du mari
	19	1958	2e travail
Prothèses dentaires probables?	21	1960	Décès GPM; mariage; commence à fumer; décou-
	—	1960	verte masturbation
	23	1962	Décès soeur (37 ans, cancer intestins)
Sentiment : «Il était fou comme mon mari»	27	1966	Décès d'un beau-frère et d'une nièce accidentel-
	—	1966	lement
	28	1967	Décès du père (68, coeur)
	29	1968	Maladie mère (danger de mort)
	38	1979	Achat d'une maison
	41	1980	Arrête de fumer
	45	1984	Décès soeur (57, coeur); décès beau-frère
Verres correcteurs	46	1985	
	47	1986	Importante perte financière du couple
1re opération en septembre; 2e opération en	51	1990	Retraite du mari; cancer de la mère (difficile à
octobre (cancer)	—	1990	vivre)
	53	1992	Décès de la mère (87 ans)
Ménopause	54	1993	Aventure du mari; dépression du mari
	55	1994	Décès d'une belle-soeur
Sentiment : «ma soeur a eu une vie de mar-	56	1995	Cancer de l'intestin d'une soeur; décès d'une
tyre»	—	1995	belle-soeur

2.3.2.10 SUJET NO 10

- DONNÉES AUTOBIOGRAPHIQUES : 56 ans, mariée, trois enfants - DIAGNOSTIC : Cancer de l'intestin, décédée depuis.
- COMPORTEMENT GÉNÉRAL AU COURS DE L'ENTREVUE : Très émotive à plusieurs occasions. Constat très dramatique à la fin.

2.3.2.10.1 Relation parentale

Mon père est décédé en 84, du coeur. Il avait 74 ans. Deux ans avant il avait dû être amputé d'une jambe. Je n'étais pas présente à son décès mais j'étais soulagée de voir quelqu'un mourir et qui souffrait. Il a remplacé ma mère schizophrène. Il a eu des troubles avec l'alcool jusqu'à son mariage. C'était un taureau. Il voyait tout et était très brillant quoique entêté. Il avait deux polarités : femme et homme. Il faisait la bouffe, causait et pouvait faire de la mécanique. Il était très présent et notre relation était très bonne. Le seul reproche que je peux faire c'est de m'avoir fait sortir de l'école. Je lui ai avoué avant sa mort. Il m'a serrée la main avant sa mort [les moments suscitent des pleurs de la part de madame]. Avec ma mère il faisait son possible. Il la battait mais il nous avertissait avant. Ce que je sais de sa mère c'est qu'elle est morte quand il avait 8 ans. Ma mère est décédée en 84, deux mois après mon père. Elle avait 65 ans plus ou moins. J'avais 15 ans quand il l'a placée en institut. Quand j'avais 8 ans elle avait voulu le tuer. Je m'étais sauvée dans la grange et je m'étais bouchée les oreilles avec mes mains. Je l'ai revue une fois mariée. [Ce moment est également marqué par des pleurs]. Elle était

schizo. Même quand j'avais 5 ans elle n'était pas correcte. Ma grand-mère, sa mère, restait chez nous et elle la traitait de voleuse. Ma grand-mère a dû partir. Je me souviens mes séjours à l'orphelinat, j'avais 5 ans. Elle crisait la nuit. Je me souviens qu'elle enfermait ma soeur des mois dans sa chambre à coucher et qu'elle battait mon frère. À 15 ans il nous a donné; moi j'ai été chez ma cousine. C'est à partir de là que je me suis fermée. C'est pour ça que j'ai jamais eu le sens de l'humour. [Toute cette partie a été empreinte de fortes émotions]. À ce moment ma mère recevait des hommes à la maison. Elle est tombée enceinte et elle a accouché à l'institut.

2.3.2.10.2 Fratrie et famille en général

Je suis la plus vieille. Après moi c'est mon frère, juste un an plus jeune, 55 ans. Il est marié mais n'a pas d'enfant. Il est renfermé, très brillant et doux. Ensuite j'ai une soeur de 54 ans. Elle est mariée et a trois enfants. Son mari est d'une autre ethnie. Elle a des problèmes d'arythmie. Elle est entêtée, on l'est tous chez nous. Elle lit énormément et a des idées bien arrêtées. Ensuite j'aurais un frère qui aurait 53 ans. Il est décédé à six mois à l'orphelinat. J'ai une autre soeur de 52 ans. Elle est mariée et n'a pas d'enfant. Elle a des problèmes d'arythmie, d'endométriose et de cholestérol. Elle est très renfermée et parle peu. Toutefois elle a une bonne écoute. Le suivant a 51 ans, marié et un fils. Il est renfermé, très doux et très aimé aussi. J'ai un autre frère de 50 ans qui est marié aussi avec deux enfants. L'autre a 49 ans, marié et a trois enfants. Il parle peu et ne lit pas je crois. Ensuite c'est ma soeur de 46 ans. Elle a deux enfants et est mariée. Elle a des troubles d'insomnie et de cholestérol. Elle parle fort, est

entêtée et lit peu. Le dernier a 43 ans, marié et deux enfants. Il a eu un cancer des ganglions il y a huit ans. Il parle peu et lit peu mais il est très intéressant. Lorsque j'avais 16 ans, plus ou moins, j'avais un demi-frère. Il est devenu schizophrénique à l'adolescence. Il vit en foyer.

Je pense que je ressemble à mon père; il était habile en dessin, comme moi. Je pense que les événements importants dans notre famille, pour moi, ça été la séparation d'avec notre mère. Il y a eu aussi le départ forcé de ma grand-mère. Aussi lorsque ma soeur de 52 ans, la cinquième, avait été placée et qu'elle est revenue à un an. Moi j'avais à peu près 6 ans. Ma mère était malade. Il y a eu le déménagement aussi. J'avais 8 ans. Ils ont vendu l'encyclopédie, j'ai eu tellement de peine. [Événement qui nous a semblé effectivement très important pour madame. Suite à une investigation de notre part, elle ajoutera :] Je suis constipée très sévèrement. C'est toute ma vie. Je l'ai déjà été près de quatorze jours. Une fois en première année j'avais fait une crotte dans mes bobettes.

2.3.2.10.3 Éducation et instruction, travail

Mon père n'était pas strict, je sortais pas mal. J'étais sage, un peu trop. L'entente familiale était bonne, on se rencontre encore une fois l'an. C'est après être séparée à 15 ans que je me suis rendue compte qu'on était heureux. Jeune j'étais docile. Je sais que mon accouchement avait été difficile, ça s'était passé à la maison et je pesais 9 livres. J'ai marché tôt, à 9 mois. J'ai mouillé mon lit jusqu'à 17 ans comme ma mère. Elle, elle avait arrêtée le soir

de ses noces. Chez nous sept enfants sur neuf ont souffert d'énurésie. Mes trois gars l'ont fait jusqu'à 15 ans mais pas ma fille. J'ai rongé mes ongles jusqu'à 17 ans aussi. J'ai commencé l'école à 6 ans. J'avais peur des vaccins, la piqûre surtout. J'ai arrêté en septième année pour travailler à la maison. J'ai pleuré une semaine et je l'ai reproché longtemps à mon père. À l'école j'avais aucune ambition, je savais pas ce que j'aurais pu faire. Jeune j'aimais la science-fiction. Là je préfère les biographies qui disent des choses. De travail! J'en ai jamais eu. Après le mariage je l'ai demandé à mon mari, il n'a pas voulu.

2.3.2.10.4 Maladies

À 10 ans j'ai eu une jaunisse. Après mon deuxième enfant, vers 25 ans, j'ai eu des prothèses dentaires. J'ai eu mes premiers troubles aux intestins en 89, à 50 ans. J'avais des vomissements depuis un an. J'ai eu une première opération en 92. J'arrivais de Floride. On m'a enlevé le colon, l'utérus et les ovaires. J'ai eu une verrue vaginale. [Nous n'en savons malheureusement pas plus sur ce problème]. J'ai eu un sac. En 93 j'ai eu une deuxième tumeur lombaire, en dehors de l'intestin, ils ont rien enlevé. J'ai eu de la radio. et de la chimio. En 94 j'ai eu un accident, j'ai tombé et je me suis fait une fracture ouverte du péroné. J'en ai profité pour aller lire chez Zellers. En 95 j'ai eu une autre opération. On m'a enlevé une tumeur au coccyx et en même temps on m'a enlevé le sac. Là j'ai un tumeur aux intestins encore. J'attends l'opération. Là, j'ai encore des problèmes de vision et si je meurs pas je vais m'acheter des verres, ça fait deux ans que j'attends. Après la première opération je me suis soignée avec Simonton. [Madame réfère aux techniques d'imagerie mentale développées par ce spécialiste

du cancer]. Huit ans avant le cancer je prenais de la graine de lin. J'ai jamais eu d'idées suicidaires, je veux mourir les yeux ouverts, en avoir conscience, vivre le passage entre les deux mondes. Actuellement, je fais de la réflexologie et je prend des médicaments chinois depuis deux ans. Ma réaction face au cancer? Je sens pas la douleur. Si ma mère aurait pas été malade j'aurais pas eu ce côté positif. Ma mère malade on a jamais connu la peur. Ça pas duré longtemps ma réaction, une nuit, après on a bien eu du «fun». Lors de la chimiothérapie j'ai tout perdu ma patience. S'il y a un agent responsable? Ma constipation. Je me suis retenue toute ma vie dû au stress de l'enfance. Je sais pas s'il peut y avoir des liens entre le psychologique et la maladie. [Vers la fin des entrevues madame nous dira que c'est certain qu'il y a des liens]. J'ai toujours rêvé de faire une thérapie c'est-à-dire une croissance personnelle pour enlever mes bibittes. Je sais pas si c'est mon mari qui souffre le plus de ma maladie; il part toutes les fins de semaine. Il avait quelqu'un. [Cette affirmation est demeurée comme énigmatique]. J'ai pensé qu'il voulait se prendre en main seul. Les gens qui ont rencontré mon mari le trouvait à terre. Il a commencé à se détacher, je pense pour moins souffrir. [Cette partie de l'entrevue est marquée par des pleurs]. Il a une peur énorme de la maladie. Il ne veut pas savoir les problèmes. [Référence ici aux problèmes reliés plus particulièrement au cancer de madame]. Sa vie a été un permanent mal de tête. En fait il n'a jamais eu de moment pour dialoguer.

2.3.2.10.5 <u>Amour, mariage et sexualité</u>

J'ai connu mon mari à 15 ans, lui avait 20 ans. Je l'ai aimé parce qu'il était doux, beau et ne prenait pas de boisson. Surtout c'est qu'il avait énormément d'humour, moi j'étais trop sérieuse. On s'est perdus de vue et on s'est revus à 20 ans. Les fréquentations ont duré un an

et je me suis mariée à 21 ans. Il n'y a pas de dispute entre nous, j'aime pas la chicane et lui non plus. Le dialogue? C'est un couple. Il coupait le dialogue avec sa radio et sa TV. Quand on a des enfants on a pas le temps pour ça. [Nous pensons qu'elle veut dire ici radio et TV plutôt que le dialogue].

Mon mari est le seul homme que j'ai connu. J'ai attendu trop tard car j'aurais voulu retourner à l'école. Mes menstruations ont toujours été très irrégulières, quarante jours des fois. Mes symptômes prémenstruels très très très forts. Mes premiers jeux sexuels ont eu lieu avec mon mari. J'ai failli avoir une agression vers 14-15 ans. Je l'ai mordu et reconnu plus tard. Mon père se cachait pas. Il a arrêté ça mais ma mère invitait des hommes à la maison. [Ceci laisse à penser qu'elle a été témoin de situations particulières à ce niveau]. J'étais pas curieuse sexuellement sauf après le mariage alors qu'un médecin m'avait expliqué des choses. Des fois on fait plaisir à l'autre. Je suis excitée facilement. Mon mari a une plus grande ouverture mais il souffre d'éjaculation précoce. Moi, au niveau des relations, ça aurait été une fois par semaine mais lui c'était quatre fois. Je lui faisais plaisir trois fois sur quatre. Ça durait dix minutes. J'ai des tabous, aucune fellation par exemple, c'est le sperme. Après avoir fait l'amour on se lève. Depuis un an et demi mon mari a tout arrêté. Il est bien, il n'a plus mal à la tête. Il a peur du cancer. En fait c'est plutôt depuis ma première opération qu'il se passe plus rien. Je pense qu'il a quelqu'un. [Ici madame ajoute les commentaires qui suivront comme si le conjoint aurait dû changer après sa maladie]. Rien a changé en lui. Il est pas propre dans la maison, la vaisselle est mal lavée. Dans la maison c'est un zéro. J'ai charrié les quatre enfants. Lui il disait «ils n'ont qu'à pas y aller». J'ai pris beaucoup de place. Il ne s'est jamais levé la nuit.

Mon plus vieux a 35 ans. Il vit en union libre et n'a pas d'enfant. À 15 ans il a fait de l'acné. Il est bouché, entêté. Il a eu plein de difficultés à l'école (vol, ...). Quand j'ai accouché j'ai eu une déchirure du vagin et ça prend un an à m'en remettre. Il est parti à 17 ans. Ça me dérangeait pas ça faisait son affaire. Le deuxième a 32 ans, marié et a deux enfants. Il est renfermé et indépendant. Je les ai élevés pour ça. Pour moi les enfants doivent faire leurs expériences. Il est parti à 24 ans. J'étais malade à son mariage en 92. Ensuite c'est ma fille, 27 ans, célibataire. Elle a deux enfants. C'est une sainte, comme son père. Elle est fragile et solide. Elle n'est pas bornée et elle est ouverte. Je l'ai nourri elle, un charme. Son chum alcoolique, ça été un choc pour nous. Elle l'a laissé à 24 ans après deux enfants. Le dernier a 26 ans et est célibataire. Il parle peu, se fâche à l'occasion, moi je me suis fâchée deux fois. Une fois entre autres à l'accouchement de ma fille. Mon mari était venu me voir une demie heure puis il était parti aux scouts, il faisait du bénévolat. Un an plus tard il a été congédié des scouts avec un autre qui était homosexuel. L'autre chicane je l'ai oubliée. J'ai une bonne relation avec mes quatre enfants. Je me mêle pas de leurs affaires. On reste loin dans un rang, mes gars ne sortaient pas. J'ai jamais pensé au divorce. J'ai jamais été malheureuse mais là on fait plus rien ensemble.

2.3.2.10.6 Généralités

On a plus de loisirs en couple. Avant je faisais beaucoup de bénévolat je fais du ski de fond, du taïchi, de la réflexologie, de la marche et de la bicyclette. Pour moi Dieu c'est important mais il n'est pas punisseur. Je crois au pardon donc si on arrive l'autre côté... Je pense qu'il y a quelque chose après la mort. Mon mari a été longtemps Lacordaire moi je

prends du vin. J'aurais aimé essayer la drogue, seule ma fille a essayé. J'ai fumé de 18 à 30 ans. Ce qui me frustre le plus c'est l'injustice. Ce qui me fait le plus plaisir, mes conversations avec mon amie. Les pires événements ce sont le bénévolat de mon mari après les deux derniers enfants, ma première opération et ma fille qui a arrêté l'école à 17 ans, en secondaire V. Mes plus beaux événements ce sont mes enfants, la connaissance de mon mari et l'amitié avec mon amie. J'ai une très grande de peur de l'eau, de manquer d'air et des chiens. Je peux pas endurer d'avoir la tête dans l'eau. Si j'avais quelque chose à changer : être meilleur en mathématiques et d'être plus patiente en auto avec mon mari. Ce que j'aime le plus de moi ma franchise. Depuis ma maladie je ravale moins, je suis plus ouverte. Les personnes les plus importantes? Je me suis aperçue après ma maladie que je m'accrochais à mon mari. Depuis j'ai repris des activités. Quand je pense à mon passé j'ai rien sur le coeur dans mes années de mariage. Ma tâche était d'élever mes enfants. L'amour? [Pleurs importants]. C'est un sentiment profond. Pour moi oui c'est ce que j'ai vécu. Ça existe aussi pour lui mais la maladie a tout bouleversé. Il n'est pas capable de faire cuire une patate. Il était très dépendant de moi. Il n'y a aucune capacité de confidence pour moi et les autres [à part du mari] ont tous des problèmes. Je n'ai aucun regret aucun remord sauf de pas avoir été plus forte en math. [Cette dernière partie de nos entretiens a été très pathétique jusqu'à nous toucher personnellement. Qui plus est à la fin de l'entrevue madame s'excuse de ne pas avoir été en forme pour les deux dernières rencontres. Qu'est-ce à dire? Elle avait un cancer dont elle mourra dans l'année suivante].

AUTOBIOGRAPHIE CHRONOLOGIQUE
— SUJET # 10 —

ÉVÉNEMENTS PSYCHOLOGIQUES ET SOMATIQUES	ÂGE	ANNÉE	ÉVÉNEMENTS EXISTENTIELS
Marche à 9 mois; énurésie jusqu'à 17 ans	0	1939	
Plusieurs séjours à l'orphelinat de 1 à 5 ans	1	1940	Décès GMP; naissance d'un frère
	2	1941	Naissance d'une soeur
	3	1942	Naissance d'un frère (qui décédera à 6 mois)
	4	1943	Naissance d'une soeur (placée); décès du jeune
	—	1943	frère
	5	19344	Départ de la GMM; naissance d'une soeur
	6	1945	Naissance d'un frère; retour de la soeur placée;
	—	1945	école; déménagement
Encoprésie à l'école; accident = brûlure	7	1946	Naissance d'un frère
Se retire dans la grange très perturbée	8	1947	Déménagement; la mère veut tuer le père
Jaunisse	10	1949	Naissance d'une soeur
Grave rancune contre le père (Pleurs +++)	13	1952	Naissance d'un frère (aura un cancer); fin de
	—	1952	l'école; découverte masturbation
Tentative d'agression	14	1953	
Sentiment : «J'ai été donnée..., elle se ferme»	15	1954	Placement de la mère à 37 ans; déménagement
	—	1954	Connaissance du mari (lui = 20 ans)
Accident (patins)	16	1955	Naissance d'un demi-frère (schizophrène)
Fin énurésie	17	1956	Commence à fumer
	20	1959	Retrouve le mari connu à 15 ans
	21	1960	Mariage; 1re relation sexuelle
	22	1961	1er fils
	23	1962	Décès GMM
Prothèses dentaires; ouverture sexualité	25	1964	2e fils; rencontre du médecin
	26	1965	Maladie du père (coeur)
Colère envers le conjoint (absent à l'accou-	29	1968	3e enfant (fille); accident d'auto du fils de 7 ans
ment)	—	1968	
	30	1969	4e enfant (garçon); cesse de fumer
	39	1978	Départ du 1er fils
Contraception	40	1979	Achat maison; décès beau-père
Dix jours très éprouvants	43	1982	Amputation du père
	45	1984	Décès du père (coeur, 74 ans); décès belle-mère;
	—	1984	décès de la mère (65 ans, 2 mois après le père)
Très grande déception	46	1985	La fille arrête l'école à 17 ans
Verres correcteurs	48	1987	Départ de la fille (conjoint = alcoolique)
	49	1988	1er petit-fils
Trouble intestins; vomissements 1 an	50	1989	Départ d'un fils
Ménopause	51	1990	
1re opération (col utérus, intestins, ovaires,	53	1992	Floride; séparation de la fille; départ d'un autre
sac)	—	1992	fils; AEC du mari; fin de sexualité du couple
2e opération (tumeur lombaire)	54	1993	
Accident : fracture ouverte	55	1994	
3e opération (sac enlevé, tumeur coccyx)	56	1995	
Cancer intestins - reprise	56	1996	

2.3.2.11 SUJET NO 11

- DONNÉES AUTOBIOGRAPHIQUES : 55 ans, mariée et sans enfant - DIAGNOSTIC : Cancer de l'intestin.
- COMPORTEMENT GÉNÉRAL AU COURS DE L'ENTREVUE : Aucune démonstration affective sauf à la dernière minute de la série d'entrevues.

2.3.2.11.1 Relation parentale

Mon père est décédé à 68 ans du coeur, j'avais 26 ans. Il était bon mais sévère sur les choses sexuelles. Mes parents n'étaient pas malins ni l'un ni l'autre. Je n'ai aucun reproche à lui faire. Avec ma mère il était un bon époux. Mes parents étaient heureux. La seule chose que je sais des parents de mon père c'est qu'il a perdu sa mère à 7 ans. Ma mère est décédée en 92 à 87 ans. J'étais très attachée à elle. Elle était travaillante, se donnait. C'était ma confidente. Elle aimait mes petits enfants. Notre relation était excellente et je n'ai aucun reproche à lui faire. Si elle était surprotectrice? Par exemple elle réglait les problèmes de mon gars. Même si j'étais mariée elle s'occupait de moi. Jeune, quand elle partait je crisais, j'étais déchirée, même quand j'étais mariée. On a jamais parlé de sexualité, jamais rien, elle n'aimait pas ça. Apparemment que sa mère serait morte d'un cancer jeune, une bosse au ventre.

2.3.2.11.2 Fratrie et famille en général

Le plus vieux a 73 ans. C'est un bon bonhomme, bonasse et tranquille. La suivante a

72 et est bonasse aussi. Elle était inquiète de son mari au plan sexuel. L'autre soeur avait neuf enfants, elle est décédée en 82, du coeur. C'était un paquet de nerfs mais une bonne travaillante. Son mari sortait. Il faisait voler ses enfants. Il y avait beaucoup de troubles dans leur couple. Et puis j'ai une soeur de 67, huit enfants. Une bonne personne et un bon couple. Ensuite il y a un gars de 66 veuf et remarié. Il est assez prompt et impulsif. Mon autre soeur de 64 ans est normale. Mon frère suivant de 63 ans c'est un paquet de nerfs. Il soigne sa femme malade. Ils n'ont pas d'enfant. Ma soeur de 61 ans est célibataire et demeure chez ce frère de 63 ans. Elle n'a jamais travaillé. Elle est renfermée. J'ai une autre soeur de 60 ans célibataire aussi qui reste avec l'autre. Elle a eu plusieurs dépressions. Elle est très bonne, elle se casse la tête avec les problèmes des autres. Mon autre soeur de 58 ans est mariée et a trois enfants. Elle a des troubles de dos. C'est une très très bonne personne : son mari est alcoolique. Aussi elle est très renfermée. Celle juste avant moi a 56 ans, mariée et pas d'enfant. Elle a eu un cancer de l'intestin il y a six ans. Nous avons une excellente relation. Elle aide tout le monde, s'occupe de tout. Son mari est dépressif depuis deux ans et demi (sa retraite). Elle est dévouée et elle a un bon coeur. Après moi, le dernier, il a 53 ans. Il est marié et il a un enfant. Il a des problèmes de cholestérol. On a de très bons liens familiaux. Je pense que le décès de ma soeur de 38 ans la deuxième, d'un cancer des intestins a été un événement important. On a quand même pas trop été malchanceux. L'entente familiale était bonne. On était heureux, mes parents s'entendaient bien.

2.3.2.11.3 Éducation et instruction, travail

J'ai été gâtée mais c'était strict sur le sexe. J'ai jamais eu de coups ni puni. Ce sont mes soeurs qui me gâtaient le plus, surtout les deux dernières. Je pense que j'étais la préférée de mes parents le «chouchou». Je pense que mon père me protégeait. Jeune j'étais super-agitée. À 12 ans je travaillais dans une maison privée. Jeune j'ai mouillé mon lit jusqu'à 12 ans. Ma mère m'a amenée voir une femme avec une boule et ça été fini. Je me suis toujours rongée les ongles et je les ronge encore. J'ai commencé l'école à 6 ans, ça très bien été. En sixième j'ai eu une maîtresse agressive. J'ai dû refaire ma septième année. J'ai fait un an de commercial et j'ai fini vers 14-15 ans. J'avais pas de rêves particuliers mais j'avais de la facilité en français et en mathématiques. J'ai eu un premier travail à 16 ans. Ensuite j'ai travaillé dans quelques magasins à rayons et ensuite dans une manufacture. Je suis partie de la maison familiale à mon mariage à 19 ans. On est parti pour Montréal pour un an et demi. À partir de 85 on a resté dix ans dans la maison familiale, dans la maison où je suis née, ma fille reste à côté. [Cette affirmation a été exprimée avec beaucoup de nostalgie]. Ensuite on s'est bâti, fin d'octobre 95.

2.3.2.11.4 Maladies

À douze ans j'avais perdu connaissance une fois. C'est à ce moment que j'ai aussi cessé de mouiller mon lit. Une fois à 16 ans j'ai aussi perdu connaissance, aux framboises. Les deux premières grossesses ont été difficiles. J'ai été très malade, neuf mois à vomir. J'ai eu l'appendice à 26 ans, au décès de mon père. À 27 ans j'ai dû avoir des prothèses dentaires.

C'est à cette période que j'ai commencé à faire du bénévolat pour les personnes âgées. J'ai commencé à avoir mal au dos à 40 ans. J'ai même arrêté de marcher et j'ai été hospitalisée une semaine. Le mal de dos est revenu en 89. Je travaillais à la même manufacture depuis 1964. J'ai dû arrêter six mois et j'ai eu cinq ans de merde. Il y avait la CSST. Ça été très dévalorisant, j'ai toffé. Vers 50 ans je perdais du sang et j'ai eu l'hystérectomie. En 92, un an plus tard, j'ai eu une montée de vessie avec des troubles de rectum. En 93 j'ai eu des problèmes d'intestins, du sang. On m'a passé une colonoscopie et ça été négatif. En 94 j'ai failli perdre connaissance aux bleuets, j'avais des crampes dans les cuisses, du genou à l'aine. J'étais incapable de marcher. Ça m'a arrivé aussi trois ou quatre fois après, à la maison qu'on construisait. En décembre 95, le 28, j'ai eu le diagnostic de cancer de l'intestin et j'ai été opérée le 23 janvier 96. Avant j'avais comme senti des gondolages, des spasmes. Avant, en octobre, j'avais eu les hémorroïdes. J'ai versé seulement 3-4 larmes. Je me suis dit ils vont m'opérer et ça va être OK. Mon conjoint est alcoolique, je me fie pas dessus il est plus malade que moi. S'il y a un agent responsable? Ma vie c'est un tas de problèmes. S'il m'aimait [en parlant du mari] il arrêterait de boire. J'ai deux maris : un à jeun et un chaud. La boisson c'est ce que je hais. Quelqu'un qui prend pas de boisson c'est déjà un être normal. Il a toujours travaillé. Mon fils est alcoolique et il a eu beaucoup de troubles avec son père. Il y a la construction de la maison, le travail à la manufacture depuis 32 ans. Je me suis négligée. J'ai trop travaillé en général. S'il y a des liens avec ce qu'on vit? Oui. J'ai jamais eu une minute à moi. Mais je suis courageuse. J'ai toujours «breaké» seule, je suis solitaire. [Elle réfère à son travail à la manufacture]. J'ai jamais eu d'idées suicidaires mais des fois je me dis que je serais peut-être mieux morte.

2.3.2.11.5 Amour, mariage et sexualité, enfants

J'ai connu mon mari à 15 ans, à la mi-carême. Il avait 21 ans. Il était masqué. Le lendemain ça cliqué, c'était ma destinée. Pourquoi je l'ai aimé? Je sais pas; beau, fin, sans défaut. On a eu plusieurs ruptures durant nos fréquentations. Je me suis mariée à 19 ans. Je sais pas si je l'aimais mais j'étais bien. L'amour fou je sais pas c'est quoi. On se dispute par rapport aux enfants. Je me suis toujours occupée de la discipline des enfants. J'ai deux hommes : à jeun bonasse, en boisson agressif. Je suis jamais correcte. L'ais-je trop «runné»? Il a toujours dit «si je t'avais pas je sais pas ce que...». Face à lui j'endure tout.

J'ai été menstruée vers 12-13 ans, je faisais encore au lit. Mon opinion des hommes? Moi aimer? L'amour je sais pas si je suis une femme à ça. Mes premiers jeux sexuels ont été au mariage. Pour moi le mariage c'était beau, sacré. Avoir des enfants. Le grand Amour c'est avec mes petits enfants. La masturbation ça m'écoeure, c'est dégueulasse [en référence à la pratique solitaire]. Je ne suis pas excitée facilement. Je ne suis pas dans les plus chaudes, c'est pas une priorité. Un homme chaud en boisson «tu me touches pas». Après ma famille ça été fini la sexualité. C'était pas mon premier plan, les enfants l'étaient. Un homme c'est important oui mais moi je l'ai peut-être trop gâté. Pas en avoir eu je ne sais pas ce que j'aurais fait. On regardait de la pornographie en groupe, des fois. Une relation ça durait quinze minutes. Depuis un an on a pas de sexualité. On est heureux on a pas besoin de ça. J'ai toujours eu le contrôle pas mal là-dessus. Je pense pas qu'il a eu des aventures, il a toujours pris sa bière à la maison.

Il a pris sa retraite en janvier 96. Il sort pas sauf pour les courses. Il se lève vers midi ou une heure. Il regarde la TV, les sports. Il n'y a pas grand dialogue entre nous. Ma meilleure solution pour la paix, me fermer, qu'il s'arrange. Depuis le cancer on fait chambre à part, c'est son choix. Il a peur de me faire mal. Divorcer? J'y ai vraiment pensée, surtout entre 85-90 pendant la période où il avait du trouble avec mon fils. Mais j'ai toujours eu le courage de me remonter. Ais-je bien fait? Aurais-je dû partir? Comment je vivrais sans argent? Prendre un autre et recommencer! J'ai toffé. C'est peut-être pas normal mais il était pas toujours en boisson. Il a toujours acheté le manger, le loyer et travailler. Au début j'y donnais ma paye comme chez nous.

Ma plus vieille a 35 ans. Elle a des problèmes de foie. Elle est comme moi assez rigide et autoritaire. Je reste à côté, on est collé. [La fille s'est bâtie juste à côté]. Elle s'est mariée à 28 ans. J'avais de la peine mais elle ne s'adonnait pas avec son père. Elle a un bon couple sauf que son mari est pas souvent là. La deuxième a 33 ans. Il est célibataire et il reste en bas de chez nous [soit leur résidence à eux]. Ça réglé tous les problèmes de bataille avec le père. Il est très nerveux, prompt et violent. Il avait failli mourir à sa naissance, il avait fait une jaunisse. Je l'ai toujours protégé. À mon cancer il a fait une crise et a dû prendre un congé maladie. Il a réglé son problème d'alcool depuis 5 ans. La dernière a 29 ans. Elle est mariée et a trois filles. Elle a des troubles de foie et d'estomac. Elle demeure à côté de sa belle-mère. Elle est assez prompte, comme moi, c'est vrai. Elle a du trouble avec son beau-père. Enceinte d'elle ça été

super, j'étais rendue proche de ma mère. Mes enfants c'est ma vie. On a eu trois mois très difficiles, une polémique récemment parce que j'ai donné ma maison en succession à ma plus vieille.

2.3.2.11.6 Généralités

J'ai pas de loisir. Actuellement c'est mes petits enfants. Avant je jouais au dard. J'ai fait du bénévolat de 28 ans à 52 ans. En couple on a joué aux quilles déjà. J'ai fait un voyage à Québec en 92 et à l'Expo en 93. En 95 je suis retournée à Québec. Je suis catholique. Je crois surtout à Sainte-Anne. Je prie au coucher, je vais à la confesse et à la messe régulièrement. Je crois à la résurrection après la mort. Je n'ai aucune peur de vieillir, j'avais hâte, j'aurais voulu être comme ma mère. J'ai toujours été toute vite, j'ai jamais pensé. Quand j'y pense, à la mort, je me change les idées, je suis trop jeune. Je fume pas. L'alcool j'en ai pris deux verres dans ma vie, j'aime pas ça. Ma plus grande frustration? Voir prendre un coup, lever la main pour une gorgée. Un homme chaud c'est ce que je hais le plus. Mon plus grand plaisir c'est quand mes petits enfants me cherchent lorsque je suis pas là, qui pleurent après moi. Mon grand garçon a besoin de moi pour son lavage, etc. Probablement qu'ils m'aiment plus que leur père. Je jase avec eux. Si j'ai un regret c'est d'avoir trop travaillé, de pas assez avoir fait attention à ma santé, c'est par le mariage j'aurais pu avoir pire et j'aurais pas mes enfants. D'ailleurs mes enfants c'est ma plus grande réussite. Les plus beaux événements de ma vie? Mes enfants, mon mariage et l'attachement avec mes parents et soeurs. Les pires : être mariée

à un alcoolique, à part ça rien. J'ai la phobie des verres de terre, c'est pour ça que j'avais perdu connaissance à 12 ans. Un gars avait couru après moi avec un ver. Si j'avais des choses à changer en moi ce serait d'arrêter de me casser la tête pour des riens, de prendre les problèmes des autres, d'être moins prompt. Ce que j'aime le plus de moi : rien en général, peut-être ma force combative? Maintenant je m'exprime plus, je m'assume. Des fois je ravale plutôt que de me chicaner surtout avec mon mari et mes enfants. Les personnes les plus importantes pour moi ce sont mes enfants, mes soeurs et moi. Je me place après eux autres c'est ça, les autres avant. Ma vie passée? Mouvementée et pas des plus heureuses mais ça aurait pu être pire. Ma maison je l'ai eu tard. Ma vie à moi c'est d'endurer, d'être toujours obligée à quelqu'un; je me suis toujours sentie obligée à ces personnes. Mon mari dit «tu t'es mariée, tu endures». Pour le futur je ne pense plus de la même façon, je pense plus à moi un peu. Si je meurs du cancer ils vont être obligés de penser à moi. L'amour c'est aimer du mieux qu'on peut, pas se chicaner mais se comprendre, donner. Dans ma vie j'en ai eu beaucoup parce que je serais plus avec le mari. [Les derniers instants de nos entretiens se terminent par un grand sentiment de tristesse. Madame a une voix très grave mais là elle prend une voix totalement différente, sanglotante, une voix d'enfant, de bébé même, pour dire les paroles suivantes :] Il y en a eu beaucoup d'amour dans ma vie parce que j'aime mes enfants; mes enfants c'est ma priorité, c'est sacré.

AUTOBIOGRAPHIE CHRONOLOGIQUE
— SUJET # 11 —

ÉVÉNEMENTS PSYCHOLOGIQUES ET SOMATIQUES	ÂGE	ANNÉE	ÉVÉNEMENTS EXISTENTIELS
Énurésie jusqu'à 12 ans	0	1941	Fratrie : 19, 18, 14, 13, 12, 10, 9, 7, 6, 4 et 2 ans
	5	1946	Vente de la ferme familiale
	6	1947	École
	7	1948	Décès GMP
Perte connaissance (ver de terre); fin énurésie	12	1953	1re travail dans maison familiale; professeure
	—	1953	agressive; 1res menstruations
	13	1954	Refait sa 7e année
	15	1956	Connaissance du mari (lui = 21 ans)
Perte connaissance (framboises)	16	1957	1er travail bureau; 2e travail (magasin à rayons)
	17	1958	3e travail (magasin à rayons pour 2 ans)
	19	1960	Mariage; départ Montréal (1 an et demi)
Grossesse très pénible (9 mois à vomir)	20	1961	Retour région; 4 mois chez les parents; 1er enfant
	—	1961	(fille)
	21	1962	Décès soeur (37 ans, néo intestins)
	22	1963	2e enfant (garçon); jaunisse de l'enfant qui a
	—	1963	failli mourir
	23	1964	Nouveau travail (manufacture pour 32 ans)
Appendice; sentiment : «Très proche de la	26	1967	Décès du père (68 ans; coeur); 3e enfant
mère». Elle restait tout près.	—	1967	(fille)
Prothèses dentaires; début bénévolat	27	1968	Mère près de mourir; décès beau-père
Mal de dos; arrête de marcher; hospitalisation	40	1981	
	41	1982	Décès soeur (57 ans, coeur)
Relation couple très difficile; verres correc-	44	1985	Retour dans la maison familiale pour 10 ans;
teurs	—	1985	violence père/fils
	47	1988	Départ de la plus vielle
Trouble de dos; 6 mois congé; 5 ans de merde	48	1989	Trouble CSST & employeur; mariage de la plus
	—	1989	vieille
Hystérectomie	50	1991	Mariage de la 2e fille
Montée de vessie; trouble rectum	51	992	Décès mère (87 ans)
Trouble intestins (sang); colono. négative	52	1993	Décès belle-mère
Faiblesse (aux bleuets)	53	1994	
Diagnostic cancer (décembre)	54	1995	Construction maison
Opération intestins (janvier)	55	1996	Retraite du mari (janvier)

2.3.3 ÉTAPE 2 DE L'ANALYSE DE CONTENU : TABLEAU DES UNITÉS DE SENS

Dans cette deuxième partie de l'analyse de contenu nous établissons, sous forme de tableaux, certains énoncés qui nous semblent révélateurs et porteurs d'un sens plus profond. Ainsi, nous avons constaté que certaines thématiques qui revenaient étaient souvent les mêmes : la mère, le père, la famille, l'amour, le conjoint, les enfants, le cancer et l'existence. Il reste indéniable que certaines unités de sens demeurent difficiles à classer même qu'elles pourraient très bien appartenir à deux thématiques différentes. L'unité de sens N° 20 du sujet N° 5 en est un exemple type. Rappelons-nous que, selon l'Écuyer, les énoncés de sens sont des énoncés plus restreints comportant un sens complet en eux-mêmes. Par conséquent, notre participation directe à l'entrevue autobiographique nous permet de trancher, grâce à une compréhension plus globale du cas, face à ces unités difficilement catégorisables.

2.3.3.1 SUJET NO 1

TABLEAU DES UNITÉS DE SENS NON CATÉGORISÉES

ÉNONCÉS	THÉMATIQUES
1. Quand mon père est mort j'ai pensé que ça me rapprocherait de ma mère, ça été pire.	Mère
2. J'ai l'impression de souffrir d'amnésie quand je parle de lui [le père].	Père
3. Il n'a jamais été présent à la maison sauf pour sacrer.	Père
4. Pour elle [la mère] j'avais tous les défauts.	Mère
5. Ma mère c'est le général, comme dans l'armée.	Mère
6. Ma mère est la personne la moins importante dans ma vie.	Mère
7. Triste, j'aurais voulu mon père, mais il préférait ma soeur, quant à ma mère elle préférait mon frère.	Famille
8. Notre famille était sans chaleur, sans aucune démonstration d'affection.	Famille
9. Quand j'allais ailleurs je me sentais aimée et accueillie.	Famille
10. Chez nous j'étais jamais assez bonne... J'allais donc chercher l'attention peu importe la manière. Je suis devenue menteuse ça me permettait d'attirer l'attention.	Amour
11. C'est ma mère qui punissait ça me la faisait haïr encore plus.	Mère
12. J'ai fait une tentative de suicide ratée mais j'ai choisi le divorce.	Amour
13. J'ai eu un cancer du col, deux opérations avec hystérectomie. J'étais contente de ne plus être menstruée ni de ne plus avoir d'enfant.	Cancer
14. Je ressemble à ma mère dans ma façon d'être contrôlante surtout avec mon fils que j'ai surprotégé.	Enfant
15. En fait mes amours c'est pas mal raté.	Amour
16. À son départ [du fils] il serait mort et ça aurait été la même chose.	Enfant
17. Ce qui me frustre le plus dans mes relations aux autres c'est le mensonge.	Amour
18. Ce que j'aime le plus être appréciée.	Amour
19. On dirait que j'ai rien vécu dans ma vie.	Existence
20. Si je résume ma vie ça été une bataille.	Existence
21. Pour moi l'amour c'est d'être acceptée comme on est, moi j'ai pas été acceptée.	Amour
22. Je veux tellement pas être seule.	Amour
23. J'ai un grand besoin d'aimer et d'être aimée, ça doit exister quelque part.	Amour
24. Ce que j'aimerais changer en moi : arrêter de prendre les problèmes des autres, d'avoir à changer, à me modeler, d'être mère Thérèsa.	Existence
25. Mon cancer! Peut-être mes antécédents familiaux, le stress de toujours performer pour être appréciée sans jamais l'être. La vie avait été trop difficile, il y avait telle-ment de déceptions.	Cancer

2.3.3.2. SUJET NO 2

TABLEAU DES UNITÉS DE SENS NON CATÉGORISÉES

ÉNONCÉS	THÉMATIQUES
1. Il [le père] avait toujours raison, face à lui on écrasait. Il était dictateur et froid.	Père
2. Pour lui [le père] les gars c'était de l'or.	Père
3. On dirait que j'ai embarqué dans le même pattern [que celui du père] avec mon mari.	Conjoint
4. Ma mère avait peur de tout : orages, tonnerre, voleur, violeur, etc.	Mère
5. Elle a été très surprotectrice parce que tout était danger.	Mère
6. Elle ne voulait pas qu'on se marie, vous n'avez pas besoin d'homme qu'elle disait.	Mère
7. Quand je suis partie à l'extérieur elle m'a reniée, elle disait que je lui ferais faire une crise de coeur.	Mère
8. Dans notre famille il n'y avait aucune démonstration d'affection. Si je pense à mon père et à ma mère, il n'y en avait même pas dans leur regard.	Famille
9. Ma mère avait une préférence pour les gars, ils n'avaient jamais tort eux, mon père aussi.	Famille
10. On était pas heureux chez nous.	Famille
11. Mon père était dominant et ma mère sa victime.	Famille
12. Quand on était malade on avait des faveurs chez nous, Jello, déjeuner au lit, etc.	Amour
13. Mes deux cancers sont dus à ma peine monsieur.	Cancer
14. Je me disais j'ai mis un monstre au monde [sa fille], j'aurais jamais dû avoir d'enfant, n'ayez pas d'enfant ça fait trop mal.	Enfant
15. Quand j'avais de la peine je me réfugiais dans ma chambre et j'avais souvent mal au sein droit. Le sein ça donne la vie et ça loge beaucoup d'émotions.	Cancer
16. Le cancer c'est surtout à cause de ma fille et de mon mari.	Cancer
17. Je le voyais [le mari] comme mon père, c'était moi qui était pas correcte.	Conjoint
18. Mon mari, il est monocorde et mécanique. Même ma grossesse le dérangeait.	Conjoint
19. En 95 après la chimio., j'aurais dû divorcer. C'est un échec mon mariage.	Amour
20. Si je partais [divorce] je devais amener ma fille or ma fille c'était un poids, c'était mon mari.	Enfant
21. Les hommes pensent à eux avant tout. Mon mari est tellement rapide, il vient juste pour se vider [sur la sexualité].	Amour
22. Ce que je déteste le plus dans la vie c'est qu'on me dise quoi faire.	Existence
23. Mon plus grand plaisir c'est quand j'apporte à quelqu'un.	Amour
24. Ce que j'aime le plus en moi : mon endurance, peut-être que je devrais en avoir moins?	Amour
25. La personne la plus importante ma fille, je me place après.	Amour
26. C'est un échec mon mariage.	Amour
27. L'avenir je le vois plus beau sans ma fille, sans mon conjoint.	Existence

2.3.3.3 SUJET NO 3

TABLEAU DES UNITÉS DE SENS NON CATÉGORISÉES

ÉNONCÉS	THÉMATIQUES
1. Mon père ne démontrait pas d'affection, je suis comme lui.	Père
2. Ma mère était très dépendante de moi.	Mère
3. En fait c'est elle [ma mère] qui a élevé mes enfants.	Mère
4. Chez nous c'était un matriarcat.	Famille
5. Mon couple est comme celui de mes parents.	Amour
6. Ma mère était autoritaire, ambitieuse, maligne et trop sévère. Je lui ressemble sur l'ambition et la sévérité.	Mère
7. Mon père disait : «Tu vas avoir soin de nous plus vieille». Je voulais être ingénieure, j'ai fait une infirmière.	Père
8. Au moment du diagnostic le pire c'était de faire de la peine à mes enfants, à mon mari, surtout ma dernière.	Cancer
9. Le cancer est une partie de mon enfer.	Cancer
10. Je pense qu'on vit trop vite, on pense pas assez à soi, aujourd'hui je me sens un peu plus égoïste.	Existence
11. J'ai connu mon mari à 22, lui avait 32, c'était juste après le décès de mon père.	Conjoint
12. J'ai dit à mes filles d'y penser avant d'avoir des enfants, avec un paquet c'est ordinaire.	Enfant
13. Ma plus vieille s'est mariée à un importé, on l'a su six mois plus tard. Je me sentais coupable. Ais-je été trop sévère? Peut-être a-t-elle eu peur de moi? Ça a été très pénible.	Enfant
14. Si j'avais des choses à changer? Être moins structurante.	Existence
15. Les personnes les plus importantes : mes enfants, mon mari et moi après, quoique depuis la maladie...	Amour
16. Avant, l'amour c'était le don de soi là je le vois plus comme un partage.	Amour
17. Mon plus grand regret, la mort de mon père, si j'avais eu plus de maturité je lui aurais parlé plus.	Père

2.3.3.4 SUJET NO 4

TABLEAU DES UNITÉS DE SENS NON CATÉGORISÉES

ÉNONCÉS	THÉMATIQUES
1. Mon père! Avec lui il y avait toujours du danger, tout était danger.	Père
2. Mon père buvait beaucoup, même au volant, il était super anxieux et chialeux.	Père
3. Avec mon père ma mère était molle, jamais de tendresse, toujours de la tristesse.	Mère
4. Je me rappelle quand j'étais petite je lui demandais : «Pourquoi tu ris jamais maman?»	Mère
5. Si on était heureux chez nous, ni oui ni non.	Famille
6. Pour moi ma mère je l'admirais.	Mère
7. En y pensant bien je pense que je ressemble pas mal à mon père.	Père
8. À l'école j'aimais tout le monde dans la classe, même le mouton noir.	Amour
9. Même ceux qui devraient me haïr m'aiment.	Amour
10. Si j'en ai un autre [un cancer] ils vont l'enlever.	Cancer
11. J'ai passé à travers [du cancer] alors que d'autres paniquent.	Cancer
12. Je sais d'où il vient mon cancer, c'est l'aventure extra-conjugale de mon mari.	Cancer
13. Pourquoi je l'ai aimé [le conjoint]? Pour les mêmes raisons que je divorcerais aujourd'hui.	Conjoint
14. Le dialogue entre nous est profond mais c'est un monologue.	Conjoint
15. Ça fait 6 ans et je vais me venger [de l'aventure du conjoint].	Conjoint
16. Le jour où je vais dépérir tu vas dépérir aussi [la maîtresse du conjoint]. C'est elle la cause de mes deux cancers.	Conjoint
17. Les hommes eux sont comme des animaux [sur la sexualité], ils n'ont pas besoin d'amour, c'est un besoin.	Amour
18. Les hommes [animaux] et les femmes ne peuvent se comprendre ils ne peuvent qu'avoir des enfants.	Amour
19. Ma hantise [face au cancer] serait de priver mes enfants [N.B. Elle n'en a qu'un] de leurs liens avec moi.	Cancer
20. Après l'adultère je me disais si je suis pour vivre malheureuse que je meure.	Cancer
21. Ce qui me flatte le plus c'est qu'on ait besoin de moi.	Amour
22. Quand les gens se confient je suis importante.	Amour
23. Je m'aime comme je suis je changerais rien de mon caractère.	Existence
24. La personne la plus importante c'est mon fils.	Enfant
25. Si je résume mon passé je constate que j'ai pas fait grand-chose pour moi.	Existence
26. L'amour signifie respect, si un homme fait pas ça y en a pas d'amour.	Amour
27. Comme bébé j'ai été aimée de tous.	Amour

2.3.3.5 SUJET NO 5

TABLEAU DES UNITÉS DE SENS NON CATÉGORISÉES

ÉNONCÉS	THÉMATIQUES
1. Je ne peux pas dire que je l'aime [le père]. Je n'ai pas de reproches à son égard.	Père
2. Mon père est alcoolique, plaignard, chialeux, agressif et méchant verbalement.	Père
3. Il [le père] était méchant avec elle [la mère].	Père
4. Je me souviens que je lui disais [à la mère] je t'aime pas.	Mère
5. Je me sentais rejetée d'elle [la mère] elle était froide.	Mère
6. Ma mère était triste dans son mariage, elle était pauvre et rejetée.	Mère
7. Notre vécu familial c'est plus désagréable qu'agréable.	Famille
8. J'ai fait des efforts pour garder un lien familial, je pense à tout le monde.	Famille
9. Je me suis toujours donnée.	Amour
10. J'aime ça de prendre soin.	Amour
11. Moi je souffre pas [face au cancer] mais peut-être mon conjoint, mon fils.	Mère
12. Je me dis qu'il n'est plus là [le cancer] mais j'ai peur.	Cancer
13. Après le cancer, je me sentais coupable de pas tout donner aux enfants que je gardais.	Cancer
14. Je pense pas qu'il y a d'agent responsable pour mon cancer, c'est certain que ma mère a eu une vie triste.	Cancer
15. Il ne s'est pas occupé beaucoup de l'enfant, il avait sa musique [le conjoint].	Conjoint
16. Je me suis souvent sentie seule à cause de sa musique, le soir, les fins de semaine. J'aurais aimé plus de famille.	Conjoint
17. Il en fait encore trop [de la musique]. Il y a quelques semaines il arrivait à 4:00 heures du matin. Ça me touche parce qu'il n'est pas bien, il est malade et fatigué.	Conjoint
18. Petit [l'enfant] son père n'a pas fait grand-chose avec lui.	Conjoint
19. Mon plus grand regret c'est de ne pas avoir assez poussé mon éducation pour aider mon mari.	Amour
20. Ma plus grande satisfaction c'est de me sentir bien dans mon mariage avec mon enfant*.	Amour
21. J'aime pas les animaux mais si j'avais un animal je pourrais pas le laisser seul.	Amour
22. J'ai déjà eu peur du cancer mais ma solution c'était le déni total.	Cancer
23. Ce que j'aime le plus de moi c'est mon grand coeur, ma capacité d'aimer. Il n'y a pas grand monde qui m'aime pas.	Amour
24. J'aime faire vivre les autres.	Amour
25. La personne la plus importante c'est mon mari, après c'est moi.	Amour

*** Nous hésitons à placer cet énoncé sous la thématique enfant ou amour.**

2.3.3.6 SUJET NO 6

TABLEAU DES UNITÉS DE SENS NON CATÉGORISÉES

ÉNONCÉS	THÉMATIQUES
1. Si j'étais présente [au décès du père]? Heureusement j'y étais pas.	Père
2. C'était un alcoolique. Il m'a incestuée de 4 à 15 ans.	Père
3. Je lui ai parlé de l'inceste [à la mère] et elle a dit que c'était de ma faute.	Mère
4. Ma mère était infirme. Elle a fini ses jours dans un foyer en faisant ses besoins 20 ans de temps dans une canisse, sans radio ni TV.	Mère
5. Il n'y a rien eu d'heureux dans mon enfance, c'est comme si je les avais pas connus [les parents].	Famille
6. Quand elle était seule [ma mère] on couchait tous ensemble.	Mère
7. C'était un couple sans affection.	Famille
8. Comment ais-je fait pour me sortir de tout cela?	Cancer
9. C'était anormal et malsain chez nous.	Famille
10. Mon père me punissait avec la strap si j'étais pas fine sexuellement et ma mère était agressive envers moi par jalousie.	Famille
11. Adolescente je cherchais toujours à me faire aimer, j'avais toujours peur que les gens me laissent.	Amour
12. J'ai toujours pensé que mon chum n'avait pas de défaut, c'est moi qui les avait tous.	Conjoint
13. Quand je l'ai appris [le cancer] on aurait dit que je le savais.	Cancer
14. S'il y a des liens entre ce que l'on vit et le cancer, j'en suis certaine à 90%. Tout ce qui m'est arrivée dans ma vie avec la constipation, je me le suis donnée mon cancer mais inconsciemment, c'est normal.	Cancer
15. Pour moi c'est très important «d'avoir l'air»... faire semblant que ça paraisse pas*.	Amour
16. Quand je l'ai connu, il avait aucun défaut durant 20 ans [le conjoint].	Conjoint
17. Il n'y a pas de dialogue dans notre couple, des monologues.	Amour
18. Si je disais tout ce que j'ai sur le coeur [avec le conjoint]...	Amour
19. J'ai pensé au divorce il y a trois ans. J'ai toujours des douleurs physiques [depuis le cancer] et j'étais écoeurée de lui imposer ça.	Amour
20. Le plus grand regret dans ma vie de couple c'est de pas avoir eu quelqu'un qui aurait plus dialogué.	Amour
21. Pour moi les hommes ont tout dans le bout de la queue, ça réfléchit pas diable**.	Amour
22. J'ai toujours senti quelque chose de négatif avec elle [la plus vieille des filles]. Pourquoi? De liens maternels, je n'en ai pas vraiment.	Enfant
23. J'aurais dû être faite pour être mère porteuse.	Enfant
24. J'ai peur de donner mon amour car j'ai peur de souffrir.	Amour
25. Ce que j'aime le plus de moi c'est ma détermination, relever des défis.	Amour
26. Je m'exprime avec facilité sauf avec le chum, c'est dommage car c'est avec lui que je vis.	Amour
27. La personne la plus importante dans ma vie c'est mon chum.	Amour

*** Nous classons cet énoncé dans la thématique «amour» parce qu'elle touche la qualité relationnelle.**

**** Nous plaçons cet énoncé dans «amour» parce qu'il présage de la capacité de relation hétérosexuelle et d'amour.**

2.3.3.7 SUJET NO 7

TABLEAU DES UNITÉS DE SENS NON CATÉGORISÉES

ÉNONCÉS	THÉMATIQUES
1. Mon père était alcoolique, il aimait la fête mais pas avec nous, avec nous il était isolé.	Père
2. Si j'avais des reproches à lui faire [au père]; son absence physique et psychologique.	Père
3. Je cachais rien avec [la mère], notre relation était excellente.	Mère
4. Elle [la mère] nous révélait ses complaintes comme une aventure extra-conjugale de mon père par exemple.	Mère
5. C'était un matriarcat chez nous.	Famille
6. Ce n'était pas un milieu familial heureux, sans spontanéité non plus.	Famille
7. J'ai toujours rêvé que je ne me marierais pas, que je vivrais seule.	Amour
8. Ça été très difficile de l'apprendre à ma fille [le cancer], on est en symbiose.	Cancer
9. S'il y a des liens possibles? ... tous ces deuils. On a peut-être tous des maladies à avoir. Je me suis dit peut-être que j'oublie mon corps et qu'il me parle.	Cancer
10. Avec le cancer j'ai réalisé que j'ai toujours pensé aux autres avant.	Amour
11. Je venais croche à voir les autres me donner [après le cancer].	Amour
12. Je me suis mariée enceinte, je me suis sentie forcée. Trois ans plus tard j'ai eu mon annulation de mariage.	Amour
13. Le mariage c'était pas pour moi et ma carrière était une grande préoccupation sociale.	Amour
14. Je préfère qu'on me trôle pas, ça me gêne. Je veux pas voir les avances physiques.	Amour
15. J'ai été surprotectrice et mère poule.	Enfant
16. Après l'accouchement j'ai été 10 jours à l'hôpital et je ne m'ennuyais pas de l'enfant.	Enfant
17. Je ne l'ai pas nourri, avoir senti un enfant pomper après moi.	Enfant
18. Elle était enceinte à 21 ans et s'est fait avortée. Son chum n'était pas assez responsable.	Enfant
19. Actuellement elle est la maîtresse d'un homme de 40 ans, marié et père de 3 enfants. Je suis satisfaite de sa vie de femme.	Enfant
20. Mon plus grand regret c'est d'avoir accouché par césarienne.	Enfant
21. Le plus beau événement ça été la naissance de ma fille mais à ce moment je me suis demandée : «Serais-je maternelle?»	Enfant
22. Ce que j'aime le plus parler de mon travail.	Amour
23. Moi je suis la «ma tante», celle qui fait le lien avec tout le monde, la ressemblance quand maman n'est pas là, celle qui est capable d'éteindre les feux.	Amour
24. Mon mari s'occupait plus de ma fille que moi.	Conjoint
25. La personne la plus importante c'est ma fille.	Enfant

2.3.3.8 SUJET NO 8

TABLEAU DES UNITÉS DE SENS NON CATÉGORISÉES

ÉNONCÉS	THÉMATIQUES
1. J'étais très près de lui [papa], on se ressentait tous deux.	Père
2. Il m'appelait princesse [le père], je l'appelais Robert. Il y avait toujours du non-dit entre nous.	Père
3. Notre relation était trop symbiotique. En d'autres termes j'aurais eu de la misère à choisir entre lui et un chum. Pire c'était mon Dieu.	Père
4. Il me faisait des cadeaux de 100,00$ et à ma mère 25,00$.	Père
5. J'aurais fait n'importe quoi pour lui.	Père
6. Mon père a pleuré beaucoup à mon mariage.	Père
7. Ma relation avec elle [la mère] ça faisait des flammèches.	Mère
8. Elle était assez prime. Elle faisait le chialage, trop rigide, trop directive, trop expéditive et brusque.	Mère
9. Je pense qu'on était heureux. Mes parents avaient de bons liens même si la communication...	Famille
10. À ce moment-là [du diagnostic du cancer] mon couple et ma famille étaient en grande difficulté. Bien sûr qu'il y a des liens.	Famille
11. J'étais coincée dans une triade : mon chum, ma fille (2 tentatives de suicide, drogue) et moi. C'était comme un rat qui me rongeait.	Cancer
12. Faudrait qu'il arrive quelque chose que je me disais.	Cancer
13. Quand j'ai eu le cancer je me suis dit je ne peux pas punir ma fille comme ça, c'est elle qui a subi tout ça, entre moi et mon mari.	Cancer
14. Je pensais me casser une jambe pour être reconnue, montrer que j'existe.	Cancer
15. Moi j'avais besoin de me faire aimer de tout le monde.	Amour
16. J'aurais rampé pour que le monde m'aime, me faire amie de tous jusqu'à faire semblant.	Amour
17. J'ai connu mon conjoint j'avais 16 ans. Il plaisait aux autres femmes. Il était très indépendant, ça m'attirait.	Amour
18. Nos disputes : son absence et son trouble de boisson. Au début du mariage j'ai fait mes valises souvent.	Amour
19. Pour moi le mariage ça signifiait liberté, porte de sortie. Il y avait rien que de la maladie chez nous.	Amour
20. Mes plus beaux événements... je peux même pas dire mon mariage.	Amour
21. Je me croyais à l'abri du cancer; j'ai nourri mes 2 enfants, les Rose-Croix, et pourtant! J'étais hyper-sensible.	Cancer

2.3.3.9 SUJET NO 9

TABLEAU DES UNITÉS DE SENS NON CATÉGORISÉES

	ÉNONCÉS	THÉMATIQUES
1.	J'ai rien à dire [au sujet du père] il était un bon père... J'ai aucun reproche à lui faire.	Père
2.	Je m'occupe de tout ce qu'il y a de malades dans la parenté.	Amour
3.	Ma réaction à sa mort [la mère]? J'étais très importante pour elle... Elle m'aimait à mort.	Mère
4.	C'était une bonne personne mais agressive. Je n'ai rien à lui reprocher [la mère].	Mère
5.	Mes parents étaient deux personnes très travaillantes et catholiques.	Famille
6.	Elle [une de ses soeurs] l'endure son mari, elle est comme moi.	Conjoint
7.	Ma soeur [celle de 55 ans] a eu un cancer de l'intestin en 1995.	Cancer
8.	Mes frères sont d'excellents maris, nous [les filles] on a tous des zéros.	Conjoint
9.	On était heureux, il y avait une bonne entente entre mes parents, ils nous protégeaient.	Famille
10.	J'ai jamais travaillé mon mari voulait pas, j'étais sa servante, sa secrétaire, son esclave.	Amour
11.	Pour moi il est menteur, hypocrite et un zéro.	Conjoint
12.	Je dis aux autres [ses soeurs célibataires] vous avez bien fait de pas vous marier.	Amour
13.	Ma réaction face au cancer ça été de me dire si je suis finie c'est pas pire que ma soeur de 37 ans qui est décédée.	Cancer
14.	Je ne pense pas qu'il y a des liens, j'ai eu une belle vie. Ma soeur est décédée en 62, ça fait trop longtemps.	Cancer
15.	J'ai voulu souvent partir mais j'étais pas capable à cause de l'argent et je me culpabilisais de l'abandonner.	Amour
16.	J'ai été trop bonasse [avec le mari] mais il a été bon.	Amour
17.	Il n'y avait aucun dialogue entre nous.	Amour
18.	J'ai été au service de tout le monde toute ma vie.	Amour
19.	J'ai toujours espéré que ce serait mieux un jour avec lui.	Amour
20.	J'ai tellement aidé tout le monde que j'accepte et comprend de pas avoir d'enfant.	Amour
21.	Je l'ai trop gâté [le mari]; faire couler son bain, laver la tête, je faisais tout.	Amour
22.	Il [le mari] est jaloux et possessif. Il voulait pas que je parle aux autres même au médecin.	Amour
23.	L'orgasme je me souviens pas de ça... Je le laisse se soulager après je me lave.	Amour
24.	Je crois qu'après la mort ça continue mais sans enfer.	Existence
25.	Ce que j'aime le plus c'est de me faire dire que je suis «smat», qu'on a besoin de moi.	Amour
26.	Mes plus beaux souvenirs sont mon mariage et mon vingt-cinquième.	Amour
27.	Ma vie? M'occuper des autres.	Amour
28.	J'ai fait une belle vie. Là [après le cancer] j'espère que ce sera pas pire que le passé.	Amour
29.	Pour moi l'amour c'est d'être charitable envers le prochain, j'en ai de l'amour.	Amour
30.	Ce que j'aime le plus de moi c'est d'être serviable.	Amour
31.	Les personnes les plus importantes : mon mari et tous ceux qui ont besoin de moi. Je suis pas plus importante que ça.	Amour

2.3.3.10 SUJET NO 10

TABLEAU DES UNITÉS DE SENS NON CATÉGORISÉES

ÉNONCÉS	THÉMATIQUES
1. Il [mon père] a remplacé ma mère schizophrène. Il a eu des troubles avec l'alcool jusqu'à son mariage.	Père
2. Le seul reproche c'est de m'avoir fait sortir de l'école, je lui ai avoué avant sa mort.	Père
3. Avec ma mère il faisait son possible, il la battait mais il nous avertissait avant.	Père
4. J'avais 15 ans quand mon père a placé ma mère en institut.	Mère
5. Quand j'avais 8 ans elle [la mère] avait voulu tuer mon père.	Mère
6. Je me souviens mes séjours à l'orphelinat, j'avais 5 ans.	Famille
7. Je me souviens qu'elle [ma mère] enfermait ma soeur des mois dans sa chambre et qu'elle battait mon frère.	Famille
8. À 15 ans mon père nous a donné. À partir de là je me suis fermée, je n'ai plus jamais eu le sens de l'humour.	Famille
9. Je pense que les événements importants dans notre famille ça été avant tout la séparation d'avec notre mère à 15 ans.	Famille
10. C'est après être séparée [la famille] que je me suis rendue compte qu'on était heureux.	Famille
11. Du travail? J'en ai jamais eu. Après le mariage je l'ai demandé à mon mari, il n'a pas voulu.	Conjoint
12. Ma réaction face au cancer. Je sens pas la douleur. Si ma mère aurait pas été malade j'aurais pas eu ce côté positif.	Cancer
13. Ma mère malade on a jamais connu la peur.	Cancer
14. Ça pas duré longtemps ma réaction [face au diagnostic]; une nuit, après on a bien eu du «fun».	Cancer
15. S'il y a un agent responsable? Ma constipation, je me suis retenue sur tout toute ma vie dû au stress de l'enfance.	Cancer
16. Les gens qui ont rencontré mon mari [suite à mon cancer] l'ont trouvé à terre... il a peur énormément de la maladie du cancer. Il a quelqu'un [une autre femme]. Il a commencé à se détacher, je pense pour moins souffrir.	Conjoint
17. Il [le mari] n'a jamais eu de moment pour dialoguer; il est sourd à 60-70%, la TV, la radio, le mal de tête.	Conjoint
18. Je l'ai connu et je l'ai aimé parce qu'il avait énormément d'humour.	Conjoint
19. Rien a changé en lui. Il est pas propre dans la maison, la vaisselle est mal lavée. Dans la maison c'est un zéro. J'ai charrié les 4 enfants... il ne s'est jamais levé la nuit. Pas capable de faire cuire une patate. Il était très dépendant de moi.	Conjoint
20. Ma fille de 27 ans, c'est une sainte, comme son père.	Conjoint
21. Après ma maladie, je me suis aperçue que j'étais accrochée à mon mari, qu'il était plus important que moi.	Amour
22. Ma tâche était d'élever mes enfants.	Enfant
23. Il n'y a aucune capacité de confidence pour moi. Et les autres ont tous des problèmes.	Amour
24. Mon seul remord c'est de ne pas avoir été plus forte en math.	Existence

2.3.3.11 SUJET NO 11

TABLEAU DES UNITÉS DE SENS NON CATÉGORISÉES

ÉNONCÉS	THÉMATIQUES
1. Mon père était bon mais sévère sur les choses sexuelles.	Père
2. Je n'ai aucun reproche à lui faire. Avec ma mère il était bon.	Père
3. Mes parents étaient heureux.	Famille
4. J'étais très attachée à elle [ma mère]. C'était ma confidente.	Mère
5. Je n'ai aucun reproche à lui faire [la mère].	Mère
6. Elle [ma mère] était surprotectrice. Même si j'étais mariée elle s'occupait de moi.	Mère
7. Jeune, quand elle partait [la mère] je faisais des crises, j'étais déchirée, même quand j'étais mariée.	Mère
8. J'ai une autre soeur, elle est très bonne, elle se casse la tête avec les problèmes des autres.	Amour
9. Mon autre soeur de 58 ans c'est une très très bonne personne : son mari est alcoolique.	Amour
10. Chez nous on a de très bons liens familiaux.	Famille
11. On [notre famille] a quand même pas trop été malchanceux.	Famille
12. L'entente familiale était bonne. On était heureux, mes parents s'entendaient bien.	Famille
13. J'ai versé seulement 3-4 larmes [au moment du diagnostic]. Je me suis dit ils vont m'opérer et ça va être OK.	Cancer
14. S'il y a un agent responsable? Ma vie c'est un tas de problèmes.	Cancer
15. S'il m'aimait [le mari] il arrêterait de boire... la boisson c'est ce que je hais.	Cancer
16. S'il y a des liens? Oui, je me suis négligée, j'ai trop travaillé. En général, j'ai jamais eu une minute à moi, mais je suis courageuse.	Cancer
17. J'ai jamais eu d'idées suicidaires mais des fois je me dis que je serais peut-être mieux morte.	Existence
18. J'ai deux hommes [en parlant du mari] : à jeun bonasse, en boisson agressif.	Conjoint
19. Face à lui j'endure tout.	Conjoint
20. L'ais-je trop «runné» [le mari]?	Conjoint

▼

2.3.3.11 SUJET NO 11 [SUITE]

TABLEAU DES UNITÉS DE SENS NON CATÉGORISÉES

ÉNONCÉS	THÉMATIQUES
21. L'amour! Je sais pas si je suis une femme à ça.	Amour
22. Le grand amour c'est avec mes petits-enfants.	Amour
23. Après la famille ça été fini la sexualité. C'était pas mon premier plan, les enfants l'étaient.	Enfant
24. Depuis un an on a pas de sexualité, on a pas besoin de ça.	Amour
25. Il n'y a pas grand dialogue entre nous. Il regarde la TV, les sports.	Amour
26. Depuis le cancer on fait chambre à part, il a peur de me faire mal.	Amour
27. Divorcer? J'y ai vraiment pensé... mais j'ai eu le courage de me remonter. Ais-je bien fait? Aurais-je dû partir? Comment je vivrais sans argent? Prendre un autre et recommencer? J'ai toffé.	Amour
28. Je reste à côté [de la plus vieille]. On est collé.	Enfant
29. Mon deuxième est célibataire, 33 ans. Il reste en bas de chez nous, ça réglé tous les problèmes de bataille avec le père. Je l'ai toujours surprotégé.	Enfant
30. À mon cancer, mon fils de 33 ans a fait une crise et a dû prendre un congé maladie.	Enfant
31. Mes enfants c'est ma vie.	Enfant
32. Ma plus grande frustration? Voir prendre un coup, voir lever la main pour une gorgée. Un homme chaud c'est ce que je hais le plus.	Conjoint
33. Mon plus grand plaisir c'est quand mes petits-enfants me cherchent quand je suis pas là, qui pleurent après moi.	Amour
34. Mon grand garçon [33 ans] a besoin de moi pour son lavage.	Amour
35. Ce que je regrette c'est pas le mariage j'aurais pu avoir pire et j'aurais pas mes enfants.	Amour
36. Mes enfants c'est ma plus grande réussite.	Enfant
37. Ce que j'aime le plus de moi rien en général, ma force combative?	Amour
38. Les personnes les plus importantes : mes enfants, mes soeurs et moi. Je me place après eux autres. C'est ça, les autres avant.	Amour
39. Ma vie à moi c'est d'endurer, d'être toujours obligée à quelqu'un. Mon mari dit : «Tu t'es mariée, tu endures».	Existence
40. Si je meurs du cancer ils vont être obligés de penser à moi.	Cancer

2.3.4 ÉTAPE 3 DE L'ANALYSE DE CONTENU : CATÉGORISATION ET CLASSIFICATION DES UNITÉS DE SENS

Cette troisième étape de l'analyse de contenu est fort simple. Il s'agit de regrouper, par thématique, les unités de sens dégagées pour chaque récit de vie. Ainsi, tout ce qui touche la mère sera regroupé sous la thématique mère. Nous avons respecté un certain ordre au niveau du classement des thématiques. En fait celles-ci se suivent chronologiquement, comme dans la chronologie du «Questionnaire autobiographique», pour finir avec les thématiques de l'amour et de l'existence.

2.3.4.1 SUJET NO 1

TABLEAU DES UNITÉS DE SENS CATÉGORISÉES ET CLASSÉES

THÉMATIQUES	ÉNONCÉS
MÈRE	1. Quand mon père est mort j'ai pensée que ça me rapprocherait de ma mère, ça été pire. 2. Pour elle j'avais tous les défauts. 3. C'est ma mère qui punissait ça me la faisait haïr encore plus. 4. Ma mère c'est le général, comme dans l'armée. 5. Ma mère est la personne la moins importante dans ma vie.
PÈRE	1. J'ai l'impression de souffrir d'amnésie quand je parle de lui. 2. Il n'a jamais été présent à la maison sauf pour sacrer. Il était un bon buveur.
FAMILLE	1. Notre famille était sans chaleur, sans aucune démonstration d'affection. 2. J'aurais voulu mon père mais il préférait ma soeur. Quant à ma mère elle préférait mon frère. 3. Quand j'allais ailleurs je me sentais aimée et accueillie.
ENFANT	1. Je ressemble à ma mère dans ma façon d'être contrôlante surtout avec mon fils que j'ai surprotégé. 2. À son départ [du fils] il serait mort et ça aurait été la même chose.
CANCER	1. Mon cancer! Peut-être mes antécédents familiaux, le stress de toujours performer pour être appréciée sans jamais l'être. La vie avait été trop difficile, il y avait tellement de déceptions. 2. J'ai eu un cancer du col, deux opérations avec hystérectomie. J'étais contente de ne plus être menstruée ni de ne plus avoir d'enfant.
AMOUR	1. Ce que j'aime le plus être appréciée. 2. J'ai un grand besoin d'aimer et d'être aimée, ça doit exister quelque part. 3. Pour moi l'amour c'est d'être acceptée comme on est. Moi j'ai pas été acceptée comme j'étais. 4. Chez nous j'étais jamais assez bonne. J'allais donc chercher l'attention peu importe la manière. Je suis devenue menteuse ça me permettait d'attirer l'attention. 5. Ce qui me frustre le plus dans mes relations aux autres c'est le mensonge. 6. En fait mes amours c'est pas mal raté. 7. Je veux tellement pas être seule. 8. J'ai fait une tentative de suicide ratée mais j'ai choisi le divorce.
EXISTENCE	1. Si je résume ma vie ça été une bataille. 2. On dirait que j'ai rien vécu dans ma vie. 3. Ce que j'aimerais changer en moi : arrêter de prendre les problèmes des autres, d'avoir à changer, à me modeler, d'être mère Thérèsa.

2.3.4.2 SUJET NO 2

TABLEAU DES UNITÉS DE SENS CATÉGORISÉES ET CLASSÉES

THÉMATIQUES	ÉNONCÉS
MÈRE	1. Ma mère avait peur de tout : orages, tonnerre, voleur, violeur, etc. 2. Elle a été très surprotectrice parce que tout était danger. 3. Elle ne voulait pas qu'on se marie, vous n'avez pas besoin d'homme qu'elle disait. 4. Quand je suis partie à l'extérieur elle m'a reniée, elle disait que je lui ferais faire une crise de coeur.
PÈRE	1. Il [le père] avait toujours raison, face à lui on écrasait. Il était dictateur et froid. 2. Pour lui [le père] les gars c'était de l'or.
FAMILLE	1. Mon père était dominant et ma mère était sa victime. 2. Dans notre famille il n'y avait aucune démonstration d'affection. Si je pense à mon père et à ma mère, il n'y en avait même pas dans leur regard. 3. Ma mère avait une préférence pour les gars, ils n'avaient jamais tort eux, mon père aussi. 4. On était pas heureux chez nous.
CONJOINT	1. Je le voyais [le mari] comme mon père, c'était moi qui était pas correcte. 2. Mon mari, il est monocorde et mécanique. Même ma grossesse le dérangeait. 3. Les hommes pensent à eux avant tout. Mon mari est tellement rapide, il vient juste pour se vider [sur la sexualité]. 4. On dirait que j'ai embarqué dans le même pattern [que celui du père] avec mon mari.
ENFANT	1. Je me disais j'ai mis un monstre au monde [sa fille], j'aurais jamais dû avoir d'enfant, n'ayez pas d'enfant ça fait trop mal. 2. Si je partais [divorce] je devais amener ma fille or ma fille c'était un poids, c'était mon mari.
CANCER	1. Quand j'avais de la peine je me réfugiais dans ma chambre et j'avais souvent mal au sein droit. Le sein ça donne la vie et ça loge beaucoup d'émotions. 2. Mes deux cancers sont dus à ma peine monsieur. 3. Le cancer c'est surtout à cause de ma fille et de mon mari. 4. La personne la personne la plus importante ma fille, je me place après.
AMOUR	1. Mon plus grand plaisir c'est quand j'apporte à quelqu'un. 2. Ce que j'aime le plus en moi : mon endurance, peut-être que je devrais en avoir moins? 3. En 95 après la chimio, j'aurais dû divorcer. 4. C'est un échec mon mariage. 5. Quand on était malade on avait des faveurs chez nous, Jello, déjeuner au lit, etc.
EXISTENCE	1. Ce que je déteste le plus dans la vie c'est qu'on me dise quoi faire. 2. L'avenir je le vois plus beau sans ma fille, sans mon conjoint.

2.3.4.3 SUJET NO 3

TABLEAU DES UNITÉS DE SENS CATÉGORISÉES ET CLASSÉES

THÉMATIQUES	ÉNONCÉS
MÈRE	1. Ma mère était autoritaire, ambitieuse, maligne et trop sévère. Je lui ressemble sur l'ambition et la sévérité.
	2. Ma mère était très dépendante de moi.
	3. En fait c'est elle qui a élevé mes enfants.
PÈRE	1. Mon père ne démontrait pas d'affection, je suis comme lui.
	2. Mon père disait : «Tu vas avoir soin de nous plus vieille». Je voulais être ingénieure, j'ai fait une infirmière.
	3. Mon plus grand regret, la mort de mon père, si j'avais eu plus de maturité je lui aurais parlé plus.
FAMILLE	1. Chez nous c'était un matriarcat.
CONJOINT	1. J'ai connu mon mari à 22, lui avait 32, c'était juste après le décès de mon père.
ENFANT	1. J'ai dit à mes filles d'y penser avant d'avoir des enfants, avec un paquet c'est ordinaire.
	2. Ma plus vieille s'est mariée à un importé, on l'a su six mois plus tard. Je me sentais coupable. Ais-je été trop sévère? Peut-être a-t-elle eu peur de moi? Ça a été très pénible.
CANCER	1. Au moment du diagnostic le pire c'était de faire de la peine à mes enfants, à mon mari, surtout à ma dernière.
	2. Le cancer est une partie de mon enfer.
AMOUR	1. Les personnes les plus importantes : mes enfants, mon mari et moi après, quoique depuis la maladie...
	2. Avant. l'amour c'était le don de soi là je le vois plus comme un partage.
	3. Mon couple est comme celui de mes parents.
EXISTENCE	1. Je pense qu'on vit trop vite, on pense pas assez à soi, aujourd'hui je me sens un peu plus égoïste.
	2. Si j'avais des choses à changer, être moins structurante.

2.3.4.4 SUJET NO 4

TABLEAU DES UNITÉS DE SENS CATÉGORISÉES ET CLASSÉES

THÉMATIQUE	ÉNONCÉS
MÈRE	1. Avec mon père ma mère était molle, jamais de tendresse, toujours de la tristesse.
	2. Je me rappelle quand j'étais petite je lui demandais : «Pourquoi tu ris jamais maman?»
	3. Pour moi ma mère je l'admirais.
PÈRE	1. Mon père buvait beaucoup, même au volant, il était super anxieux et chialeux.
	2. Mon père! Avec lui il y avait toujours du danger, tout était danger.
	3. En y pensant bien je pense que je ressemble pas mal à mon père.
FAMILLE	1. Si on était heureux chez nous, ni oui ni non.
CONJOINT	1. Pourquoi je l'ai aimé? Pour les mêmes raisons que je divorcerais aujourd'hui.
	2. Le dialogue entre nous est profond mais c'est un monologue.
	3. Ça fait 6 ans et je vais me venger [de l'aventure du conjoint].
ENFANT	1. La personne la plus importante c'est mon fils.
CANCER	1. Je sais d'où vient mon cancer, c'est l'aventure extra-conjugale de mon mari.
	2. Après l'adultère je me disais si je suis pour vivre malheureuse que je meure.
	3. Le jour où je vais dépérir tu vas dépérir aussi [la maîtresse du conjoint]. C'est elle la cause de mes deux cancers.
	4. Ma hantise [face au cancer] serait de priver mes enfants [N.B. Elle n'en a qu'un] de leurs liens avec moi.
	5. J'ai passé à travers [du cancer] alors que d'autres paniquent.
	6. Si j'en ai un autre [un cancer] ils vont l'enlever.
AMOUR	1. Comme bébé j'ai été aimée de tous.
	2. Même ceux qui devraient me haïr m'aiment.
	3. À l'école j'aimais tout le monde dans la classe, même le mouton noir.
	4. Les hommes eux sont comme des animaux [sur la sexualité], ils n'ont pas besoin d'amour, c'est un besoin.
	5. Les hommes [animaux] et les femmes ne peuvent se comprendre ils ne peuvent qu'avoir des enfants.
	6. Quand les gens se confient je suis importante.
	7. Ce qui me flatte le plus c'est qu'on ait besoin de moi.
	8. L'amour signifie respect, si un homme fait pas ça y en a pas d'amour.
EXISTENCE	1. Si je résume mon passé je constate que j'ai pas fait grand-chose pour moi.
	2. Je m'aime comme je suis je changerais rien de mon caractère.

2.3.4.5 SUJET NO 5

TABLEAU DES UNITÉS DE SENS CATÉGORISÉES ET CLASSÉES

THÉMATIQUES	ÉNONCÉS
MÈRE	1. Je me souviens que je lui disais je t'aime pas.
	2. Je me sentais rejetée d'elle, elle était froide.
PÈRE	1. Mon père est alcoolique, plaignard, chialeux, agressif et méchant verbalement.
	2. Il était méchant avec elle.
	3. Je ne peux pas dire que je l'aime. Je n'ai pas de reproches à son égard.
FAMILLE	1. Notre vécu familial c'est plus désagréable qu'agréable.
	2. Ma mère était triste dans son mariage, elle était pauvre et rejetée.
	3. J'ai fait des efforts pour garder un lien familial, je pense à tout le monde.
CONJOINT	1. Je me suis souvent sentie seule à cause de sa musique, le soir, les fins de semaine. J'aurais aimé plus de famille.
	2. Il en fait encore trop [de la musique]. Il y a quelques semaines il arrivait à 4:00 heures du matin. Ça me touche parce qu'il n'est pas bien, il est malade et fatigué.
	3. Il ne s'est pas occupé beaucoup de l'enfant, il avait sa musique [le conjoint].
	4. Petit [l'enfant] son père n'a pas fait grand-chose avec lui.
CANCER	1. J'ai déjà eu peur du cancer mais ma solution c'était le déni total.
	2. Je pense pas qu'il y a d'agent responsable pour mon cancer, c'est certain que ma mère a eu une vie triste.
	3. Je me dis qu'il n'est plus là mais j'ai peur.
	4. Après le cancer, je me sentais coupable de pas tout donner aux enfants que je gardais.
	5. Moi je souffre pas mais peut-être mon conjoint, mon fils.
AMOUR	1. Ce que j'aime le plus de moi c'est mon grand coeur, ma capacité d'aimer. Il n'y a pas grand monde qui m'aime pas.
	2. J'aime faire vivre les autres.
	3. J'aime ça de prendre soin.
	4. Je me suis toujours donnée.
	5. J'aime pas les animaux mais si j'avais un animal je pourrais pas le laisser seul.
	6. Ma plus grande satisfaction c'est de me sentir bien dans mon mariage avec mon enfant.
	7. Mon plus grand regret c'est de ne pas avoir assez poussé mon éducation pour aider mon mari.
	8. La personne la plus importante c'est mon mari, après c'est moi.

2.3.4.6 SUJET NO 6

TABLEAU DES UNITÉS DE SENS CATÉGORISÉES ET CLASSÉES

THÉMATIQUES	ÉNONCÉS
MÈRE	1. Ma mère était infirme. Elle a fini ses jours dans un foyer en faisant ses besoins 20 ans de temps dans une canisse, sans radio ni TV.
	2. Je lui ai parlé de l'inceste et elle a dit que c'était de ma faute.
	3. Quand elle était seule on couchait tous ensemble.
PÈRE	1. C'était un alcoolique. Il m'a incestuée de 4 à 15 ans.
	2. Si j'étais présente [au décès]? Heureusement j'y étais pas.
FAMILLE	1. Mon père me punissait avec la strap si j'étais pas fine sexuellement et ma mère était agressive envers moi par jalousie.
	2. Il n'y a rien eu d'heureux dans mon enfance, c'est comme si je les avais pas connus [les parents].
	3. C'était un couple sans affection.
	4. C'était anormal et malsain chez nous.
	5. Comment ais-je fait pour me sortir de tout cela?
CONJOINT	1. Quand je l'ai connu, il avait aucun défaut durant 20 ans.
	2. J'ai toujours pensé que mon chum n'avait pas de défaut, c'est moi qui les avait tous.
ENFANT	1. J'ai toujours senti quelque chose de négatif avec elle [la plus vieille]. Pourquoi? De liens maternels, je n'en ai pas vraiment.
	2. J'aurais dû être faite pour être mère porteuse.
CANCER	1. Quand je l'ai appris [le cancer] on aurait dit que je le savais.
	2. S'il y a des liens entre ce que l'on vit et le cancer, j'en suis certaine à 90%. Tout ce qui m'est arrivée dans ma vie avec la constipation, je me le suis donnée mon cancer mais inconsciemment, c'est normal.
AMOUR	1. Adolescente je cherchais toujours à me faire aimer, j'avais toujours peur que les gens me laissent.
	2. Je m'exprime avec facilité sauf avec le chum, c'est dommage car c'est avec lui que je vis.
	3. Pour moi c'est très important «d'avoir l'air»... faire semblant que ça paraisse pas.
	4. Il n'y a pas de dialogue dans notre couple, des monologues.
	5. Si je disais tout ce que j'ai sur le coeur [avec le conjoint].
	6. J'ai pensé au divorce il y a trois ans. J'ai toujours des douleurs physiques [depuis le cancer] et j'étais écoeurée de lui imposer ça.
	7. Le plus grand regret dans ma vie de couple c'est de ne pas avoir eu quelqu'un qui aurait plus dialogué.
	8. Pour moi les hommes ont tout dans le haut de la queue, ça réfléchit pas diable.
	9. Ce que j'aime le plus de moi c'est ma détermination, relever des défis.
	10. J'ai peur de donner mon amour car j'ai peur de souffrir.
	11. La personne la plus importante dans ma vie c'est mon chum.

2.3.4.7 SUJET NO 7

TABLEAU DES UNITÉS DE SENS CATÉGORISÉES ET CLASSÉES

THÉMATIQUES	ÉNONCÉS
MÈRE	1. Elle nous révélait ses complaintes comme une aventure extra-conjugale de mon père par exemple.
	2. Je cachais rien avec elle, notre relation était excellente.
PÈRE	1. Mon père était alcoolique, il aimait la fête mais pas avec nous, avec nous il était isolé.
	2. Si j'avais des reproches à lui faire, son absence physique et psychologique.
FAMILLE	1. C'était un matriarcat chez nous.
	2. Ce n'était pas un milieu familial heureux, sans spontanéité non plus.
ENFANT	1. Le plus beau événement ça été la naissance de ma fille mais à ce moment je me suis demandée : «Serais-je maternelle?»
	2. Mon plus grand regret c'est d'avoir accouché par césarienne.
	3. Après l'accouchement j'ai été 10 jours à l'hôpital et je ne m'ennuyais pas de l'enfant.
	4. Je ne l'ai pas nourri, avoir senti un enfant pomper après moi.
	5. La personne la plus importante c'est ma fille.
	6. J'ai été surprotectrice et mère poule.
	7. Mon mari s'occupait plus de ma fille que moi.
	8. Elle était enceinte à 21 ans et s'est fait avortée. Son chum n'était pas assez responsable.
	9. Actuellement elle est la maîtresse d'un homme de 40 ans, marié et père de 3 enfants. Je suis satisfaite de sa vie de femme.
CANCER	1. Ça été très difficile de l'apprendre à ma fille [le cancer], on est en symbiose.
	2. S'il y a des liens possibles?... tous ces deuils. On a peut-être tous des maladies à avoir. Le me suis dit peut-être que j'oublie mon corps et qu'il me parle.
AMOUR	1. J'ai toujours rêvé que je ne me marierais pas, que je vivrais seule.
	2. Je me suis mariée enceinte, je me suis sentie forcée. Trois ans plus tard j'ai eu mon annulation de mariage.
	3. Le mariage c'était pas pour moi et ma carrière était une grande préoccupation sociale.
	4. Ce que j'aime le plus parler de mon travail.
	5. Moi je suis la «ma tante», celle qui fait le lien avec tout le monde, la ressemblance quand maman n'est pas là, celle qui est capable d'éteindre les feux.
	6. Avec le cancer j'ai réalisé que j'ai toujours pensé aux autres avant.
	7. Je venais croche à voir les autres me donner [après le cancer].
	8. Je préfère qu'on me trôle pas, ça me gêne. Je veux pas voir les avances physiques.

2.3.4.8 SUJET NO 8

TABLEAU DES UNITÉS DE SENS CATÉGORISÉES ET CLASSÉES

THÉMATIQUES	ÉNONCÉS
MÈRE	1. Elle était assez prime. Elle faisait le chialage, trop rigide, trop directive, trop expéditive et brusque.
	2. Ma relation avec elle ça faisait des flammèches.
PÈRE	1. J'étais très près de lui, on se ressentait tous deux.
	2. Il m'appelait princesse, je l'appelais Robert. Il y avait toujours du non-dit entre nous.
	3. J'aurais fait n'importe quoi pour lui.
	4. Il me faisait des cadeaux de 100,00$ et à ma mère 25,00$.
	5. Notre relation était trop symbiotique. En d'autres termes, j'aurais eu de la misère à choisir entre lui et mon chum. Pire c'était mon Dieu.
	6. Mon père a pleuré beaucoup à mon mariage.
FAMILLE	1. Je pense qu'on était heureux. Mes parents avaient de bons liens même si la communication...
CANCER	1. À ce moment-là [du diagnostic du cancer] mon couple et ma famille étaient en grande difficulté. Bien sûr qu'il y a des liens.
	2. Faudrait qu'il arrive quelque chose que je me disais.
	3. Je pensais me casser une jambe pour être reconnue, montrer que j'existe.
	4. J'étais coincée dans une triade : mon chum, ma fille (2 tentatives de suicide, drogue) et moi. C'était comme un rat qui me rongeait.
	5. Quand j'ai eu le cancer je me suis dit je ne peux pas punir ma fille comme ça, c'est elle qui a subi tout ça, entre moi et mon mari.
	6. Je me croyais à l'abri du cancer; j'ai nourri mes 2 enfants, les Rose-Croix, et pourtant! J'étais hyper-sensible.
AMOUR	1. Moi j'avais besoin de me faire aimer de tout le monde.
	2. J'aurais rampé pour que le monde m'aime, me faire amie de tous jusqu'à faire semblant.
	3. Pour moi le mariage ça signifiait liberté, porte de sortie. Il y avait rien que de la maladie chez nous.
	4. J'ai connu mon conjoint j'avais 16 ans. Il plaisait aux autres femmes. Il était très indépendant, ça m'attirait.
	5. Nos disputes : son absence et son trouble de boisson. Au début du mariage j'ai fait mes valises souvent.
	6. Mes plus beaux événements... je peux même pas dire mon mariage.

2.3.4.9 SUJET NO 9

TABLEAU DES UNITÉS DE SENS CATÉGORISÉES ET CLASSÉES

THÉMATIQUES	ÉNONCÉS
MÈRE	1. C'était une bonne personne mais agressive. Je n'ai rien à lui reprocher.
	2. Ma réaction à sa mort? J'étais très importante pour elle... Elle m'aimait à mort.
PÈRE	1. J'ai rien à dire, il était un bon père... J'ai aucun reproche à lui faire.
FAMILLE	1. Mes parents étaient deux personnes très travaillantes et catholiques.
	2. On était heureux, il y avait une bonne entente entre mes parents, ils nous protégaient.
CONJOINT	1. Pour moi il est menteur, hypocrite et un zéro.
	2. Elle [une de ses soeurs] l'endure son mari, elle est comme moi.
	3. Mes frères sont d'excellents maris, nous [les filles] on a tous des zéros.
CANCER	1. Ma réaction face au cancer ça été de me dire si je suis finie c'est pas pire que ma soeur de 37 ans qui est décédée.
	2. Je ne pense pas qu'il y a des liens, j'ai eu une belle vie. Ma soeur est décédée en 62, ça fait trop longtemps.
	3. Ma soeur [celle de 55 ans] a eu un cancer de l'intestin en 1995.
AMOUR	1. Pour moi l'amour c'est d'être charitable envers le prochain, j'en ai de l'amour.
	2. Ce que j'aime le plus de moi c'est d'être serviable.
	3. Ce que j'aime le plus c'est de me faire dire que je suis «smat», qu'on a besoin de moi.
	4. Je m'occupe de tout ce qu'il y a de malades dans la parenté.
	5. Les personnes les plus importantes : mon mari et tous ceux qui ont besoin de moi. Je suis pas plus importante que ça.
	6. J'ai jamais travaillé mon mari voulait pas, j'étais sa servante, sa secrétaire, son esclave.
	7. J'ai toujours espéré que ce serait mieux un jour avec lui.
	8. Je l'ai trop gâté [le mari]; faire couler son bain, laver la tête, je faisais tout.
	9. Il [le mari] est jaloux et possessif. Il voulait pas que je parle aux autres même pas au médecin.
	10. J'ai voulu souvent partir mais j'étais pas capable à cause de l'argent et je me culpabilisais de l'abandonner.
	11. Il n'y avait aucun dialogue entre nous.
	12. J'ai été trop bonasse [avec le mari] mais il a été bon.
	13. L'orgasme je me souviens pas de ça... Je le laisse se soulager après je me lave.
	14. Je dis aux autres [ses soeurs célibataires] vous avez bien fait de pas vous marier.
	15. Mes plus beaux souvenirs sont mon mariage et mon vingt-cinquième.
	16. Ma vie? M'occuper des autres.
	17. J'ai été au service de tout le monde toute ma vie.
	18. J'ai tellement aidé tout le monde que j'accepte et comprend de pas avoir d'enfant.
EXISTENCE	J'ai fait une belle vie. Là [après le cancer] j'espère que ce sera pas pire que le passé.
	Je crois qu'après la mort ça continue mais sans enfer.

2.3.4.10 SUJET NO 10

TABLEAU DES UNITÉS DE SENS CATÉGORISÉES ET CLASSÉES

THÉMATIQUES	ÉNONCÉS
MÈRE	1. Quand j'avais 8 ans elle [la mère] avait voulu tuer mon père. 2. J'avais 15 ans quand mon père a placé ma mère en institut.
PÈRE	1. Il a remplacé ma mère schizophrène. Il a eu des trouble avec l'alcool jusqu'à son mariage. 2. Avec ma mère il faisait son possible, il la battait mais il nous avertissait avant. 3. Le seul reproche c'est de m'avoir fait sortir de l'école, je lui ai avoué avant sa mort.
FAMILLE	1. Je me souviens mes séjours à l'orphelinat, j'avais 5 ans. 2. Je me souviens qu'elle [ma mère] enfermait ma soeur des mois dans sa chambre et qu'elle battait mon frère. 3. Je pense que les événements importants dans notre famille ça été avant tout la séparation d'avec notre mère à 15 ans. 4. À 15 ans mon père nous a donné. À partir de là je me suis fermée, je n'ai plus jamais eu le sens de l'humour. 5. C'est après s'être séparée [la famille] que je me suis rendue compte qu'on était heureux.
CONJOINT	1. Je l'ai connu et je l'ai aimé parce qu'il avait énormément d'humour. 2. Rien a changé en lui. Il est pas propre dans la maison, la vaisselle est mal lavée. Dans la maison c'est un zéro. J'ai charrié les 4 enfants... il ne s'est jamais levé la nuit. Pas capable de faire cuire une patate. Il était très dépendant de moi. 3. Il n'a jamais eu de moment pour dialoguer; il est sourd à 60-70%, la TV, la radio, le mal de tête. 4. Du travail? J'en ai jamais eu. Après le mariage je l'ai demandé à mon mari, il n'a pas voulu. 5. Ma fille de 27 ans, c'est une sainte, comme son père.
CANCER	1. S'il y a un agent responsable? Ma constipation, je me suis retenue sur tout toute ma vie dû au stress de l'enfance. 2. Ma réaction face au cancer. Je sens pas la douleur. Si ma mère aurait pas été malade j'aurais pas eu ce côté positif. 3. Ma mère malade on a jamais connu la peur. 4. Ça pas duré longtemps ma réaction [face au diagnostic]; une nuit, après on a bien eu du «fun». 5. Les gens qui ont rencontré mon mari [suite à mon cancer] l'ont trouvé à terre... il a peur énormément de la maladie du cancer. Il a quelqu'un [une autre femme]. Il a commencé à se détacher, je pense pour moins souffrir.
AMOUR	1. Il n'y a aucune capacité de confidence pour moi. Et les autres ont tous des problèmes. 2. Après ma maladie, je me suis aperçue que j'étais accrochée à mon mari, qu'il était plus important que moi.
EXISTENCE	1. Mon seul remord c'est de ne pas avoir été plus forte en maths.

2.3.4.11 SUJET NO 11

TABLEAU DES UNITÉS DE SENS CATÉGORISÉES ET CLASSÉES

THÉMATIQUES	ÉNONCÉS
MÈRE	1. Elle était surprotectrice. Même si j'étais mariée elle s'occupait de moi.
	2. Jeune, quand elle partait, je crisais, j'étais déchirée, même quand j'étais mariée.
	3. J'étais très attachée à elle... C'était ma confidente.
	4. Je n'ai aucun reproche à lui faire.
PÈRE	1. Mon père était bon mais sévère sur les choses sexuelles.
	2. Je n'ai aucun reproche à lui faire... Avec ma mère il était bon.
FAMILLE	1. Mes parents étaient heureux.
	2. L'entente familiale était bonne. On était heureux, mes parents s'entendaient bien.
	3. Chez nous on a de très bons liens familiaux.
	4. On [notre famille] a quand même pas trop été malchanceux.
CONJOINT	1. J'ai deux hommes [en parlant du mari] : à jeun bonasse, en boisson agressif.
	2. Ma plus grande frustration? Voir prendre un coup, voir lever la main pour une gorgée. Un homme chaud c'est ce que je hais le plus.
	3. Face à lui j'endure tout.
	4. L'ais-je trop «runné»?
ENFANT	1. Mes enfants c'est ma vie.
	2. Mes enfants c'est ma plus grande réussite.
	3. Après la famille ça été fini la sexualité. C'était pas mon premier plan, les enfants l'étaient.
	4. Je reste à côté [de la plus vieille]. On est collé.
	5. Mon deuxième est célibataire, 33 ans. Il reste en bas de chez nous, ça réglé tous les problèmes de bataille avec le père. Je l'ai toujours surprotégé.
	6. À mon cancer, mon fils de 33 ans a fait une crise et a dû prendre un congé maladie.
	7. Mon grand garçon [33 ans] a besoin de moi pour son lavage.

▼

2.3.4.11 SUJET NO 11 [SUITE]

TABLEAU DES UNITÉS DE SENS CATÉGORISÉES ET CLASSÉES

THÉMATIQUES	ÉNONCÉS
CANCER	1. S'il y a un agent responsable? Ma vie c'est un tas de problèmes.
	2. J'ai versé 3-4 larmes [au moment du diagnostic]. Je me suis dit ils vont m'opérer et ça va être OK.
	3. S'il m'aimait [le mari] il arrêterait de boire... la boisson c'est ce que je hais.
	4. S'il y a des liens? Oui, je me suis négligée, j'ai trop travaillé. En général, j'ai jamais eu une minute à moi, mais je suis courageuse.
	5. Si je meurs du cancer ils vont être obligés de penser à moi.
AMOUR	1. L'amour je sais pas si je suis une femme à ça.
	2. Le grand amour c'est avec mes petits-enfants.
	3. Mon plus grand plaisir c'est quand mes petits-enfants me cherchent quand je suis pas là, qui pleurent après moi.
	4. Depuis le cancer on fait chambre à part, il a peur de me faire mal.
	5. Depuis un an on a pas de sexualité, on a pas besoin de ça.
	6. Il n'y a pas grand dialogue entre nous. Il regarde la TV, les sports.
	7. Divorcer? J'y ai vraiment pensé... mais j'ai eu le courage de me remonter. Ais-je bien fait? Aurais-je dû partir? Comment je vivrais sans argent? Prendre un autre et recommencer? J'ai toffé.
	8. Ce que je regrette c'est pas le mariage j'aurais pu avoir pire et j'aurais pas mes enfants.
	9. Ce que j'aime le plus de moi rien en général, ma force combative?
	10. J'ai une autre soeur, elle est très bonne, elle se casse la tête avec les problèmes des autres.
	11. Mon autre soeur de 58 ans c'est une très bonne personne : son mari est alcoolique.
	12. Les personnes les plus importantes : mes enfants, mes soeurs et moi. Je me place après eux autres. C'est ça, les autres avant.
EXISTENCE	1. J'ai jamais eu d'idées suicidaires mais des fois je me dis que je serais peut-être mieux morte.
	2. Ma vie à moi c'est d'endurer, d'être toujours obligée à quelqu'un. Mon mari dit : «Tu t'es mariée, tu endures».

2.3.5 Étape 4 de l'analyse de contenu : Les grandes pointes de l'observation

2.3.5.1 Au niveau du cancer du sein

Voici donc ce que ces récits de vie nous ont appris. Nous avons constaté que dans six cas sur huit le père est décédé d'un cancer et ce, très jeune, alors qu'une fois c'est la mère qui décédait d'un cancer du sein. Dans six cas sur huit la mère était soit autoritaire, froide ou absente psycho-affectivement. Dans deux cas elle était surprotectrice. Dans six cas sur huit le père était froid et absent psycho-affectivement. Dans les deux autres cas la relation était totalement inversée. Cinq fois sur huit le père était alcoolique. La majorité des patientes ont décrit leur milieu familial comme étant sans affection, sans communication. Dans tous les cas nous avons trouvé une phobie majeure, plus particulièrement, l'acrophobie (hauteurs/vertiges). La conception de l'amour pour ces femmes pourrait se résumer ainsi : «tout pour être aimée». En voici d'ailleurs quelques exemples : «... J'aurais tout fait pour être aimée... Mon plus grand plaisir est d'apporter aux autres... Je fais le lien avec tous, je suis la rassembleuse... J'aurais rampé pour qu'on m'aime... Je cherchais à me faire aimer de tous... J'aime, même ceux qui devraient me haïr... Mon plus beau plaisir : qu'on ait besoin de moi...». La majorité de ces femmes sont ou étaient mariées à des hommes dont la capacité de dialoguer était déficiente. Dans la majorité de ces couples les femmes sont dominées, sans en être conscientes, soit par le conjoint, les enfants ou le concept de famille fortement idéalisé. Mentionnons que la relation de couple des parents de ces dernières montrait une relation dominé/dominant à un très haut degré. En ce qui concerne la relation de ces femmes avec leurs enfants, plusieurs, paradoxale-

ment, en parlent en termes peu élogieux même que trois femmes les identifient directement comme la cause de leur cancer. Ce comportement paradoxal vaut également face au conjoint et à la famille en général. Au chapitre de la sexualité on y retrouve très peu d'équilibre; soit qu'il y ait une forte soumission ou, au contraire, abstinence totale. Pour la grande majorité de ces femmes la réaction face au diagnostic du cancer allait dans le sens de leur conception de l'amour : elles se sentaient attristées de ne plus pouvoir tout donner à leur objet de dépendance soit enfant, conjoint ou famille. Ainsi, certaines affirment : «... Je n'ai pas souffert mais peut-être mon mari... Ça m'attristait de faire de la peine à mes enfants et à mon mari...». En ce qui a trait au fait de savoir si elles établissaient des liens entre leur existence et leur cancer, voici ce qu'elles répondent : «Mon cancer c'est à cause de ma fille pour qui j'ai tout fait... J'ai toujours trop donné aux autres... Je ne peux pas punir ma fille comme ça... Quand t'accumules il y a des choses qui sortent... Mon cancer c'est l'aventure extra-conjugale de mon mari...». Enfin, en analysant la chronologie de chacun de ces récits de vie nous constatons qu'il y a eu dans l'existence de ces femmes, et ce dans les deux années précédant le diagnostic, un événement psychologique relationnel important en lien direct avec l'objet de dépendance de ces dernières, soit enfant, conjoint ou famille. L'analyse, rappelons-le, avait toujours mis à jour un premier événement biographique important remontant aux premières années du développement psycho-affectif. Il est à signaler, au niveau du cancer du sein, que l'activité professionnelle semble généralement être assez bien valorisée et valorisante.

2.3.5.2 Au niveau du cancer de l'intestin

Dans trois cas sur trois la mère était agressive. En ce qui concerne le père, deux sur trois avait déjà eu un problème avec l'alcool. Dans l'autre cas celui-ci était surprotecteur. À première vue, le peu d'importance que ces trois femmes s'accordent est renversant. Toutes placent les autres et leur conjoint avant elle-mêmes. «Moi je ne suis pas importante... ma plus grande joie c'est qu'on ait besoin de moi». Ce que j'aime le plus de dire l'une «c'est d'entendre mes petits-enfants qui pleurent après moi ou qui me cherchent». Enfin, exemple plutôt pathétique, cette femme qui dira : «Si je meurs pas, je vais m'acheter des verres». Ce qui est également le plus frappant dans l'analyse de ces trois récits de vie c'est le très haut niveau de dépendance et de soumission de ces femmes envers leur conjoint. L'une décrit le sien comme «un zéro, un menteur, un hypocrite, infidèle et incapable de dialogue». Elle reconnaît avoir été «sa servante, sa secrétaire, son esclave» jusqu'à devoir arrêter de travailler pour rester à la maison et cela même si elle n'avait pas d'enfant. Le conjoint de la deuxième femme est un alcoolique avec qui elle endure tout. C'est d'ailleurs lui-même qui lui rappelle «tu t'es mariée, tu endures». Paradoxalement, ce que cette femme hait le plus, selon son expression, c'est la boisson, «voir quelqu'un lever le coude». Mais elle le dit plus malade qu'elle et se dit heureuse d'avoir «toffé tant de merde», surtout depuis six, sept ans. La troisième décrit également son conjoint comme un zéro qui n'a jamais rien fait à la maison; s'il le faisait tout était mal fait. «Il m'a toujours empêchée de travailler à l'extérieur». Elle est fière qu'il soit dépendant d'elle. Ce qui frappe également c'est cette impossibilité de dialogue avec le conjoint. L'une dira «qu'est-

ce que ça donne se chicaner», une autre «si je me fermais, je ravalais, j'avais la paix» et enfin, «j'aime pas la chicane, de toute façon avec sa télévision et son radio ça l'a rendu sourd à 70%». Au niveau de la sexualité, dans les trois cas nous ne retraçons ni plaisir ni épanouissement que ce soit. En voici quelques exemples : «Je le laisse se soulager après je me lave. Dans notre relation il n'y a ni baiser, ni toucher, ni lumière et ça dure moins de quinze minutes. L'orgasme je ne sais pas ce que c'est». Une autre de dire : «La sexualité c'était pas ma priorité. J'ai eu mes enfants et puis ça été fini. Je sais pas si je suis une femme à ça. Ça dure dix minutes. La masturbation ça m'écoeure, c'est dégueulasse». Enfin, la troisième d'affirmer «j'aurais accepté une fois par semaine mais je lui faisais plaisir trois fois sur quatre. Ça dure dix minutes et pour moi c'est correct. J'ai certains tabous». Face au diagnostic du cancer[339] les trois ont versé quelques larmes et ont ensuite communiqué la nouvelle à tout le monde. L'une, malheureusement décédée depuis, nous a dit que «ça duré une nuit et après on a bien eu du *fun*».

Au niveau des croyances la première se dit très croyante en Dieu notre Père. Elle se dit convaincue que ça continue après la mort mais sans enfer. La seconde se dit catholique et croit en Dieu. Elle est très pratiquante : prière au coucher, messe, confession et grande dévotion à Sainte-Anne. Elle croit également à la résurrection. Enfin la troisième personne croit en un Dieu non punisseur qui nous pardonnera après la mort. Qu'en est-il maintenant au

339 Il importe de savoir ici que le diagnostic du cancer des intestins par rapport au cancer du sein offre un pronostic très sombre et une survie généralement très courte.

niveau des événements existentiels importants précédant le diagnostic de cancer? Pour une le diagnostic a été prononcé dans l'année suivant la retraite du conjoint (alcoolique) et de la maladie de sa mère, «qui l'aimait à mort», et qui était en phase terminale. Quant à la seconde nous pensons que la souffrance de sa fille, mère de deux enfants, mariée à un alcoolique à 19 ans et divorcée à 24 ans, soit un an avant le diagnostic de madame, constitue un événement tragique pour cette femme, le «choc de ma vie» disait-elle. En ce qui concerne la troisième, le décès de la mère un an avant le diagnostic doit être considéré comme un événement existentiel marquant. Une mère qui était aux dires de madame surprotectrice : «même si j'étais mariée elle s'occupait de moi, de mes enfants». Le milieu d'origine familiale de ces femmes a été décrit heureux; toutefois il semble que l'autorité et la surprotection aient été prégnantes.

Enfin, en ce qui a trait au travail en dehors du foyer, le peu de sujets que nous avons analysés de ces cas, «dits négatifs», montre une pointe questionnante. Aucune de ces trois femmes n'avait ni de statut ni d'objectif professionnel. Les emplois qu'elles avaient occupés avant ou après le mariage dans un cas étaient toujours en lien avec des conditions très difficiles à tout point de vue : physique, économique et dans leurs rapports avec l'employeur. Enfin deux de ces femmes avaient carrément été empêchées de travailler par leur conjoint.

2.3.5.3 Rappel synthèse et parallèle

Au départ nous constatons qu'il y a chez toutes les femmes analysées une **dépendance affective très importante**. Cette dépendance est toutefois nettement plus marquée dans les

trois cas de cancer de l'intestin. Toutes ces femmes sont atteintes d'une phobie et plus particulièrement une **phobie de type majeur.** Fait à remarquer, les trois femmes atteintes de cancer de l'intestin démontrent une structure de personnalité plus encline à la soumission et à la domination. Elles démontrent une **forte croyance religieuse** ainsi qu'une très grande espérance en une vie après la mort. Pour la totalité de ces femmes, et encore plus pour celles atteintes de cancer de l'intestin, nous retrouvons une grande négation ou incapacité de questionner leur réalité passée et leur existence présente. En d'autres termes, la **capacité d'introspection *(insight)* est fortement atténuée**. Pour toutes ces femmes **l'amour se résume à être au service de l'autre**. Nous avons également constaté une **réaction relativement passive** face à l'annonce du cancer et cela est encore plus évident chez les femmes atteintes du cancer de l'intestin. Soulignons enfin la **dimension professionnelle** soit le fait que les trois femmes atteintes du cancer de l'intestin avaient dû laisser leur travail pour demeurer à la maison alors que celles atteintes de cancer du sein s'épanouissaient nettement plus à ce niveau. Le tableau synthèse de la page suivante permet de visualiser les grands pointes de l'observation.

Tableau 3

Synthèse des grandes pointes de l'observation

POINTES D'OBSERVATION	CANCER DU SEIN	CANCER DE L'INTESTIN
DÉPENDANCE AFFECTIVE	• Plus large : – conjoint; – enfant; – famille. • Intense	• Plus centrée sur le conjoint et très intense..
RAPPORT AVEC LA MÈRE	• Généralement très perturbé.	• Très bon.
RAPPORT AVEC LE PÈRE	• Généralement très perturbé.	• Très bon.
CONCEPTION DE L'AMOUR	• Au service des autres.	• Au service des autres.
PHOBIES	• Majeure.	• Majeure et importante.
CAPACITÉ D'INTROSPECTION	• Grandement réduite.	• Fortement réduite.
RÉACTION FACE AU CANCER	• Passive : mais avec la capacité d'indiquer certains comportements précis responsables.	• Très passive : négation totale.
CROYANCE RELIGIEUSE	• Dieu est présence dans le monde comme force supérieure, protecteur, lumière. Peu ou pas de croyance après la mort pour six femmes sur huit.	• Très forte croyance en Dieu et forte espérance en une autre vie.
AU PLAN PROFESSIONNEL	• Généralement très engagée et reconnue.	• Sans vie professionnelle aucune voire même empêchée de travailler à l'extérieur.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL
(en extension à l'Université du Québec à Chicoutimi)

Proposition d'un modèle psychothérapeutique intégratif pour le cancer du sein
- Approche de théologie pratique -

Par

Magella Potvin
Théologie pratique
Faculté de Théologie

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Philosophiae Doctor (Ph.D.)
en théologie pratique

TOME II

22 mars 1999

© Magella Potvin, 1999

CHAPITRE TROISIÈME

INTERPRÉTATION - UN OUTIL D'INTÉGRATION SOMATO-PSYCHO-SPIRITUELLE : L'ANALYSE EXISTENTIELLE SELON MÉDARD BOSS

Le tableau N° 3, à la fin du chapitre précédent, nous a permis de constater les grandes pointes d'observation concernant les onze femmes atteintes de cancer; leur façon d'être-dans-le-monde, d'être-avec-autrui. Le présent chapitre a pour fonction de dégager les points saillants de la théorie de Boss. Par la suite, nous serons à même de pouvoir interpréter les constats empiriques que nous avons faits en fonction de la théorie de Boss.

3.1 ÉTAPE 5 DE L'ANALYSE DE CONTENU

3.1.1 Description scientifique

a) La question psycho-somatique avant Boss

Lorsque nous parcourons l'oeuvre de Boss nous pouvons nous rendre compte que souvent il s'oppose et critique même ce qu'il convient de nommer la «médecine psychosomatique traditionnelle». Or, nous estimons qu'il était essentiel de connaître, si brièvement et si généralement que ce soit, les tenants et aboutissants de cette médecine psychosomatique traditionnelle, laquelle s'est elle-même démarquée de la «médecine traditionnelle convention-

nelle». Nous pourrions affirmer que Freud, à savoir le courant psychanalytique qu'il développa, est à la majorité des psychosomaticiens dynamiques (médecine psychosomatique traditionnelle) ce que Heidegger et la pensée existentialiste sont aux psychosomaticiens existentialistes et plus particulièrement Médard Boss. Chronologiquement, Boss survient une cinquantaine d'années après Freud et une quinzaine d'années après la fondation aux États-Unis du *Journal of Psychosomatic Medecine*[339]. Pour expliquer brièvement les concepts clés de la psychanalyse nous nous référerons à Sillamy[340] et à Brabant[341].

C'est en observant les effets nocifs de certains événements traumatiques, apparemment oubliés, que Freud[342] en est arrivé à établir un lien entre certains de ces événements et les symptômes observés et qu'il fut ainsi amené à conclure à l'existence d'un «inconscient dynamique». Freud avait également constaté que toute conduite humaine tendait à rechercher le plaisir ou à supprimer une excitation pénible, ce qu'il nommera le «principe de plaisir». Toutefois le monde extérieur, quant à lui, imposait ses conditions, ce dont l'humain avait à tenir compte, ce que la psychanalyse identifie comme le «principe de réalité». Toujours selon Freud, l'appareil psychique est composé de trois instances : le ça, le surmoi et le moi. Le ça constitue l'ensemble des pulsions primaires qui sont soumises au principe de plaisir. Le surmoi, quant à

---

339 R. Muchielli, *Philosophie de la médecine psychosomatique*, Coll. "Analyse et raisons", Paris, Aubier, 1961.

340 N. Sillamy, *Dictionnaire de la psychologie*, Paris, Larousse, 1989.

341 G.-P. Brabant, *Clefs pour la psychanalyse*, Paris, Seghers, 1971.

342 S. Freud, cité par G.-P. Brabant, *Clefs pour la psychanalyse*, Paris, Seghers, 1971, p. 216.

lui, est l'héritier des interdits moraux intériorisés. Enfin, la fonction du moi est de résoudre les conflits entre les pulsions et la réalité extérieure ou entre le ça et le surmoi. Selon Freud, le développement affectif de l'enfant, de la naissance à la puberté, constitue le lieu d'émergence potentiel initial de conflits psychiques, là même où la personnalité se structure. Le développement affectif de l'enfant comporte cinq stades (oral, sadique-anal, phallique ou oedipien, période de latence, génital) qui se rapportent aux zones érogènes sur lesquelles se fixe l'énergie sexuelle (libido). Quant à la libido, énergie motrice des instincts de vie, elle se localise sur certaines zones érogènes ou sur certains objets durant la période de développement de l'enfant. Brabant[343] nous rappelle que la libido correspond au versant psychique des pulsions sexuelles. Elle est l'expression au niveau psychique, manifeste dans toute forme de désir, d'une tension qui a pris naissance au niveau somatique. Quand le moi ne parvient pas à ajuster d'une manière satisfaisante le sujet à son milieu ou à satisfaire ses besoins, il se produit des désordres de la conduite : régression, névroses, troubles psychosomatiques, délinquance, compulsion de répétition et autres[344]. Et Freud d'affirmer qu'un symptôme quel qu'il soit «est la réalisation déguisée d'un désir[345].» Le symptôme correspond à un retour du refoulé, il apparaît comme une formation de compromis, une formation substitutrice, ce qui signifie, d'une part, que le symptôme apporte une satisfaction de remplacement et, d'autre part, qu'il se substitue symboliquement à ce qu'eut été la satisfaction réelle.

---

343 G.-P. Brabant, *Op. cit.*, p. 42.

344 N. Sillamy, *Op. cit.*, pp. 261-217.

345 S. Freud, cité par G.-P. Brabant, *Op. cit.*, p. 85.

De cette façon la psychanalyse en arrive à expliquer de nombreux traits de caractère ainsi que la plupart des comportements inadaptés par des fixations durables de la libido en divers points de son évolution ou par la régression vers l'un des cinq stades de développement[346]. C'est dans ce contexte que Freud en arrive à concevoir la maladie comme «un profit primaire, une satisfaction libidinale dans son essence, mais travestie[347].» Tout le courant psychosomatique émergeant de la psychanalyse sera donc fortement marqué par ces notions de fixation et de régression à un stade antérieur du développement. C'est d'ailleurs pour cela que Pierloot affirme que sur la question de la maladie psychosomatique «le point de vue psychanalytique met surtout l'accent sur l'importance de la croissance et du développement humain[348].»

b) L'approche existentielle : définition

Bien que Boss soit la référence centrale dans cette thèse nous avons jugé important de recourir à plusieurs adhérents ou collaborateurs de Boss afin d'étayer notre présentation. Cela d'autant plus que certaines oeuvres ou textes de Boss n'ont pas encore été traduits. Ainsi Heidegger revêt une place fort importante compte tenu que lui et Boss ont travaillé en étroite collaboration pendant près de trente ans. Avant d'aborder les principaux thèmes propres à l'approche existentielle, précisons cette approche. Déjà, en 1920, Binswanger devenait l'un des

---

346 N. Sillamy, *Op. cit.*, p. 161.

347 S. Freud, cité par J. Delay, *Introduction à la médecine psychosomatique*, Paris, Masson et Cie Éditeurs, 1961, p. 93.

348 R. Pierloot, *Problèmes généraux de psychosomatique clinique*, Paris, Nauwelaerts, 1956, p. 43.

premiers à incorporer la méthode phénoménologique, élaborée par les philosophes Edmund Husserl et Martin Heidegger, à la psychiatrie. Il définira l'approche existentielle : *"As a phenomenological analysis of actual human existence. It's aim is the reconstruction of the inner world of experience*[349]*."* Cependant Binswanger reconnaîtra ultérieurement lui-même que s'il s'était inspiré de Martin Heidegger il avait toutefois erré en ce qui a trait à la notion de *Dasein*. Précisons ici la distinction entre approche existentielle et analyse phénoménologique, laquelle constitue la méthode propre à l'approche existentielle. Selon Hall et Lindsay, l'approche existentielle est définie comme étant une science empirique de l'existence humaine employant la méthode de l'analyse phénoménologique. La méthode phénoménologique tente de décrire ce que livre directement l'expérience tout en évitant des hypothèses spéculatives préalables et des préconceptions au sujet du phénomène à l'étude. Celles-ci nous empêchent d'accéder aux choses elles-mêmes, imposant à l'expérience vécue des structures préconçues. Pour les existentialistes, la méthode phénoménologique est une voie privilégiée pour laisser le phénomène étudié apparaître tel qu'il est.

Pour Condrau[350], professeur et directeur du *Daseinanalytic Institute for Psychotherapy and Psychosomatics,* l'approche existentielle cherche à découvrir la signification de l'existence

---

349 L. Binswanger, cité par Hall, C. et Lindsey, G., *Theories of Personality*, New York, Wiley & Sons, 1978, p. 314.

350 G. Condrau, "A Seminar on Daseinsanalytic Psychotherapy", *The Humanistic psychologist,* vol. 16, 1988.

humaine à partir des phénomènes eux-mêmes sans chercher des causes derrière les problèmes et les symptômes. Ce que l'on étudie, de dire Condrau, c'est uniquement ce qui se présente de soi-même; ce qui peut être observé tel quel et ceci sans hypothèse spéculative et préconçue telle que peuvent le soutenir les promoteurs de l'approche psychanalytique. Toutefois, Condrau maintient le fait que cet objectif ne se limite pas à une description superficielle du phénomène mais concerne une élucidation de sa signification plus profonde, c'est-à-dire essentielle. Ainsi que le mentionne Boss, l'analyse existentielle ou la *Daseinsanalysis* vise *"the careful eludication of the specific nature of human existence of being-in-the-word* [351]*."* L'analyse existentielle rejoint l'existence humaine dans sa totalité. À la fois totalité unifiée mais aussi, totalité unifiée de mon *Dasein* et le *Dasein* d'autrui.

3.1.1.1 Justification historique

Pour Boss[352] il est essentiel, si nous voulons comprendre adéquatement les symptômes psychopathologiques, que nous comprenions leurs dimensions sociales ou culturelles :

> [...] no psychopathological symptom will ever be fully and adequately understood unless it is conceived of as a disturbance in the texture of the social relationships of which a given human existence fundamentally consists, and that all psychiatric diagnoses are basically only sociological statements.

---

351 M. Boss, cité par Hall, C. et Lindsey, G., *Theories of Personality*, New York, Wiley & Sons, 1978, p. 320.

352 M. Boss, *Psychoanalysis and Daseinsanalysis*, New York, Basic Books, 1963, p. 56.

Du même coup, Boss[353] pose la question suivante : N'est-il pas vrai que notre société contemporaine tend, dans les formes de relations qu'elle impose, à l'isolement de l'individu si bien que chacun dans ses problèmes essentiels est renvoyé à lui-même? Cette question nous amène à une autre question : Comment en sommes-nous arrivés là? Selon Stern :

> By positing the bodily and psychic realms as equally basic Austragsmedien ("media of articulation") of human existence, Boss bypassed the time worn debates about psychogenesis vs somatogenesis. In the Bossian scheme of things, no somatic event could cause a psychic one or vice versa[354].

Dans le même sens que Stern, Eugen Kahn mentionne cet objectif que Boss veut dépasser :

> Boss wants to get rid of the body-soul dualism and proposes to accomplish this with existential analytics. Human existence is "spiritual"; it is "carried out" in the body, its organs and its functions : "the body is bodying"[355].

Quant à Boss, il émet l'opinion que le développement de la psychologie, à la suite de Descartes et de Freud plus spécialement, a contribué à la dichotomisation de l'existence humaine. Pour Boss[356] la métapsychologie de Freud constitue une théorie d'entités psychiques derrière le fait observable. Ainsi, la métapsychologie de Freud de dire Boss *«... illuminate dark*

---

353 M. Boss, *Introduction à la médecine psychosomatique*, Paris, PUF, 1959, p. 73.

354 J.P. Stern, "Introduction", *Op. cit.*, p. XV.

355 E. Kahn, "An appraisal of existential analysis" *dans* Ruitenbeek, H.M., *"Psychoanalysis and existential philosophy"*, New York, E. P. Dutton & Co., 1962, p. 221.

356 M. Boss, *Existential foundations of medicine and psychology*, New York, Arenson, 1979, p. 58.

places with suppositions that are even more obscure[357].» Dans la vision de Boss une chose est claire : l'analyse existentielle doit se coller à l'expérience immédiate, la *Lebenswelt* de Husserl:

> It tries to stick to what is immediately experienced, i.e. to the phenomena which show themselves in the light of our Dasein with all their inherent meanings and references[358].

Ce qui est central dans la visée de Boss c'est la signification de la maladie perçue dans un contexte global. Toutefois, le contexte relatif à tel vécu expérientiel voire existentiel ici, où esprit et corps sont deux modalités d'une seule réalité unifiée, ne pourra jamais être mesurable dans le sens où la science l'exige. En conséquence, une preuve scientifique au plan psychosomatique est exclue parce que seule la modalité somatique de l'existence humaine peut être mesurée, quantifiée. Une preuve, basée uniquement sur une seule des deux modalités, le corps (le somatique), n'affirme rien :

> The basis for a calculated proof would have to be entirely somatic in nature, for only the somatic aspect of human being can be measured. A proof based on only one of the two terms of the relationship can affirm nothing about the psychosomatic relationship itself. It leaves the psychic aspect altogether out of consideration[359].

Stern signale qu'en positionnant corps et esprit comme deux modalités ou domaines de l'existence humaine comme égaux, comme *«media of articulation» (Austragsmedien)*, Boss se démarque du débat psychogénèse/somatogénèse : *"In the Bossian scheme of things, no somatic event could cause a psychic one or vice versa*[360]*."* Bref, ce que Boss et Heidegger ont tenté

---

357 M. Boss, *Op. cit.*, p. 72.

358 M. Boss, *Psychoanalysis and Daseinsanalysis*, New York, Basic Books, 1963, p. 108.

359 M. Boss, *Existential foundations of medicine and psychology*, New York, Arenson, 1979, p. 14.

360 J.P. Stern, "Introduction", *Op. cit.*, p. XV.

de faire c'est de retirer le corps humain du domaine dans lequel Descartes l'avait placé, la *res extensa*, pour le réintroduire dans le champ de l'existence humaine pensée comme totalité unifiée et irréductible à l'une ou l'autre des modalités que sont corps et esprit :

> Traditional medicine and psychiatry are based, of course, on the Western European philosophical foundation laid down by René Descartes (1596-1650). He established the scientific dualism of body *(res extensa)* and mind *(res cogitans)*. Bodies are comprehended under the category of quantity, and their laws can be unequivocally expressed in terms of mathematics[361].

Pour bien nous faire comprendre l'incapacité de la médecine traditionnelle à accéder à une compréhension globale de la maladie, Boss fournit un bon exemple :

> Consider as a simple psychosomatic symptom, for instance, the tear of a person in mourning. Being psychic, mourning can be neither weighed nor measured. The tear, however, can be weighed and chemically analysed [...] is it still a tear? [...] It is no longer a tear. As with the tear traditional psychosomatic medicine cannot specify the true nature of any other so-called psychosomatic symptoms, so it has restricted itself to clarifying the genesis of these symptoms instead. On its way to ascertaining the biographical causes of symptoms, psychosomatic medicine [la médecine psychosomatique traditionnelle] alludes to the potential of endopsychic phenomena for affecting organic functions, and vice versa[362].

L'étymologie du mot psychologie de dire Boss[363] *(Psycho + logy : psyche, mind or soul plus discourse, speech or reason)* ne nous conduit-il pas directement au problème central de la

---

361 M. Boss et G. Condrau, "Existential analysis" dans Howells, J.G., *Moderne perspectives in world psychiatry*, Edinbourg/London, Oliver and Boyd, 1968, p. 489.

362 M. Boss, *Op. cit.*, p. 75.

363 M. Boss, "A seminar on Daseinsanalytic Psychotherapy", *The Humanistic Psychologist*, vol. 16, n° 1, 1988, p. 62.

psychologie et de la psychothérapie, «soit un discours au sujet de l'âme[364] humaine?» Toujours selon Boss, le monde du divin possède sa propre authenticité et ne doit pas être considéré comme le produit d'une sublimation infantile, une dérive libidinale et, ainsi, être dépossédé de sa réalité propre. Sans toutefois affirmer ses convictions personnelles, Boss est médecin et psychiatre, Boss exprime néanmoins son opposition face à la perspective du divin chez Freud et s'en démarque de façon radicale tout en nous partageant subtilement ses convictions. Sans être plus explicite Boss, tout comme Heidegger, semble laisser lui aussi la question du divin aux théologiens.

3.1.1.2 L'être humain

Boss[365], s'inspirant de Heidegger, mentionne que l'humain est un *"ek-sistent"*, soit un étant dont l'être est de toujours se trouver placé «en dehors» de lui-même. En parlant de l'humain, Boss nous dit que l'existence humaine est originellement un être-dans-le-monde. Or, ce «dans» ne doit pas être compris dans le sens de à l'intérieur mais plutôt «en dehors» et «avec» : "*man is fundamentally "out in the world" and with the things he encounters*[366]." Boss ajoute que la condition pour une telle existence :

> Is an open, free, clear realm in which the human Da-sein can dwell, spanning and maintaining it in its own way. Such a realm is possible only there, where it is released from hiddenness and darkness[367].

---

364 De cette citation de Boss nous pouvons comprendre que ce dernier entend par âme le domaine touché par les dimensions psychologique et spirituelle.

365 M. Boss, *Op. cit.*

366 M. Boss, *Existential foundations of medicine and psychology*, New York, Arenson, 1979, p. 142.

367 M. Boss, *Psychoanalysis and Daseinsanalysis*, New York, Basic Books, 1963, pp. 33-34.

Ainsi, la nature de l'existence humaine se conçoit en tant qu'ouverture au monde. Sur le concept d'ouverture *(world-openness)* de Boss, Condrau dira en ces termes :

> Being "open to the world" means that human beings are present in this world and they perceive the meaning of things [...] Human beings are by their very nature open to what they encounter [...] As human beings we are always "out there", related to the world around us. We perceive that which encounters us and we respond to the givenness of our perception[368].

L'ouverture est le fondement original, unifié et unifiant, constituant et rendant possible les existentiaux tels la spatialité, la temporalité, l'historicité, la corporéité, la coexistence, la disposition affective et la mortalité. *"As the open realm of perception which it is, human existence is "merely" a realm of fundamental perceptive responsiveness to the phenomena of the world[369]."* C'est grâce à l'ouverture libre qu'une multiplicité de sens peut surgir et c'est seulement là où il y a multiplicité que l'action de choisir devient possible. Ouverture et liberté sont donc deux phénomènes inséparables qui se nourrissent l'un et l'autre.

Dans ce sens, nous pouvons comprendre que, pour Boss[370], toute privation dont l'ouverture peut souffrir doit être perçue comme une restriction de l'ouverture-sur-le-monde, dans certains aspects de la personnalité; l'équivalent du terme névrose. De là, le sens de l'opposition bossienne au concept d'inconscient parce qu'en fait la névrose est une incapacité d'avoir-à-être (futur) et non une incapacité d'avoir-été (passé).

---

368 G. Condrau, *Op. cit.*, p. 111.

369 M. Boss, *Existential foundations of medicine and psychology*, New York, Arenson, 1979, pp. 122-123.

370 M. Boss, *Ibid.*, p. 110.

Selon Boss, foncièrement et naturellement, la caractéristique de base du *Dasein* est l'ouverture-sur-le monde soit cette capacité de percevoir les êtres et les choses du monde *"in which things can reveal themselves as meaningful*[371]*."* Existence signifie avoir des relations significatives avec les êtres et les choses du monde.

C'est donc grâce à cette ouverture, libre, que les choses du monde peuvent se manifester, apparaître à la lumière sinon tout resterait voilé, caché, non-être :

> How could anything at all be, be present, and come to appear, if a perceiving world-openness like human existing did not always already stand at its disposal? Without an openness, there is no coming-to-be (An-wesen) in somewhere, and thus no being; without shining (Scheinen), no being-able-to-come-to-appearance of anything. However, lightness, illumination, openness always only exist together with darkness, concealedness, closedness. The one conditions the other[372].

Sans cette ouverture comme *Dasein*, il n'y aurait que noirceur et rien ne pourrait se manifester. Pour que les choses du monde se manifestent, apparaissent, se dévoilent ou soient, il faut qu'il y ait une ouverture dans laquelle elles peuvent entrer en quelque sorte. Pour Boss, cette ouverture est le *Dasein* lequel devient, par le fait même, le «gardien de l'Être[373].»

---

371 M. Boss, *Op. cit.*, p. 29.

372 M. Boss, "Mechanistic and Holistic thinking in modern medicine", *The American Journal of Psychoanalysis,* vol. 14, 1954, p. 52.

373 M. Boss, *Existential foundations of medicine and psychology*, New York, Arenson, 1979, p. 89.

Un constat relativement important de Heidegger, qui est révélé par Boss, a trait à la préspatialité. Nous estimons que cet énoncé est important du fait qu'il rejoint notre point de vue à l'effet que dans la rencontre psychothérapeutique, analysée et analyste sont des acteurs de quelque chose qui se joue. À quoi Heidegger fait-il allusion lorsqu'il dit que pour que le *Dasein* puisse se réaliser il se doit d'y avoir une ouverture plus fondamentale, plus profonde?

> But then many years later Heidegger came to understand that even for the human "Da", the human clearing, to come into its being a pre-human clearing, openness or light was required. He realized only then that this pre-human light, this "clearing (lichtende) from the ground up", was the most fundamental precondition for Being. So in his later teaching Heidegger said that in order for Dasein to appear an already deeper, more fundamental opening is required. After all, nothing, not even Da-sein, can come into its being without the possibility of being "*pre*-sent", without "pre-sence", without a "coming-*into*-presence", a "coming-into-being" somewhere[374].

Précédemment nous avons vu que, pour Boss, l'ouverture appelle à la fermeture. Qu'en est-il donc de la fermeture? Bref, comment l'ouverture sur le monde peut-elle être empêchée au point d'en arriver même à s'approcher plus d'une fermeture sur le monde?

> [...] no event in the life history of a person can ever be the "cause" of neurotic symptoms. Personal experiences merely initiate inhibitions against fully carrying out all possible interpersonal and interwordly relationships[375].

---

374 M. Boss, "A seminar on Daseinsanalytic Psychotherapy", *The Humanistic Psychologist*, vol. 16, n° 1, 1988, p. 66.

375 M. Boss, *Ibid.*, p. 66.

Aucun événement biographique dans l'existence d'une personne ne peut être la cause d'une névrose[376]. Ce sont des expériences vécues, marquées par une atmosphère aliénante inadéquate de l'environnement relationnel, interpersonnel et intersocial qui sont la source d'un processus d'inhibition face à notre possibilité d'exploiter pleinement ces mêmes relations. Toujours selon Boss :

> To be sure, our open and free encounter with certain realms of the human world can be obstructed to a great extend by the preemtory dicta of our obstinate egotism, or by the blind, extrinsic, alien pressure imposed by an inadequate atmosphere in our early environement[377].

Boss parle d'obstruction à l'ouverture sur le monde. Or, c'est uniquement cette obstruction relative à un environnement inadéquat qui «transforme» l'ouverture potentielle en ouverture réduite laquelle parfois, dépendamment du degré d'obscurcissement, peut s'approcher de plus en plus de la fermeture[378]. Boss maintient que tous ceux qui sont assujettis à une tradition ou à un quelconque anonyme "*every body*" (le «on» heideggerrien) présentent un phénomène commun : "*Such persons are unaware of their authentic existential possibilities*[379]."

---

376 Cette affirmation de Boss nous apporte un éclairage sur le lien cancer/événement de vie. En d'autres termes ce n'est jamais tel événement qui peut être la cause d'un cancer du sein mais le sens que telle femme accordera à cet événement. Ainsi, un événement, parfois «banal» pour certains, peut signifier une épreuve infranchissable pour cette femme.

377 M. Boss, *Ibid.*, p. 66.

378 Il importe de nous rappeler ici que la névrose est une restriction de l'ouverture sur le monde et ce à divers degrés et dans divers champs de la personnalité, elle est une constriction. La psychose quant à elle est une fermeture plus globale sur le monde. Comme nul ne peut être au monde sans-être-au-monde non plus sans-être-avec-autrui les hallucinations des psychotiques sont un mécanisme d'adaptation pathologique pour s'«auto-suffire» et survivre. Halluciner auditivement et/ou visuellement, contribue à maintenir une certaine homéostasie existentielle, une certaine «indépendance» ou «autonomie».

379 M. Boss, *Psychoanalysis and Daseinsanalysis*, New York, Basic Books, 1963, p. 96.

Rappelons-nous que pour Heidegger[380] la facticité *(factuality)* du *Dasein* réside dans le fait pour ce dernier «d'être-jeté» dans son «là» en marche vers une mort inéluctable. Il y a donc inévitable absorbtion de l'individu dans le monde des apparences des choses *(Umwelt)* aussi bien que dans le monde des autres *(Miltwelt)*. Absorbtion qu'il faut comprendre au sens privatif et non fautif donc atténuant du même coup toute notion de responsabilité et de culpabilité[381]. De là, l'inauthenticité naturelle et inévitable du *Dasein,* laquelle constitue une caractéristique fondamentale du *Dasein*. En pensée ou en action, de telles personnes se comportent en accord avec des attitudes ancestrales ou des idées pré-conçues. Dans un tel contexte, la spontanéité naturelle essentielle à une ouverture libre est remplacée par des idées, des pensées, des croyances et idéologies rationalisées et bien arrêtées lesquelles sont toujours "*at hand and which guaranteed continuity of lought*"[382]. Selon Boss, nos possibilités d'ouverture au monde ne peuvent qu'être distordues ou fermées.

> The experiences of childhood can only limit and distort the carrying out of inborn possibilities of relating to the world. They cannot cause and produce the relationships themselves[383].

Toujours selon Boss, l'existence humaine n'est pas, essentiellement, un procédé physique mais primordialement un événement historique. Ceci signifie que dans chaque situation, à quelque chose ou à quelqu'un, le *Dasein* entier, historique, est présent, est «avec».

---

380 M. Heidegger, *L'être et le temps,* Paris, Gallimard, p. 98.

381 Rappelons-nous ici que la notion de culpabilité, au niveau de la maladie, constitue un argument qui joue contre les approches alternatives psychologiques. Cette notion de l'inauthenticité inévitable d'Heidegger sera un argument important pour contrecarrer ce fait.

382 M. Boss, *Op. cit.*, p. 97.

383 M. Boss, *Ibid.*, pp. 243-244.

L'être-humain se retrouve donc toujours dans une quelconque relation à ce qui l'entoure, se trouvant ainsi engagé d'une façon ou d'une autre; plus, il est cette relation au monde à ce moment précis[384]. Pour Boss, l'existence consiste en l'ensemble de nos diverses possibilités d'entrer en relation avec tout ce qui vient à notre rencontre, d'en comprendre le sens afin de pouvoir répondre à cet appel adéquatement. Dans ce sens, il affirmera que l'humain ek-siste seulement dans et par ces relations au monde *(world-relations)*. L'individu n'existe pas comme un esprit en lui-même, coupé du monde. L'existence n'est donc jamais privée :

> The fact that human existence is in every case "my" existence does not exclude "being-with" others of my own kind. On the contrary it is of the essence of Dasein to "be with". The "world" of man's being-in-the-world is ever and primordially one which I share with others. The world of Dasein is essentially Miltwelt.[385]

Comme nous pouvons le constater, l'existence est un être-avec-autrui inaliénable; en conséquence elle est coexistence. Or cette coexistence peut se vivre de bien des manières. La personne est ses relations au monde. Cet être-en-relation continuel constitue pour Boss, et cela conformément à la philosophie de Martin Heidegger, le *Dasein* de l'être-humain. Examinons plus attentivement cette notion de *Dasein*. Selon Heidegger, le terme *Dasein* ne peut être utilisé que pour l'être humain parce que seul l'humain possède cette capacité d'être le «là». Littéralement, *Dasein* (*Da = là et sein = être)* signifie être-là, mieux encore être le «là» de l'être.

---

384 Prenons l'exemple suivant. Supposons que pour rédiger cette thèse je m'isole à mon camp en forêt. Même là je ne peux exclure le monde de ma manière d'être parce qu'encore là cette dernière est d'être-coupée-du-monde. Même dans l'isolement subi que constitue la psychose, les hallucinations, généralement visuelles et auditives, sont là pour créer «artificiellement» une manière-d'être-dans-le-monde parce qu'en fait le problème de l'humain tel que l'affirmait Heidegger c'est d'avoir à être.

385 M. Boss, *Psychoanalysis and Daseinsanalysis*, New York, Basic Books, 1963, p. 55.

Voici ce que Boss[386] nous dit du *Dasein* : *"Dasein"* ou existence nous fournit le mot "da" ou là. En disant qu'un humain ek-siste, la langue allemande nous dit qu'il est "là". Il est "là" en tant que domaine lumineux dans l'obscurité du grand mystère où résident les choses du monde et dont elles peuvent surgir, affrontant la lumière. L'humain est cette clairière de l'être. Dans la mesure où l'humain, être ex-tatique, doit supporter son *"Dasein"* et en sauvegarder l'étendue, il représente une condition nécessaire, mais non suffisante, de l'apparition des choses.

Vu phénoménologiquement, le *Dasein,* d'ajouter Boss[387], est l'être du "là". Sauf que ce "là" ne doit justement pas être mal compris; il n'est pas, au sens vulgaire, la désignation d'un lieu rapproché à l'intérieur d'une cavité du monde. Bien plus le *"Dasein"* existe au sens littéral de l'*"ek-stare"* greco-latin. C'est-à-dire : *"Dasein"* consiste, selon sa disposition fondamentale, en la faculté de garder ouverte la sphère lumineuse du monde. Il n'existe pas objectivement, mais par sa faculté universelle de percevoir ce qui s'offre à lui comme telle ou telle chose significative prise dans l'espace du monde qu'il garde ouvert. Ceci en revanche signifie que le *Dasein* se trouve être *a priori* orienté vers ce qui vient à sa rencontre. Par cet «être-orienté-vers», il s'est d'emblée placé à une certaine distance ou proximité de ce qui vient à sa rencontre. C'est en vertu d'une telle disposition que l'existence humaine est engagée à servir de sphère d'apparition et de déploiement de tout ce qui a à être à chaque fois, de ce qui doit être. Cette tâche lui est imposée, il est redevable à son *Dasein* de l'accomplissement de cette dernière.

---

386 M. Boss, *Introduction à la médecine psychosomatique*, Paris, PUF, 1959, pp. 32-33.

387 M. Boss, «Exposé sur le développement de la psychothérapie au XXe siècle», *Archives suisses de neurologie, neurochirurgie et psychiatrie*, vol. 128, n° 2, 1981, pp.190-191.

Comment pourrait-il seulement y avoir quelque chose, c'est-à-dire comment quelque chose pourrait-il être présent, apparaître et de ce fait être, sans ouverture et sans faculté de percevoir à la manière de l'existence humaine? Sans ouverture, pas d'éclosion vers un être-là et sans clarté, pas de faculté de venir au jour. Heidegger lui-même précise que *"Da-sein as such reveals itself to be something that is in itself, as the being of the-there, the relation to Being-ness as such*[388]*."*

Référant à Heidegger, Boss[389] mentionne que le *Dasein* est un domaine d'ouverture (*realm of openness*), un domaine lumineux (*luminating realm*) accordant du coup à l'existence humaine la capacité de faire une «certaine place» aux choses du monde et d'en «devenir conscient». Pour Boss :

> [man] is fundamentally an essentially spiritual brightness and as such he genuinely exists in the world. As this world-revealing brightness he is claimed by the ultimate be-ness[390].

Mais de quelle façon notre façon d'être-dans-le-monde, d'être-avec-autrui révélatrice du monde se produit-elle? Se produit-elle soudainement, sporadiquement ou continuellement? Barrett insiste sur le fait que cet être-en-relation fondamental n'est pas quelque chose qui se produit sporadiquement, de temps en temps.

---

388 M. Heidegger, "On adequate Understanding of Daseinsanalysis - Excerpts from Martin Heidegger's Zollikon Teaching", *The Humanistic Psychologist,* vol. 16, n° 1, 1988, p. 75-98.

389 M. Boss, "A seminar on Daseinsanalytic Psychotherapy", *The Humanistic Psychologist*, vol. 16, n° 1, 1988, p. 23.

390 M. Boss, "Daseinsanalysis and psychotherapy" dans Ruitenbeek, H. M., *Psychoanalysis and existential philosophy,* New York, E. P. Dutton & Co., 1962, p. 84.

> A human being's relatedness to the world is not something that happens only from time to time. He is, by nature, always in one or another ex-static, i.e. open, perceptive, world-spanning, relationship to what engages him. He exists as such relatedness[391].

Ce lien continuel avec le monde que nous décrit Barrett réfère à cette notion qu'Heidegger appelle *"care"* (*sorge* = souci = soutenir) c'est-à-dire la constitution fondamentale du *Dasein* comme toujours et déjà absorbé dans ses relations au monde : *"as always existing in anticipation of Being, not only of its own Being but also of th Being of all that it encounters in its world*[392]*."* Tel que Brice l'affirme, chaque nouvelle relation dans laquelle s'engage un individu – avec un objet ou un autre être – dévoile un autre aspect de la réalité, du monde. En fait, il y a interdépendance entre le sujet qui perçoit et ce qui est perçu. L'être-humain est une clairière que les objets et les étants du monde requièrent pour se déployer et qui, en se déployant, fonde l'existence de cet humain. La perspective existentielle mettra beaucoup d'emphase sur ces *"world-disclosing relationships"* qui constituent l'existence humaine.

> Man and his world require each other for their very being. Man is the clearing which the world requires for its unfolding to shine forth, and the world-openness of man receives its being from the world it discloses[393].

---

391 W. Barrett, *Irrational man*, New York, Doubleday Anchor, 1962, p. 208.

392 M. Heidegger, "On adequate Understanding of Daseinsanalysis - Excerpts from Martin Heidegger's Zollikon Teaching", *The Humanistic Psychologist,* vol. 16, n° 1, 1988, p. 95.

393 C. Brice, cité par MOSS, D. et BOSS, Médard, *Existential - Phenomenological Alternatives for Psychology,* New York, Oxford University Press, 1978, p. 310.

Pour Boss, ce fait de se trouver «en dehors» de soi, d'être-là, mieux encore d'être le «là», fait que les frontières de mon corps coïncident avec celles de mon ouverture sur le monde donc dépassant du même coup les limites de mon épiderme :

> If human bodyhood were a physical, material body, then its borders would be the skin. The fact is, however, that no matter where we are always in some sort of relationship to something outside our skin[394].

Comme nous l'avons vu, il est dans la nature de l'humain d'être indissolublement en relation au monde qui l'entoure. Par indissolublement lié il faut entendre continuellement et totalement, c'est-à-dire que ma relation au monde n'est pas quelque chose qui se produit de temps en temps et que cette relation implique toujours les deux modalités que sont le corps et l'esprit ainsi que la co-existence avec autrui. Pour Boss, il est clair que le somatique ou le psychologique doivent, dès lors, être perçus comme des facteurs limitatifs et non causals :

> The most we can say of psychic or somatic conditions is that they are limiting factors. They can conceal the carrying out of one or another of the possible world—relationships which a human existence consists of [...] concealing something or disclosing it, however, is far from producing it or being its basis, its genesis, or its cause[395].

---

394 M. Boss, *Existential foundations of medicine and psychology*, New York, Arenson, 1979, p. 102.

395 M. Boss, *Psychoanalysis and Daseinsanalysis*, New York, Basic Books, 1963, pp. 228-229.

Avec cette dernière citation Boss[396] nous introduit à la notion de causalité. Selon Boss, la motivation peut être clairement distinguée de la causalité à partir des trois attributs suivants. La motivation comporte un sens parce qu'elle oriente et dirige la personne humaine motivée à agir en fonction d'un but (futur). La temporalité est donc vécue simultanément; toutefois une certaine primauté est accordée au futur du fait que l'humain est le seul être qui a conscience de sa condition de mortel, qu'il a un temps (futur) plus ou moins déterminé d'avance. En second lieu, un but peut être envisagé par une personne humaine seulement parce qu'elle seule peut être ouverte et accessible à l'aspect significatif et qualitatif des êtres et des choses. Enfin, la liberté est la condition pour que l'humain puisse être capable d'être motivé. C'est ce qui fait en sorte que telle personne, motivable, puisse décider à laquelle de telle ou telle opportunité rencontrée elle veut s'ouvrir et de quelle façon elle le fera. L'existence humaine est un champ de possibilités, en conséquence de conclure Boss :

> Causal thinking is applicable with great manipulative success to material entities. However, it can contribute nothing to an understanding of the phenomena of human existing. In contrast to that which is lifeless, a human life-history consists essentially of contexts of motivation[397].

Pour mieux saisir le principe de motivation que soutient Boss[398], voici l'exemple suivant. Supposons que je suis à ma résidence à rédiger ce chapitre par un bel avant-midi de juillet

---

396 M. Boss, "Is psychology rational or rationalistic?" *Review of existential psychology and psychiatry*, vol. 19, n° 2-3, pp. 115-127, 1985, Trad. De "Ist die Psychotherapie rational oder rationell", Bern, Benteli Verlag, 1982, p. 120.

397 M. Boss, *Ibid.*, pp. 115-127.

398 M. Boss, *Existential foundations of medicine and psychology*, New York, Arenson, 1979, p. 193.

(présent). La fenêtre de mon bureau est ouverte et tout est calme. Soudain, le voisin décide, en cette belle journée, que sa pelouse doit être tondue. De toute évidence, je dois compléter ce chapitre pour demain (futur) parce que les objectifs que je me suis fixés antérieurement (passé) avec mon directeur de recherche commande cela. Je me lève et ferme la fenêtre (présent). En d'autres termes, mon action de fermer la fenêtre est motivée par certains objectifs du moment reliés à mon passé personnel alors que ma conjointe pourrait très bien, elle, continuer à décaper un meuble antique acheté la veille. Une fenêtre peut, bien sûr, être fermée parce qu'il y a eu un coup de vent mais il en demeure qu'un coup de vent ne pourra jamais rien savoir de la signification du bruit. Au niveau strictement scientifique, le fait qu'une fenêtre ait été fermée parce qu'il y a eu un coup de vent peut très bien se comprendre dans l'ordre de la causalité, or au plan humain, c'est totalement différent.

En référant à la langue allemande, Boss nous démontre qu'étymologiquement ce parce que *(because)* est relié à la notion de temporalité :

> By putting in this "because" (weil), I have transformed the simple statement of a perception ("when the wind blows, then...") into a statement of experience ("Because [weil] the wind blows, the window is shut."). [...] In German, the causal conjunction weil ("because") referred originally to time. It meant "while", "during", "on the occasion of". It is often forgotten that the meaning of this word was transformed to describe a causal relationship as something that produces something different out of itself [...] What they yield [causal relationships] is inherently restricted to the purely temporal statement: "when... then"[399].

[399] M. Boss, *Op. cit.*, pp. 149-150.

Somme toute de dire notre auteur *"Motivations or inducements, can occur only in response to my perception of what I encounter in my world. Thus the motivation does not stand opposite me, above me and the world's «pre-real matter*[400]*."* Cependant, les diverses potentialités d'être-en-relation de l'individu peuvent être perturbées dans leur réalisation. L'être-humain, par sa qualité d'*ek-sistent,* est toujours d'une façon ou d'une autre en rapport avec le monde qui l'entoure, et ce sont ces possibilités d'être-en-relation qui déterminent son *Dasein.* Nous savons que dans l'univers heideggerien seul l'être-humain ek-siste; un arbre n'ek-siste pas; il est. De plus, l'être-humain, considéré dans son être, n'a pas de propriétés. Les manières d'être qui lui sont propres sont des existentiaux, de préciser Corvez :

> On appelle existential tout ce qui se rapporte à la structure ontologique de l'ek-sistence humaine. L'analytique existentiale sera l'élucidation phénoménologique de l'être propre à l'homme[401].

En regard de l'objectif de notre thèse nous nous attarderons sur la compréhension de certains existentiaux que sont : la spatialité, la temporalité, l'humeur ou disposition affective, l'être-avec-les-autres, l'historicité, la mortalité, l'anxiété ainsi que la corporéité. Déjà nous pouvons entrevoir que selon l'approche existentielle la maladie sera vue comme une perturbation dans l'actualisation de l'un ou de l'autre de ces existentiaux.

---

400 M. Boss, *Ibid.*, p. 76.

401 M. Corvez, *La philosophie de Heidegger,* Paris, PUF, 1966, p. 10.

3.1.1.3 La spatialité

Selon la conception existentielle l'espace n'est pas déterminé par les murs physiques ou l'architecture matérielle d'une pièce mais plutôt *"by the living"*, c'est-à-dire par l'expérience que ceux-ci nous font vivre. Autrement dit, de dire Condrau[402], l'importance ou la signification que nous accordons, par exemple à une pièce, délimitera ses frontières. Quand nous parlons d'espace, nous devons en parler en terme de contenu significatif *(meaning content)*. Selon Boss[403], l'existence humaine est spatiale dans le sens que la caractéristique de base de cette existence est ouverture, libre et claire, mais aussi réceptivité. Mieux encore, d'ajouter Boss[404], cette ouverture est la spatialité primaire, originelle; une préspatialité dans laquelle la possibilité d'un phénomène quel qu'il soit peut se fonder. Si l'ouverture est le caractère fondamental de la spatialité humaine il s'ensuit que la spatialité ne peut être l'ouverture :

> Rather, nothing like human spatiality could ever come into being in a particular world unless openness and clearness were already reigning there.[405]

Toutefois, si l'ouverture et la réceptivité sont impératives à la notion de spatialité humaine, elles ne sont pas pour autant la spatialité comme telle, mais les conditions essentielles qui vont faire en sorte que les choses qui viennent à la rencontre de l'être humain sont perçues en tant que telles. Ainsi, *"whatever confronts man through the openness and clearness of*

---

402 G. Condrau, *Op. cit.*, p. 108.

403 M. Boss, *Psychoanalysis and Daseinsanalysis*, New York, Basic Books, 1963.

404 M. Boss, *Existential foundations of medicine and psychology*, New York, Arenson, 1979, p. 132.

405 M. Boss, *Ibid.*, 89.

space will inevitably address him in its significance"[406]. Dans un tel contexte, la proximité ou la distanciation (la spatialité) seront toujours évaluées selon la façon par laquelle les choses du monde qui viennent à notre rencontre nous influencent[407]. Boss[408] soutient que, parce qu'il est «spirituel», et pour cela seulement, le *Dasein* sera spatial d'une manière qui, par nature, demeure inaccessible aux objets ordinaires :

> In this existential spatiality of Dasein, the closeness or remoteness, of the particular beings which are met with corresponds to their existential significance. It is not measured by meters or miles. It is characterized, instead, by the intimacy of our concern for the particular beings which reveal themselves in the light of our Dasein, as well by their power to appeal to us [...] We call the existential spatiality of Dasein the "original" one because mesurable space can be derived from it...[409]

Dans la spatialité existentielle du *Dasein,* la proximité ou l'éloignement des êtres et des choses rencontrés correspond à leur signification existentielle, au sens qu'elles portent. Et cela ne se mesure pas en milles ou en mètres. La proximité ou l'éloignement est plutôt caractérisé par l'attirance ou la répulsion que ces êtres ou choses exercent sur moi. En ce sens, la spatialité existentielle du *Dasein* est originelle parce que c'est à partir d'elle que les espaces dits mesurables dérivent. C'est également en ce sens que la spatialité existentielle du *Dasein* est qualitative avant d'être quantitative. Ainsi, je peux être à des kilomètres de ma bien-aimée et, en même temps, être tout près d'elle alors même qu'une autre femme peut être physiquement

---

406 M. Boss, *Op. cit.*, p. 84.

407 M. Boss, *Ibid.*, p. 84.

408 M. Boss, *Introduction à la médecine psychosomatique*, Paris, PUF, 1959, p. 49.

409 M. Boss, *Psychoanalysis and Daseinsanalysis*, New York, Basic Books, 1963, p. 44.

près de moi tout en étant existentiellement très loin de moi. Boss[410] déclare qu'il n'y a jamais au départ quelque "je", privé de toute relation spatiale et qui serait obligé d'entrer tout d'abord dans un corps, de le transporter quelque part, afin de pouvoir ensuite "être là". Bien au contraire, la position du corps découle de la manière dont le *"Dasein"* au sens extatique prend possession de l'espace, se place dans l'espace, a "lieu". En effet, si nous accordons une spatialité au *"Dasein"*, son mode doit évidemment la comprendre en tant qu'"être dans l'espace". Cette spatialité du *"Dasein"*, qui ne constitue nullement une présence objective, ne saurait se situer à tel endroit de l'"espace cosmique", ni se trouver à disposition quelque part puisque l'un et l'autre relèvent du mode des objets. Pour cette raison, la présence humaine ne se limite pas à l'espace occupé par le corps. Par le seul fait de son *ek-sistence*, le *"Dasein"* s'est déjà réservé une certaine zone d'activité. Qualitative avant d'être quantitative, la spatialité du *Dasein* n'est pas une chose. Ainsi, d'affirmer Corvez[411], grâce à la spatialité du *Dasein,* les choses du monde sont connaissables avant d'être effectivement connues ou «thématisées» en tant que telles. Préfiguration de l'objet ouverte par le regard, l'espace est une possibilité de présence, donnée avant toute réalité singulière.

3.1.1.4 La temporalité

Se référant à Heidegger sur la temporalité originelle, Condrau définira la temporalité de l'être-dans-le-monde comme celle qui rassemble passé, présent et futur dans un seul et même temps car ces dimensions temporales existent simultanément chez l'humain :

---

410 M. Boss, *Op. cit.*, p. 48.

411 M. Corvez, *Op. cit.*, p. 29.

> Event though we are here, now, we are at the same time our past and also our future. In fact, we cannot avoid always being in this triple dimension[412].

Ce que, normalement, nous appelons le temps, fait référence au temps mesurable, par exemple lorsque l'on utilise une montre. Un temps que l'on dit dérivé. Cependant il ne s'agit là que de la mesure ou du calcul du temps. Tel que l'explique Boss[413], toutes nos façons de mesurer le temps, en le disséquant en parties égales, entre autres via le chronométrage, ne disent rien ni sur le caractère de notre relation au temps, ni sur la nature du temps lui-même. Ces façons, selon Boss, nous renvoient au fait que «mesurer» le temps présuppose que nous «avons» du temps. Boss nous rappelle que c'est en utilisant l'expression contraire d'«avoir du temps», c'est-à-dire «ne pas avoir de temps pour...» que l'on prend conscience que «avoir du temps» c'est toujours avoir du temps pour quelque chose. Donc, une des premières caractéristiques est que le temps est toujours significatif de quelque chose. Une deuxième caractéristique du temps est qu'il est enregistrable *(datable)*, tel que l'on observe lorsqu'on utilise des termes tels que : avant, maintenant ou quand par exemple. Une troisième caractéristique du temps est son extensivité en ce sens qu'il peut s'étendre sur une période plus longue, par exemple «se réserver la soirée pour». Enfin, le temps revêt une dimension publique parce que le temps n'est pas limité à un seul individu, par exemple mon «maintenant» ne peut être compris que s'il est compris par un individu qui m'entend. Mais qu'en est-il donc de la notion de temps originel?

---

412 G. Condrau, *Op. cit.*, p. 108.

413 M. Boss, *Op. cit.*, p. 84.

Ce temps originel, de dire Boss[414], a été transformé en un «temps du monde», c'est-à-dire, une façon de mesurer le temps (quantitativement), le rendant ainsi accessible à tous de façon uniforme.

Revenons sur la notion de base «avoir du temps» *(having time)*. En décidant de consacrer du temps à quelque chose, mon attention est centrée du même coup sur ce pour quoi j'ai du temps, ce que je m'attends de vivre. Le temps que «j'ai», je l'ai ainsi toujours dans l'attente de ce qui est à venir mais tout en maintenant ma relation au présent, et, même si je n'en suis pas conscient, ma relation au passé. Ainsi, le «avoir» dans «avoir du temps» est effectivement[415] la temporalité de l'existence humaine, celle qui se déploie ou mature, celle qui en fait un être-dans-le-monde. Pour Boss, notre séjour dans le monde est caractérisé — de façon différente mais également fondamentale[416] — par ce qui est à venir, par ce qui est et par ce qui a déjà été. Chaque situation sera vécue singulièrement et uniquement, mais toujours en fonction de l'aspect ternaire de la temporalité. Ainsi, pour Boss :

> At any given time, we are constantly bringing past, present and future together in a unique way. Thus, we produce and form the momentary structure of time, and so carry out our wordly dwelling in its temporality[417].

---

414 M. Boss, *Psychoanalysis and Daseinsanalysis*, New York, Basic Books, 1963, p. 108.

415 Pour Heidegger la temporalité est l'effectuation de l'existence.

416 Cette question de la fondamentalité des trois formes du temps est, chez Boss, différente de la primauté qu'un tel peut accorder soit à la dimension du passé, du présent ou du futur.

417 M. Boss, *Op. cit.*, p. 100.

Être signifie toujours être «présent» avec le «là». La temporalité n'est pas, de dire Boss[418], elle émerge, comme déploiement et réalisation de l'existence, comme capacité de soutenir (*care*) ce qui vient à notre rencontre. La temporalité originelle est comme «datée», en tout temps, en fonction du contenu significatif des êtres et des choses avec lesquelles je suis en relation.

Le temps originel est donc la consommation voire la consumation de mes potentialités existentielles comme présence. En conséquence, la façon dont j'exploiterai ces potentialités feront en sorte de donner au temps originel sa dimension qualitative. Dépendamment de ma façon de vivre tel ou tel événement, une heure pourra me sembler interminable alors que dans telle autre circonstance cette même heure pourrait avoir passé comme l'éclair. Ainsi compris, le présent est vécu originellement lorsque l'humain peut, par son ouverture libre et claire sur le monde, laisser les choses entrer et se dévoiler librement dans tout leur contexte de signification. Ouverture libre, présence significative et présent au sens temporel qualitatif sont donc liés :

> We have seen that existence is essentially an openness to perceiving whatever enters the realm of this openness, shines forth within it, and so come to be present as a being with its own meaningfulness. The "pre-" of "present" presupposes an open realm. Into this a being can shine forth as "phenomenon", which derives from a Greek word that means "a being's revealing itself". Without this realm of perceptive openness — as which human being is engaged — nothing at all could be, neither a world nor anything in a world. Being as presence is not possible except into a realm that is perceptively open, clear and free.

---

[418] M. Boss, *Ibid.*, p. 45.

En ce qui a trait au futur, Boss nous informe que tout ce qui s'élabore dans l'existence prend sa source à partir du futur. L'existence en elle-même est «sortie de soi», c'est-à-dire tournée vers l'avant, vers l'avenir, vers le futur. Elle est donc projective et expectative. Or, comme cet avenir est «a-venir», c'est-à-dire tournée-vers-la-mort, au sens heideggerien, il s'ensuit que le futur détient pour l'humain une «certaine» primauté sur le passé et le présent. L'humain sait qu'il va mourir un jour, qu'il a un temps moyen délimité d'avance.

> How we see what has been and what is now is always related to the way we are addressed by what we expect from the future. [...] Everything that goes on in the world of human beings begins from the stand point of the future. Thus the future may claim the primacy over the other two of the temporal extensions of human existence, the ecstasies of past and present[419].

Notre façon d'habiter le monde, c'est-à-dire de nous déployer simultanément dans les trois dimensions du temps que sont passé, présent, futur, tout en sachant que ces trois dimensions ne sont pas toujours ouvertes également, fait en sorte qu'à maintes reprises l'une ou l'autre de ces dimensions aura plus d'emprise par rapport à une autre. En conséquence, nous risquons d'être pris au piège par cette dimension, celle-ci voilant, du même coup, les deux autres dimensions.

---

[419] M. Boss, *Existential foundations of medicine and psychology*, New York, Arenson, 1979. P. 194.

3.1.1.5 L'humeur ou disposition affective (mood)

Selon Heidegger, l'humeur est une caractéristique intrinsèque à l'existence humaine. En fait, il est impossible de ne pas être *"in some kind of mood or attunement"*, c'est-à-dire sans humeur quelconque. Notre humeur déterminera la façon d'être en relation avec les êtres ou les objets de notre environnement. Bref, la perception du monde qu'a l'individu dépend dans une large part de son humeur, de la manière dont il s'accorde avec le monde. Tel que le précise Boss :

> Cet état d'âme ne détermine-t-il point toujours d'emblée le choix particulier, la clarté et la couleur de ses rapports avec le monde? L'homme affamé n'appréhende-t-il pas le monde tout autrement qu'étant repus?[420]

L'humeur détermine l'envergure et la couleur de nos rapports avec le monde. Le mot disposition ici doit être compris dans le sens de «dis-position» c'est-à-dire «séparé de». Telle ou telle disposition affective ou humeur opère donc, d'avance, une certaine influence sur notre façon d'être-dans-le-monde, d'être-avec-autrui. Dû au fait que l'existence humaine est, ontologiquement parlant, une sollicitation permanente à être-en-relation et que cette sollicitation est sujette à ma capacité de percevoir le monde, d'y répondre totalement, ouvertement et librement, il s'ensuit que mon ouverture au monde subiste une certaine variation selon mon humeur de l'instant. L'humeur opère donc, par dévoilement ou dérobation, une influence

---

[420] M. Boss, *Introduction à la médecine psychosomatique*, Paris, PUF, 1959, p. 33.

directe sur notre ouverture au monde. L'humeur, de préciser Hall et Lindsay[421], explique pourquoi notre ouverture au monde peut se dilater ou se rétrécir et comment s'éclaircissent ou s'obscurcissent les divers phénomènes de notre existence. Tel que mentionné précédemment, l'existence humaine ou *Dasein* est ouverture en ce sens de pouvoir percevoir ce qui vient à notre rencontre et d'y répondre dans la mesure de notre capacité à percevoir. Toutefois, selon Condrau[422], les limites de nos capacités à percevoir et à répondre sont cependant fondamentalement dépendantes de notre humeur. Pour Boss[423], toutes les dispositions affectives ou humeurs dont une personne est capable lui sont naturellement acquises comme possibilités existentielles et, comme telles, façonnent son existence. Le fait de pouvoir être accordé ou harmonisé (*attuned*) et désaccordé est une caractéristique ontologique fondamentale faisant en sorte que ce soit possible pour l'existence d'être toujours touchée ou influencée par quelque disposition. Pour Boss, les sentiments, affects, émotions ou états sont des modes d'être concrets dans lesquels les possibilités d'être ouvert se réalisent.

> Every attunement as attunement is a particlar mode of the perceptive openess of our existence. The prevaling attunement is at any given time the condition of our openness for perceiving and dealing with what we encounter; the pitch at which our existence, as a set of relationships to objects, ourselves and other people, is vibrating. What we call moods, feelings, affects, emotions, and states are the concrete modes in which the possibilities for being open are fulfilled[424].

---

421 C. Hall et G. Lindsay, *Theories of Personality*, New York, Wiley & Sons, 1978, p. 327.

422 G. Condrau, *Op. cit.*, p. 111.

423 M. Boss, *Existential foundations of medicine and psychology*, New York, Arenson, 1979, p. 109.

424 M. Boss, *Op. cit.*, p. 110.

Les choses qui s'éclaireront dans ce champ lumineux qu'est le *Dasein* le feront en fonction de la disposition affective du *Dasein* à tel moment donné. Ainsi, la disposition affective d'un individu déterminera d'avance le choix, la couleur, la clarté de ses relations au monde. Par exemple, d'affirmer Boss[425], les personnes marquées par la disposition affective anxiété sont généralement ouvertes seulement à la perception des choses du monde qui représentent une menace pour eux[426]. Dans la haine, une existence expérimente tout ce qui survient dans sa recherche de puissance comme une obstruction à surpasser et à détruire. En ce qui a trait à l'amour, le passionné voit, dans la personne aimée, un potentiel pour une possibilité (*togetherness*) qui peut offrir un lot de potentialités humaines existentielles incomparables à ce que sa seule existence pourrait offrir par elle-même.[427]

Qu'en est-il maintenant du lien disposition affective et temporalité? La disposition affective est liée au passé, à l'histoire personnelle de chacun (historicité). Or, nous savons qu'en ce qui concerne la psychanalyse la notion de passé est liée aux processus dits inconscients. À cet égard, examinons d'abord ce que Van Dusen nous dit sur cette notion psychanalytique

---

425 M. Boss, *Psychoanalysis and Daseinsanalysis*, New York, Basic Books, 1963, p. 100.

426 Pour établir un lien avec la thématique du cancer nous référons à Eysenck† pour qui, comme pour Boss d'ailleurs, ce qui menace la santé n'est pas tant les microbes extérieurs que notre bien-être émotionnel : "The effects of anger, hostility, anxiety, and depression on the nervous system and glandular secretions — and eventually on organs, muscles, bone, and blood — are well-known, but not well understood or accepted by all scientists. If all of our emotions are expressed through physiological processes that are the result of complex mechanisms under the influence of the nervous system, then the first danger to health and life may be our emotional well-being, rather than the invading germs". † H.J. Eysenck, "Anxiety, learned helplessness and cancer : A causal theory", *Journal of anxiety disorders,* vol. 1, 1987, p. 103.

427 M. Boss, *Ibid.,* p. 129.

d'inconscient. Selon ce dernier, la notion psychanalytique d'inconscient nous ramène à quelque chose d'étranger à l'individu, de distant. Pour l'analyste existentiel toutefois tout est là, potentiellement présent, quoique indifférencié.

> However, subtle but important differences can be detected. For one thing, there is no «unconscious» in existential analysis. The idea of unconscious implies something different, foreign and distant. The concept rather removes it from human ken. Instead of the unconscious, the existential analyst works in a field of unlimited potentiality or freedom. This freedom exists here and now, but it is lacking the object-like clarity of consciousness. What to most analysts is unconscious and thus removed, to the existential analyst is present though as yet undifferentiated. The amorphous potentiality in the present[428].

Pour Boss[429], la notion psychanalytique d'inconscient est inadmissible compte tenu que l'existence est d'abord et avant tout une capacité continuelle de percevoir et de répondre aux choses et aux êtres du monde qui implique mon être total. La nature véritable d'une existence, selon la philosophie du *Dasein,* ne vient-elle précisément pas que, dans son *Dasein*, l'humain se confonde d'emblée et tout à fait avec ses relations aux choses et aux autres hommes dans le monde? Ne veut-elle pas qu'en tant que "moi", il se développe dans ces relations, qu'il soit ces relations? Il n'est donc pas d'abord, et au fond, un "je", un "cogito", une "conscience" ou une "subjectivité" qui exigerait encore un engagement, un acte intentionnel, une projection ou une pulsation pour pouvoir transcender d'elle dans le monde d'affirmer Boss.

---

428 W. Van Dusen, "The theory and practice of existential analysis" dans Ruitenbeek, H.M., *Psychoanalysis and existential philosophy,* New York, E. P. Dutton & Co., 1962, pp. 36-37.

429 M. Boss, *Introduction à la médecine psychosomatique*, Paris, PUF, 1959, p. 46.

Mon individualité et mon historicité se développent continuellement et graduellement, en ce sens l'existence humaine est un événement historique et chronoholistique. Cela n'empêche aucunement que certaines relations au monde puissent venir obstruer ma capacité de développement ou d'ouverture éventuelle. Boss mentionne que la psychanalyse pose comme fondement que c'est par des représentations endopsychiques d'objets du monde extérieur que l'humain a la capacité de percevoir une chose comme signifiante. Boss nous dit que pour qu'une personne puisse se faire une idée quelle qu'elle soit de quelque chose il faut, à tout le moins, qu'elle ait déjà été en relation avec cette chose et que ce mode relationnel dure depuis le tout début.

> How would a person ever know that these were images coming from an outside world, or, for that matter, that there was an outside world at all? Obviously, this knowledge can come to a person — this bears constant repeating — only if that person's sight and perception dwell from the very beginnning, and before any subsequent representations, with the world outside[430].

L'existence est être-dans-le-monde. Cet être-dans-le-monde n'est jamais la propriété d'une subjectivité *"modelled in thought (vorgestellt) in some way, but is from the start the existing of the human being itself"*[431]. Peu importe la façon dont on aborde la notion d'inconscient, elle pose toujours la personne humaine comme existant indépendamment ou séparée du monde : *"how such a psychic configuration could ever begin to suspect that an outside world*

---

430 M. Boss, *Existential foundations of medicine and psychology*, New York, Arenson, 1979, pp. 59-60.

431 M. Heidegger, "On adequate Understanding of Daseinsanalysis - Excerpts from Martin Heidegger's Zollikon Teaching", *The Humanistic Psychologist*, vol. 16, n° 1, 1988, p. 92.

is there, much less more out of it self into that external?[432] Boss est catégorique, si des affects peuvent être déplacés d'une quelconque représentation, de l'intérieur de la *psukhê* vers l'extérieur sur quelque objet du monde extérieur, "*these endopsychic affects and representations must first exist*[433]." Boss nous fait réaliser qu'il y a bien fallu à tout le moins une première fois qui a fait que telle ou telle relation vécue contribue en quelque sorte à «nourrir l'inconscient». Or selon Boss, ce n'est pas l'inconscient qui se crée mais simplement une ouverture voire un futur possible qui est empêché. Personne n'a d'ailleurs jamais pu démontrer la présence de la libido, des désirs ou des émotions dans la *psukhê* de dire Boss :

> [...] what has been called a "repression" of thoughts and emotions into an "uncounscious" can be understood much more adequately as an inability of an existence to become engaged in an open, free, authentic, and responible kind of relationship to that which is disclosed in the relationship[434].

Le «pouvoir-être-ému», le «pouvoir-percevoir», le «pouvoir comprendre» présuppose un être «ouvert au monde» d'affirmer Boss[435]. Un «être au monde» qu'on ne retrouve dans aucun objet simplement présent. Par nature, l'humain, non seulement n'est pas un objet «mort», il n'est pas davantage un simple «sujet vivant», d'abord fermé, face à un monde extérieur, pour n'y entrer que plus tard en relation avec ce monde, de façon mystérieuse, en sortant de lui-même, en se «transcendant».

---

[432] M. Boss, *Existential foundations of medicine and psychology*, New York, Arenson, 1979, p. 145.

[433] M. Boss, *Ibid.*, p. 267.

[434] M. Boss, *Psychoanalysis and Daseinsanalysis*, New York, Basic Books, 1963, p. 120.

[435] M. Boss, *Introduction à la médecine psychosomatique*, Paris, PUF, 1959, p. 32.

> [...] no kind of psychic energies or instinctive forces could, in and of themselves, construct or dismantle the world of a human being. Invariably, this world is, and is perceived as, a context of meanings and references. From our beginnings, and every day of our lives, we all live in such a perceived world.[436]

Pour bien montrer que la notion d'inconscient est une contradiction en soi, parce qu'en fait elle s'oppose à conscient, Boss nous ramène à la notion de conscient elle-même. Lorsque nous parlons de conscience, dit-il, nous avons toujours à l'esprit cette capacité de devenir conscient des choses comme phénomènes porteurs de sens :

> The German word for consciousness, Bewusstsein, is a little unfortunate. It has generated the idiom ein Bewusstsein haben, which means "to have a consciouness". Consciousness is generally represented as some specific thing existing as a box like container. More can be gleaned from the Latin conscientia. The con prefix refers to the human subject. Much older then Bewusstsein and bewusst is the archaic German word bewissen. From its Indogermanic root wid-, the verb wissen means "to have seen something, to be aware of something as being something". Accordingly, that person is bewisst who has found his place in his environment and among the objects around him, who is — in modern psychiatric jargon — "oriented". Someone can become oriented only after he has grasped the meaning of what he has seen, apprehending where these things belong and what they are for[437].

La conscience réfère donc toujours à une manière d'être présent voire d'être-découvrant au niveau de la signification de ce que nous avons vu ou perçu. Le niveau de «conscience» sera

---

436 M. Boss, *Existential foundations of medicine and psychology*, New York, Arenson, 1979, p. 54.

437 M. Boss, *Ibid.*, p. 54.

donc fonction de la capacité d'ouverture et plus cette ouverture sera libre et plus elle sera présence (pré-sence). Selon Heidegger, *"consciousness always presupposes Dasein, not the other way round*[438]*."* En d'autres termes, c'est la conscience qui se meut dans «l'ouverture du là» (*openness of the There).* Ruitenbeek nous signale que selon Heidegger *"conscience is related to man's selfhood and redeems him from the sheer anonymity of das Man*[439]*."* Pour Boss, la notion de conscience réfère à une «zone de récognition» (*Bereich von Vernehmen*) ou d'appréciation bref *"a realm of perceiving and understanding*[440]*."*

Selon Thomas Hora[441], l'humain est un être qui peut être conscient de son existence. Cette prise de conscience présuppose une autre prise de conscience, soit celle d'avoir réalisé l'inéluctable possibilité de la non-existence, du non-être, de sa propre mort. L'anxiété existentielle est omniprésente à l'existence humaine. De deux choses l'une : ou l'anxiété est accueillie comme telle, ou elle est fuie de diverses façons, d'où le passage voire l'évitement, toujours involontaire, de l'anxiété existentielle de base[442] à une anxiété névrotique compulsive. Quant à cette anxiété existentielle de base Heidegger en voit la source dans l'origine de la vie. Mieux encore, Heidegger affirme que l'anxiété est associée à sécurité, et plus précisément, à la

---

438 M. Heidegger, *Op. cit.*, p. 90.

439 Ruitenbeek, H. M., *Psychoanalysis and existential philosophy,* New York, E. P. Dutton & Co., 1962, p. XVI.

440 M. Boss, "A seminar on Daseinsanalytic Psychotherapy", *The Humanistic Psychologist*, vol. 16, n° 1, 1988, p. 64.

441 T. Hora, "Existential Psychiatry and group psychotherapy" dans Ruitenbeek, H.M., *Psychanalysis and existential philosophy,* New York, E. P. Dutton & Co., 1962, pp. 137-138.

442 C'est pour cette raison qu'Heidegger préfère utiliser le terme angoisse *(angst)* lorsqu'il est question d'anxiété existentielle de base soit en lien avec la mort.

situation relationnelle (être-avec) mère/enfant : *"Anxiety is associated with (hängt mit) the security of togetherness with the mother. This is a characteristic (bestimmtes) being-with, not a formal unity (einheit)*[443]*."*

Plus précisément, Tillich fait une distinction entre anxiété de base, soit celle liée au fait de venir de rien et d'aller à rien alors que l'anxiété névrotique est une fuite compulsive du sens de l'existence (*meaning*) :

> Needless to say, such defensive strivings cripple man's existence by robbing him of his freedom and creative spontaneity. Seeking to escape from the dread of losing his life, man lives in dread of losing his defenses. The more he clings to them, the more he becomes immobilized by them. Finally, that which he clings to, clings to him. Such a tragically paradoxical dilemma was expressed by one successful businessman suffering from coronary heart disease and high blood pressure, in the following way : "I know that my life is a 'rat race' and it is killing me, but I am afraid to stop because I might become a nobody and die". Then he added : "It looks like fear of death is driving me to commit suicide[444].

3.1.1.6 L'être-avec-les-autres (Mitsein)

Chaque personne est dans le monde avec d'autres gens. Avant toute chose, il importe de savoir que, selon Heidegger, mon *Dasein* est toujours un *Dasein* que je partage avec les autres : *"The world of Dasein is a with-world (miltwelt)*[445]*."* Selon Condrau[446], c'est ce qu'il

---

443 M. Heidegger, *Op. cit.*, p. 89.

444 P. Tillich, "Existentialism and psychotherapy" dans Ruitenbeek, H.M., *Psychoanalysis and existential philosophy*, New York, E. P. Dutton & Co., 1962, p. 13.

445 M. Heidegger, "On adequate Understanding of Daseinsanalysis - Excerpts from Martin Heidegger's Zollikon Teaching", *The Humanistic Psychologist*, vol. 16, n° 1, 1988, p. 95.

446 G. Condrau, *Op. cit.*, p. 114.

est convenu de nommer *"Mitsein"*, lequel signifie «être-avec-les-autres». Cet «être-avec-les-autres» peut être vécu de bien des façons, à travers des dispositions affectives comme : la haine, l'agressivité, l'isolement, l'anxiété, la solitude, l'affection, la dominance, la soumission, l'amour, etc. Notons que ces diverses possibilités d'être en relation avec les autres ne sont réalisables que s'il y a en tout premier lieu ce *"Mitsein"*, cette capacité fondamentale d'être avec les autres. Notre façon d'être-avec-les-autres montre comment, à la base, nous existons toujours et depuis le début.

Dans ma rencontre avec l'autre, j'entre dans un monde unique révélé par l'existence même de l'autre à ce moment précis. En ce sens, je participe directement à son être-dans-le-monde. Brice ajoute que le *Mitsein*, comme capacité fondamentale,

> est un niveau d'être-avec-l'autre qui précède tout effort explicite à communiquer. C'est une communion primordiale entre deux existences, laquelle participe au monde personnel de chacun en fonction de son humeur propre[447].

Par l'être-avec-les-autres, de dire Corvez[448], l'existence d'autrui m'est révélée. Grâce au *Mitsein,* je puis découvrir les autres comme co-existants. Le caractère fondamental de l'existential coexistence prend sa source dans la rencontre et le maintien de l'ouverture sur le monde que les êtres-humains partagent communément. En quoi consiste cette coexistence?

---

447 C. Brice, cité par MOSS, D. et BOSS, Médard, *Existential - Phenomenological Alternatives for Psychology,* New York, Oxford University Press, 1978, p. 311.

448 M. Corvez, *Op. cit.*, p. 32.

Selon Boss : *"It is carried out in shared ways of perceiving and responding to whatever is commonly encountered*[449]*."* C'est dans ce sens que Boss en arrive à dire que les humains perçoivent directement leurs semblables sans qu'il y ait nécessairement une quelconque tentative délibérée d'empathie, comme sentiment, car cette dernière présuppose l'être-avec-les-autres original :

> De la même façon par laquelle les objets révèlent leurs identités et leur signification directement par la caractéristique de l'ouverture propre à l'existence humaine, ainsi un être humain perçoit les autres directement, sans une quelconque empathie hypothétique, mais simplement par le fait que nous sommes semblables dans notre façon de comprendre notre relation à un même phénomène mis en lumière par notre ouverture sur le monde que nous soutenons en commun[450]. [traduction personnelle]

Examinons maintenant comment la façon d'être-avec-autrui sous le mode de la dépendance est vue par Boss. Pour Boss dépendance et mélancolie sont indissociables. Si, de dire Boss, le schizophrène se coupe et se retire le plus possible des autres c'est pour éviter de se perdre en eux parce que sa faiblesse réside dans son incapacité à conserver son indépendance dans toute relation affective. Au contraire, le mélancolique s'ouvre et se perd facilement aux demandes, désirs et attentes des autres.

> ... such an existence has no independent standing of its own but continuously falls prey to the demands, wishes, and expectations of others. Such patients try to live up to these foreign expectations as

---

449 M. Boss, *Existential foundations of medicine and psychology*, New York, Arenson, 1979, p. 106.

450 M. Boss, *Ibid.*

> best they can, in order not to loose the protection and love of their surroundings. But the longer these patients allow others to govern their ways of feeling, acting, and perceiving, the more deeply indebted they become in regard to their fundamental task in life, which is to appropriate and carry out, independant and responsability, all their authentic possibilities of relating to that which they encounter. Hence the terrible guilt feelings of the melancholic. His incessant self-accusations derive from his existential guilt. The severity of his symptoms varies according to the degree in which he fails to exist as the world. Openness in whose light everything encountered can unfold and shine forth in its full meaning and content. Within the frame-work of such a patient's unauthentic ways of relating to the world, so completely adjusted to the demands of others, there is no room for him openly to await his own future, to let it come to him, to meet its demands; there is no room, in other words, to carry out his own Dasein and let it emerge in its wholeness. Existentially, the melancholic has come to a standstill; he is related neither to the future nor to the present. The stagnation of his Dasein's unfolding shows itself in his exclusive attachment to his past. As water in a stagnant pool starts to rot, so the stagnant Dasein of a melancholic shows signs of decay. His relations to those around him are fraught with fears of impending doom for which he is responsible[451].

Cette explication de Boss nous montre que l'être-avec-autrui peut se vivre, entre autres, sous le mode de la dépendance. Toutefois, une telle existence est perpétuellement «menacée» par la crainte de perdre les personnes lui permettant de se réaliser, de se responsabiliser bref d'exister. D'ailleurs pour Freud[452] lui-même la mélancolie se traduisait par une dépression profondément douloureuse et la diminution de l'estime de soi.

---

451 M. Boss, *Psychoanalysis and Daseinsanalysis,* New York, Basic Books, 1963, pp. 209-210.

452 S. Freud, *Métapsychologie - Deuil et mélancolie,* Paris, Gallimard, 1968, p. 125.

3.1.1.7 L'historicité

L'ouverture de l'existence humaine consiste en la capacité de percevoir la présence et la signification de ce qui vient à notre rencontre et d'y répondre significativement. Toutefois, pour l'humain, ce qui a déjà été présent dans son existence n'est jamais perdu :

> Ce qui a été est retenu dans la caractéristique d'ouverture propre au *Dasein* humain n'est jamais simplement passé, terminé ou perdu de sorte que ce qui a été retenu demeure constamment présent dans le présent, parlant dans ce présent et codéterminant toutes les conduites du présent de l'humain. En fait ce qui a été «vit» toujours dans le présent. En conséquence le «passé», comme présent ayant été, ensemble avec le présent, codétermine nécessairement tous les comportements futurs[453]. [traduction personnelle]

Voilà la base de ce qui constitue, pour Boss, le fondement de la tradition et de l'historicité. Cette dernière résulte d'une séquence de dévoilement de sens se produisant au cours de l'existence humaine et au gré de la destinée engageant l'être-humain. Chacun de ces moments de dévoilement possède une valeur primordiale égale à tous les autres compte tenu que, selon l'approche existentielle, la mémoire n'est ni des séries de représentations endopsychiques d'objets extérieurs ni quelques traces ou engrammes que l'on pourrait constater physiologiquement dans le cerveau. La mémoire constitue des modes variés d'être présent et ces modes ne réfèrent à rien d'autre que ce qui est perçu dans l'immédiat :

---

[453] M. Boss, *Ibid.*, p. 118.

> They [modes of presence] are the perceived entities themselves which are retained as the singularly meaningful phenomena they reveal themselves to be temporarily and spatially within the worldly realm held open by a human existence.[454]

Qu'il le veuille ou pas, chacun de nous porte en lui le poids de sa tradition, de son histoire personnelle, de sa *Lebenswelt : "Human memory is this constant dwelling in tradition. It constitutes that fundamental human characteristic of historicity*[455] *"*.

L'historicité, selon Boss[456], se forme à partir des diverses divulgations ou révélations de sens possibles qui se présentent au cours de nos différentes relations avec les êtres et les choses, lesquelles constituent l'essence de notre existence. Le *Dasein* devient, de ce fait, un assemblage unique et spécifique à chacun en termes de possibilités :

> You are very distinct bundle of possibilities or capacities which now come together in this particular way. There is no one in the world just like you and this unique particularity *belongs* to you alone. This is *your* "mine-ness", *your* "own-self-ness" and no one else's.[457]

C'est parce que l'être humain est le seul qui est doté de cette capacité d'exister, au sens heideggerien, que la rétention ou la non-rétention d'un simple phénomène ayant eu lieu, phénomène véridique ou falsifié, apparaît comme une possibilité ontique déterminante de notre

---

454 M. Boss, *Existential foundations of medicine and psychology*, New York, Arenson, 1979, p. 114.

455 M. Boss, *Ibid.*, pp. 118-119.

456 M. Boss, *Psychoanalysis and Daseinsanalysis*, New York, Basic Books, 1963, p. 66.

457 M. Boss, "A seminar on Daseinsanalytic Psychotherapy", *The Humanistic Psychologist*, vol. 16, n° 1, 1988, p. 26.

habileté ontologique à exister historiquement c'est-à-dire "*ability to dwell by the beings of [our] world in the temporal ek-stase of the past*"[458]. Dans toute relation, à quelque chose ou à quelqu'un, c'est toujours l'histoire entière du *Dasein* qui est impliquée comme événement historique[459], chronohollistiquement pour paraphraser Wilber[460].

Nous savons que pour l'existence névrotique, à divers degrés, il est impossible d'imaginer une autre façon d'entrer en relation avec autrui. Par conséquent, tout changement radical de cette situation aliénante peut être vu comme terrifiant. Pour ces derniers, un événement particulier peut les placer en situation de pouvoir «sortir» de cette aliénation et ainsi dépasser les limites de leur *Dasein* trop restrictif. Pour de telles personnes, une épreuve, quelle qu'elle soit, peut amener l'écroulement soudain de leur univers "*and drastically expanded the limitations of their existence, plunging them into an unfamiliar openness of being*"[461]. Une épreuve est une rupture dans la continuité relationnelle, saine ou malsaine, avec les êtres ou les choses de notre monde. Cette continuité nous maintenait, existentiellement parlant, et constituait notre réponse à l'appel lancé par le monde.

> If human being is in fact perceptive responsiveness to whatever is present, then human being is existentially dependant on what addresses or burdens it. In that case, relief from something that

458 M. Boss, *Existential foundations of medicine and psychology*, New York, Arenson, 1979, p. 119.

459 M. Boss, *Psychoanalysis and Daseinsanalysis*, New York, Basic Books, 1963, pp. 243-244.

460 K. Wilber, *Le paradigme holographique*, Coll. "Éveil", Paris, Le Jour, 1984.

461 M. Boss, *Op. cit.*, p. 223.

> engages a person is an extinction of his human being as the perceptive responsiveness he is. When this burden falls away, what is left is not just some negative, a nonburden, but the end of a life-giving engagement on the part of what is released. If a human being is deprived entirely of such engagement, totally unburdened, he is rubbed of the possibility of continuing to be-there as a human being[462].

Bref, la fermeture d'un mode de vie, quel qu'il soit, conduit à une ouverture. Or, plus un mode de vie était marqué par la dépendance, l'inauthenticité et l'illusion et plus l'ouverture libre sur le monde qui s'offre sera menaçante d'autant. Selon Boss, il y a là dé-construction de l'univers d'un tel individu. L'épreuve est donc un empêchement d'exister selon une tradition, selon une manière donnée usuelle qui est personnelle et unique. En conséquence, si face à l'épreuve la personne est incapable de réagir adéquatement, au plan psychologique, il s'ensuit que la corporéité actualisera cette rupture peu importe que la relation ait été authentique, illusoire ou même pathologique :

> We conclude that the greater the prohibition against carrying out a given manner of existing is open, knowing, interpersonal behavior — the further it has to retreat, to the realm of hysterical gestures where there is no awareness, and then perhaps even further, to the muted realm of bodily functions where organ-neurotic symptoms occur — the more a characteristic loss of differentiation inevitably accompanies this retreat.[463]

---

462 M. Boss, *Op. cit.*, p. 209.

463 M. Boss, *Psychoanalysis and Daseinsanalysis*, New York, Basic Books, 1963, p. 169.

3.1.1.8 Mortalité et anxiété

En tant qu'humain, je sais que je vais mourir un jour. Par conséquent, contrairement à l'animal, je peux être effrayé par l'idée que la mort, ma mort, est d'une certaine façon annoncée d'avance sans pour autant s'être manifestée. La mort est immanente à ma condition d'humain. La mort peut donc être source d'anxiété sans pour autant que je fasse face à cette menace évidente. Cette prise de conscience de la mort, du fait que je vais mourir un jour, m'accompagne toute ma vie. La mort est intrinsèque à ma condition d'humain; plus je vieillis, plus je me rapproche d'elle. Condrau[464] nous dit que nous ne sommes pas aujourd'hui la même personne que nous étions dans le passé parce que chaque jour nous rapproche de notre mort. Nous sommes des êtres-pour-la-mort parce que nous sommes mourants depuis le moment où nous avons été jetés dans ce monde.

Pour Hall et Lindsay[465], référant à Heidegger, la mort constitue une manière d'être absolue où le non-être peut envahir. La mort est cette possibilité de non-être, la possibilité de l'impossibilité d'être, de dire Heidegger. La mort est extrême et absolue :

> Extreme, because it is the possibility of not being and hence cuts off all other possibilities. Absolute, because man can surmount all other heartbreaks, even the deaths of those he loves, but his own death puts an end to him.[466]

---

464 G. Condrau, *Op. cit.*,

465 C. Hall et G. Lindsay, *Op. cit.*, p. 329.

466 W. Barrett, *Op. cit.*, p. 225.

L'analyse existentielle est donc spécialement intéressée par la question de la mort. Si Heidegger utilise *Angst,* de dire Ruitenbeek, c'est qu'il veut signifier toute l'importance de l'impact de la mort pour l'humain :

> Existential philosophy is especially concerned with the realization that man can feel himself as *nothing.* Here, existentialism turns to the concept of *Angst,* which means so much more than anxiety, its usual translation. *Angst* embodies that fear, total and indefinite, which encompasses alienation, isolation, despair, and death. Thus men know themselves as being thrown into the world, in Heidegger's phrase. To Heidegger, death and anxiety are related concepts[467].

Pour que l'humain apprivoise et assume l'angoisse reliée à la mort, il lui faut passer de l'attitude du «on meurt» à celle du «je meurs». Pour Heidegger, la «résolution» sera de cesser de mettre la mort à distance et de vivre d'une manière «authentique». Nous verrons ultérieurement que l'anxiété est à la base de la névrose laquelle peut s'actualiser voire se corporéiser soit sous forme de névrose hystérique ou de névrose d'organe. Nous savons également que l'anxiété existentielle de base peut se transformer en anxiété essentielle névrotique compulsive avec son lot de peurs et de phobies. Reprenant Heidegger, Barrett[468] dira que c'est seulement en prenant réellement conscience de ma mort comme possibilité inévitable qu'une existence devient possible pour moi. C'est dans ce sens que Heidegger parle de *"freedom-toward-death"*, c'est-à-dire de liberté-vers-la-mort. Le fait d'accepter la mort,

---

467 H.M. Ruitenbeek, "Some aspects of the encounter of psychoanalysis and existential philosophy" dans Ruitenbeek, H.M., *Psychoanalysis and existential philosophy,* New York, E. P. Dutton & Co., 1962, p. XV.

468 W. Barrett, *Op. cit.,* p. 225.

ma mort comme possible à tout instant, me fait découvrir la finitude radicale de mon existence : *"He [the man] is finite because his Being is penetratred by non-Being".*[469]

Suivant Heidegger, Hall et Lindsay affirment que la reconnaissance et l'acceptation de la mort, de ma finitude, cette *"unescapable termination of being-in-the-world*[470]*"* offre à l'humain la responsabilité de s'accomplir pleinement dans chaque moment de son existence. Ayant résolu cette co-présence avec la mort, déjà là sans être là, qu'est-ce donc qui peut m'arriver de plus important, d'insurmontable? Semblablement, pour Condrau, lorsque l'humain reconnaît qu'il est mortel et que cette possibilité peut survenir à tout instant *"man first realizes his responsability for every instant of his existence. If man were not finite and mortal, he would never miss anything*[471]*"*. Toutefois, l'anxiété n'est pas uniquement liée à la mort physique. Pensons ici à toutes ces situations d'être-au-monde, d'être-en-relation qui nous plongent dans l'anxiété, où la peur du non-être, même partielle, nous envahit. Nous disons partielle dans le sens où si je perds un enfant, par exemple, ma mort comme possibilité n'est nullement menacée, il s'agit de sa mort à lui. Or nous savons que des mères et des pères sont morts de chagrin après la perte d'un enfant. De cette anxiété Brice dira :

> ... Anxiety is an attunement that limits the perceptive openness of the Dasein to perceiving the possibility that it can loose all relatedness to the world [...]. Dasein fears the total removal of all that supports

---

469 W. Barrett, *Ibid.*, p. 226.

470 C. Hall et G. Lindsay, *Op. cit.*

471 G. Condrau, *Op. cit.*, p. 121.

> it. At the same time anxiety introduces Dasein to the possibility of its own ending, of its not being-there anymore. Dasein fears the approach of an emptiness, an all-annihilating void[472].

Si la mort est l'absolu en terme de possibilité existentielle, de *nothingness,* c'est-à-dire de néant, il existe donc d'autres situations moins absolues, également sources d'anxiété, où l'être peut être envahi tout aussi radicalement par le non-être. C'est à ces situations que nous référons lorsque nous disons que l'ouverture au monde peut subir une certaine variation : *"Death is the absolute nothingness but there are other less absolute ways by which non-Being can invade Being"*[473]. Nous pensons ici à des situations comme la maladie incurable, la perte d'un être cher par la mort, l'abandon ou le rejet ainsi que certaines «crises» existentielles reliées à certaines étapes de vie tels le mariage, la naissance d'un enfant, la retraite, etc. En fait, toute étape dans le développement de l'existence se transformant en épreuve ou toute épreuve subie sous le coup du destin. Parce que mon *Dasein* est co-*Dasein,* que l'existence humaine est une unité tri-dimensionnelle il s'ensuit que toute épreuve psychologique voire relationnelle peut se corporéiser ou être somatisée. Toutefois, d'ajouter Boss, et cela est très important en ce qui concerne cette thèse, l'inverse est également vrai en ce sens qu'une telle somatisation, un cancer[474] - peut également ouvrir la voie à un changement psychologique important. Ainsi s'exprime Boss à ce sujet :

---

472 C. Brice, cité par MOSS, D. et BOSS, Médard, *Existential - Phenomenological Alternatives for Psychology,* New York, Oxford University Press, 1978, p. 323.

473 C. Hall et G. Lindsay, *Op. cit.,* p. 329.

474 L'exemple suivant aidera à comprendre ce passage de Boss. Si par exemple je perds un enfant il s'ensuivra, généralement, que cette épreuve me rejoigne au point d'opérer des changements majeurs dans mon existence. Dans un autre ordre d'idée, une personne perdant subitement, par accident, l'utilisation de ses membres inférieurs verra probablement son existence bouleversée.

> The human being is and remains a unity. It does not split up into body and mind; rather, the body is already mind, the mind already body. From the empirical standpoint, of course, body and mind are by no means identical, but are reciprocally dependent peripheral concepts. However, they are purely theoretical entities. Only in this way is it possible to understand that an important turning-point in one's life can entail a modification on the somatic plane, and how a somatic change can also bring about a major transformation in one's personal life history[475].

3.1.1.9 La corporéité

Selon Boss, le corps constitue le lieu d'actualisation du *Dasein :*

> Comme lieu d'actualisation et comme domaine du *Dasein*, le corps constitue une condition nécessaire, mais en aucun cas, la condition suffisante de l'existence humaine. Le corps représente un des lieux de passage pour la réalisation de nos rapports avec le monde, rapports qui constituent l'existence[476].

Aussi, la corporéité constitue-t-elle une sphère même de l'existence, celle qui s'actualise de manière «physique» ou «somatique». En somme, cette corporéité n'est que le mode physique des relations au monde, actuelles ou possibles, dans lesquelles s'actualise le *Dasein :*

> Voilà pourquoi, le comportement physique, le mode du corps, la «corporéisation», dépend entièrement de semblables relations vitales et se conforment si rigoureusement aux manières d'exister qui l'imprègnent[477].

---

475 M. Boss et G. Condrau, "Existential analysis" dans Howells, J.G., *Modern perspectives in world psychiatry,* Edinbourg/London, Oliver and Boyd, 1968, p. 490.

476 M. Boss, *Introduction à la médecine psychosomatique*, Paris, PUF, 1959, p. 33.

477 M. Boss, *Ibid.*, p. 61.

De même, d'ajouter Boss[478], toutes les relations au monde constituant l'existence humaine, imprègnent le corps en tant qu'indispensable médium de leur réalisation. À ce titre, la corporéité appartient tellement à notre existence que nous sommes toujours cette corporéité. Toujours selon Boss[479], ma corporéité, ses limites, coïncident avec celles de mon ouverture sur le monde, or ces limites sont toujours identiques et changeantes avec la fluidité expansive ou contractive de mes relations au monde. Poussant plus loin Boss nous rappelle que même si nos sens nous laissent croire que la corporéité est première, phénoménologiquement elle est seconde :

> Whichever angle we take to approach bodyhood, we discover that bodying forth presupposes perceiving and acting existence. Existence is that which bodies forth. Actually, then, human bodyhood is phenomenologically secondary, though our senses tell us that it is primary.[480]

En d'autres termes, le prolongement du corps - prolongement qui passe par les sens -, son actualisation, voire sa spatialisation, est conséquente à ma capacité de percevoir et de répondre significativement aux êtres et aux choses de mon monde, à «être-là», parce qu'en fait l'existence en elle-même est spatiale et temporelle au plan qualitatif[481]. Toutefois, notre relation à ce que nous percevons varie en fonction des sens qui entrent en opération. Ainsi, la vue et l'ouïe opèrent à des distances plus grandes que peuvent le faire le toucher, l'odorat et le goûter.

---

478 M. Boss, *Op. cit.*, pp. 54-55.

479 M. Boss, *Existential foundations of medicine and psychology*, New York, Arenson, 1979, p. 104.

480 M. Boss, *Ibid.*, New York, Arenson, 1979, p. 102.

481 Boff† nous rappelle que le corps, pour la mentalité paulinienne et sémite, ne signifie pas "corps" au sens de l'un des composants de l'être humain. Le corps c'est l'homme tout entier (corps-âme) comme personne, en relation avec les autres. Le corps est l'homme dans sa capacité de communication avec les autres [...]. L'homme-corps se transforme [par la résurrection]: de charnel, il devient spirituel (c'est-à-dire rempli de Dieu). † L. Boff, *Jésus-Christ libérateur*, Coll. "Traductions chrétiennes", Paris, Cerf, 1983, p. 139.

Ces dernières lignes de Boss nous permettent de comprendre, par exemple, comment une personne peut posséder une excellente vue mais être quand même «aveugle» à certains phénomènes existentiels. Il y aurait là, une certaine cécité ontologique acquise, empêchant telle personne de voir. Ainsi, de dire Boss, l'on ne voit pas parce que l'on a des yeux mais on a des yeux parce que l'on a à voir[482]. Ce n'est pas surprenant que devant certaines problématiques existentielles insurmontables et persistantes nous assistions à une altération physique (ontique) de tel organe.

La capacité pour l'humain de pouvoir être touché par quelque chose, sa capacité à percevoir et comprendre présuppose une ouverture sur le monde, une caractéristique unique à l'humain. Par conséquent, si l'humain n'est pas simplement un objet, sa corporalité ne peut se réduire à un corps se limitant à l'épiderme. Le corps humain — incluant sa dimension animale, végétale et hormonale — doit être compris comme une sphère spécifique de l'existence humaine, la sphère «matérielle». Parce que le corps humain est un domaine propre du *Dasein*, il est un des médias *"through which the world-disclosing life-relationships which constitute existence are carried out"*[483].

---

[482] Au plan culturel le crayon que j'utilise présentement, comme «outil», provient du fait que la fonction d'écrire date de l'époque des hiéroglyphes, de l'époque des cavernes. Or au plan individuel cela est différent nous l'avons vu : la main ou le sein, par exemple, ne sont pas des outils détachés ou détachables de la personne humaine dont l'existence, totalité unifiée, se manifeste physiquement ou somatiquement sous la dimension corporelle.

[483] M. Boss, *Psychoanalysis and Daseinsanalysis*, New York, Basic Books, 1963, p. 40.

Boss[484] dit : Mon corps est une sphère partielle de mon existence, elle-même liée à la spatialité et à la temporalité du *Dasein.* Si, par exemple, j'approche une chose corporellement je ne fais qu'accomplir corporellement un rapprochement à cette chose, une proximité qui était déjà là d'avance, potentiellement. Tel que mentionné préalablement, ce sont les sens qui permettent le prolongement du corps. La corporéité est donc cette sphère de l'existence rendue possible par ce qui peut être perçu par les sens c'est-à-dire le mode «matériel». Pour Boss :

> It is not the existence of our bodily sense organs that allows us to see, hear, taste, touch, and smell. Rather, we can have and use such things as sense organs only by virture of the fact that we are essentially receptive — seeing, hearing, smelling, tasting, touching — creatures[485].

En conséquence, de conclure Boss, les phénomènes de premier ordre, ceux constitués de nos perceptions à travers les organes des sens, sont appelés ontiques alors que ceux qui sont expérimentés et vus directement c'est-à-dire sans la médiatisation via les sens sont dits ontologiques. Bref, «voir» une table au sens ontologique, c'est re-connaître la présence, l'utilité et la signification de cette table comme étant une table[486].

---

484 M. Boss, *Op. cit.*, p. 44.

485 M. Boss, *Existential foundations of medicine and psychology*, New York, Arenson, 1979, p. 104.

486 M. Boss, *Ibid.*, pp. 162-163.

D'eux-mêmes, de conclure Boss[487], les organes sensoriels humains sont totalement incapables de percevoir et de saisir le contenu significatif de quelque chose[488]. Cependant, la capacité de perception éventuelle que nous pouvons opérer à travers nos relations peut être déguisée ou déformée au cours de notre enfance : *"It is often drewned out for children by the screaming of senseless parents"*[489]. Ainsi l'enfance, plus prioritairement la relation mère/enfant, constitue un moment normal et naturel, même si cela se fait sous le mode pathologique, où l'enfant actualise initialement son *Dasein,* son être-dans-le-monde, son être-avec-autrui.

> When a child conducts itself in the very same way its mother does, then the child has adjusted its behavior to the mother's behavior. The child actualizes its Da-sein in the ways it sees it mother carrying out hers. This is possible only if the child is itself a being-in-the-world and as such, a primordial ability to be together with others in a shared world. Without this absolute prerequisite, the child could never share its being-in-the-world to match its mother's. Whenever such engagement does take place, however, it is anything but psychic introjection of the mother. In letting its Da-sein be absorbed in its mother's way of being, the child dwells wholly outside itself in the maternal Da-sein. This means that the child has not yet been able to win its autonomy from the mother's being-in-the-world: it is not yet an independant Da-sein capable of carrying out its own ways of being. If the child is not yet being with an authentic and autonomous selfhood, it can hardly introject anything into itself[490].

---

487 M. Boss, *Ibid.*, p. 49.

488 Tout récemment j'écoutais sur les ondes de la radio d'État une entrevue avec une jeune fille de 16 ans, Rachelle. Elle avait été sourde jusqu'à 8 ans soit au moment où on lui installa un appareil lui permettant d'entendre. L'animatrice lui demanda ce qu'elle avait ressenti lorsqu'elle entendit pour la première fois. Elle répondit des vibrations, des sons; rien n'avait de sens pour moi. L'existence humaine n'est-elle pas une totalité psychosomatique qui se développe historiquement et chronoholistiquement?

489 M. Boss, *Ibid.*, p. 147.

490 M. Boss, *Psychoanalysis and Daseinsanalysis*, New York, Basic Books, 1963, p. 35.

Qu'importe cette relation mère/enfant, elle constitue une façon «authentique» pour l'enfant d'exister. Ainsi, n'a-t-il pas le choix de s'harmoniser pour s'équilibrer. Ici l'harmonisation se fera en fonction de l'ouverture-sur-le-monde même de la mère. Boss ne juge absolument pas la fausse guidance ou perception que la relation mère/enfant peut transmettre, il dit seulement que c'est une possibilité naturelle :

> Man's primary and immediate understanding of things as what they are naturally includes the possibility of also misunderstanding them [...] A possible misunderstanding of something is no argument against, but rather one for, the designation of man's being-in-the-world as primary and fundamental understanding and elucidating. Even in such mistaken perception, there still is understanding of something as something, though an erroneous one[491].

C'est parce que nous sommes jetés-dans-le-monde et que l'existence est un avoir-à-être que nous pouvons nous perdre. Parce que le *Dasein* a besoin des choses et des êtres pour s'illuminer il doit, surtout parce qu'il est jeté-dans-le-monde, jeté-avec-les-autres, tirer sa luminosité de ces autres :

> Dasein is "thrown" on particular beings as if it were the brightness of a light. Because Dasein cannot do without particular beings, because it is "thrown" on encountered particular beings, Dasein actually always falls prey at first to the particular beings it encounters, losing itself, so to speak, to them. But then Dasein very definitely is not what it is originally, not what it is in itself.[492]

---

491 M. Boss, *Ibid.*, p. 149.

492 M. Boss, *Op. cit.*, pp. 41-42.

De façon plus spécifique, nous avons vu, que pour Boss[493], cet avoir-à-être primaire se réalise d'emblée avec la mère et cela avec toute l'importance émotionnelle que cela revêt. Or, dans ce cas précis, la signification interpersonnelle d'une telle relation en est une qui tient au fait d'être protégé, sécurisé et aimé. Selon Boss[494], c'est là, dans les relations de la jeune enfance, que réside la sources des névroses. La névrose étant cette constriction, dans certains domaines de notre personnalité, de notre ouverture sur le monde donc dans notre incapacité existentielle à percevoir et à répondre librement à telle ou telle situation existentielle. Pour mieux camper ses assises au sujet de la névrose, Boss réfère à Heidegger et à Freud eux-mêmes à l'effet que nul ne peut échapper au fait que la préservation d'une ouverture libre et totale sur le monde soit, à des degrés divers, fondamentalement empêchée.

> Now, it may be asked, "If Da-sein is so primordially free and open and comes into its existence with an inherent capacity for making choices, then how does it happen that human beings may become so unfree, so neurotically impaired and imprisoned?" The answer to this question is simply that no one, not event the most fortunate among us, encounters a world which is always concerned with preserving the fundamental openness and freedom of human existence. Severely neurotic individuals in particular have been espcially influenced by their parents, friends, teachers and other people who have constantly told them what they must or must not do or say[495].

---

493 M. Boss, *Op. cit.*., p. 35.

494 M. Boss, *Psychoanalysis and Daseinsanalysis*, New York, Basic Books, 1963, p. 167.

495 M. Boss, "A seminar on Daseinsanalytic Psychotherapy", *The humanistic Psychologist*, vol. 16, n° 1, 1988, p. 71.

L'importance voire la dépendance qui caractérise la relation entre l'enfant et ses parents est telle, d'affirmer Boss[496], que c'est à cause de l'omnipotence que les enfants accordent à leurs parents qu'ils sont prêts, jusqu'à la puberté, à laisser la mort envahir leur existence sans aucune résistance.

Toute perturbation ou dysfonctionnement corporel sera donc déterminée par le caractère de la relation vitale empêchée de se développer selon la nature. L'existence n'étant rien de moins que l'ensemble de nos potentialités de relation à l'égard de tout ce que nous rencontrons sur notre parcours, «la maladie psychosomatique sera donc une réalisation fourvoyée de l'existence humaine»[497]. Toujours selon Boss, c'est précisément parce que tel *Dasein* ne se réalise pas normalement, ouvertement, par des relations conscientes, des relations de sentiment, d'action ou de pensée avec le milieu social, qu'il doit se rabattre sur la corporéité et y provoquer des phénomènes pathologiques.

> Une inflation pathologique du corps, médium somatique de l'existence, se produit, disions-nous, lorsque la réalisation d'une relation vitale s'enlise en lui ou lorsque la réduction du *Dasein* entier à une seule relation surcharge celle-ci à tel point que son actualisation corporelle se fait d'une manière exagérée[498].

L'expression «relations conscientes» utilisée ici par Boss demande à être clarifiée. Parce que la psychologie existentielle rejette le dualisme traditionnel corps/esprit, sa conception de

---

496 M Boss, *Existential foundations of medicine and psychology*, New York, Arenson, 1979, pp. 120-121.

497 M. Boss, *Ibid.*, p. 118.

498 M. Boss, *Introduction à la médecine psychosomatique*, Paris, PUF, 1959, pp. 176-177.

l'être-humain diffère de celle qui caractérise d'autres approches telle la psychanalyse. Ainsi, selon Boss, il nous est donné de comprendre que des relations qui ne sont pas conscientes sont la marque de relations privées d'une ouverture libre et claire :

> Une fois que l'homme a perdu la liberté de s'ouvrir au monde selon toutes ses possibilités, alors ses relations, ne pouvant s'actualiser normalement, se rabattent sur les sphères sombres et muettes de l'existence, dépourvues de paroles et de pensées, sur le domaine de la corporéité avant tout[499].

C'est dans ce sens précis que le sens de «relations conscientes ou de «processus inconscients[500]» de Boss doit être compris. Mieux encore, lorsque l'existence perd son caractère originel «d'être avec les choses» ou «avec autrui», lorsque telle ou telle action en rapport avec le monde ambiant a perdu son adéquacité «expressive», «impressionnante», «éloquente» ou «communicative»[501], lorsque l'individu ne peut plus se déployer dans un «pouvoir être soi-même»[502], nous pouvons affirmer que tel *Dasein* ne se réalise pas par des relations conscientes. Pour Boss, conscience s'identifie à présence libre et mature bref à l'exploitation maximale du *Dasein*. La perception ne se limite pas à une participation passive mais doit être compréhensive et, conséquemment, directive. Au niveau de l'approche existentielle l'inconscient doit être vu non pas comme un passé obturateur (ce que la psychanalyse soutient) agissant sous le mode de la causalité mais plutôt comme une incapacité

---

499 M. Boss, *Op. cit.*, p. 80.

500 Pour éviter toute méprise sur le terme «inconscient» il eut été plus juste d'avoir utilisé le terme de «processus non conscients».

501 M. Boss, *Ibid.*, p. 62.

502 M. Boss, *Ibid.*, p. 63.

d'imaginer un futur autre parce qu'en fait l'existence est essentiellement projective, c'est-à-dire tournée vers l'avenir, le futur bref une incapacité de motivation. C'est dans ce sens que Rollo May affirme :

> On ne doit pas considérer «l'inconscient» comme un réservoir d'impulsions, de pensées et de désirs que la culture rend inacceptables. Je le définirai plutôt comme *les potentialités à connaître et à expérimenter que l'individu ne peut pas ou ne veut pas actualiser*[503].

Il est impératif de nous rappeler ici que ces relations conscientes usuelles sont pour tous et chacun, à des degrés divers, marquées par l'inauthenticité du fait que la naissance nous affecte tous malgré nous de façon unique et à des degrés divers. Notons ici que si l'existence s'enclenche par l'inauthenticité la résolution permettra le passage à l'authenticité. Les processus inconscients, dont Boss fait mention, sont rattachés au mode du corps parce qu'en fait le corps à lui seul ne me permettra jamais «d'être-là», d'être-présent, sinon que quantitativement. En conséquence, si les individus veulent parvenir à maintenir et à recouvrer la santé ils doivent arriver à faire des choix qui soient éclairés voire libres. Or, pour pouvoir choisir librement il faut cette ouverture :

> This means that they must remain open at times in order for the possibilities to disclose themselves. Openness is the precondition for disclosure, and its opposite, closedness, is the ground for concealment.[504]

---

503 R. May, *Psychologie existentielle*, Paris, EPI, 1971, p. 22.

504 C. Hall et G. Lindsay, *Theories of Personality*, New York, Wiley & Sons, 1978, p. 328.

De même, nous pouvons dire, d'affirmer Boss[505], que là réside, dans des relations au monde s'enlisant dans le *Dasein,* l'une des conditions de genèse pour les symptômes appelés phénomènes «fonctionnels». Peu importe qu'un être humain ait des conflits ou non, ou soit exposé à des tensions anormales, l'essentiel est la manière dont réagit son *Dasein* et la zone choisie pour cela : actes conscients dans le monde ambiant ou processus inconscients dans la sphère somatique[506]. Le secteur corporel, atteint pathologiquement, d'ajouter Boss, est toujours déterminé en fonction de la relation vitale empêchée de se développer selon la nature humaine. Enfin, les phénomènes pathologiques découlant du «degré de refoulement» du *Dasein* oscilleront du domaine le plus intérieur de la corporéité jusqu'à celui des relations humaines et ambiantes les plus conscientes.

3.1.1.10 Névrose hystérique et névrose d'organe

Selon Boss[507], toutes les tentatives d'interprétation connues de la maladie se fondent sur une causalité mécanique, génétique, ou encore psychodynamique. Elles ne voient dans le corps humain qu'un instrument de décharge, un organe d'expression. Or, dans la perspective du *Dasein,* la corporéité humaine est une sphère même de l'existence, celle qui s'actualise de manière somatique. Ainsi, l'aspect corporel de l'être-humain ne sera jamais autre chose que le mode physique des relations au monde, actuelles et possibles, dans lesquelles s'actualise le

---

505 M. Boss, *Introduction à la médecine psychosomatique*, Paris, PUF, 1959, p. 62.

506 M. Boss, *Ibid.*, p.117.

507 M. Boss, *Ibid.*, p. 61.

Dasein. En conséquence, d'ajouter Boss[508], le mode du corps, la corporéisation, «dépend entièrement de semblables relations vitales et se conforme si rigoureusement aux manières d'exister qui l'imprègnent». Boss est catégorique : l'essence de tout phénomène, au plan de la santé comme de la maladie, *"is the undifferentiated reality that underlies physical and psychic events alike-human existence*[509]*"* laquelle ne peut être objectivée. Ainsi, le «choix de la névrose», apparaissant sous la forme d'une névrose organique ou d'une névrose hystérique, ne dépend pas de la diversité des comportements gênés ou empêchés dans leur réalisation mais uniquement du «degré de refoulement» d'une quelconque possibilité vitale, refoulement survenu au cours de l'actualisation, de la réalisation même de cette possibilité empêchée. Quant au refoulement lui-même Boss dira :

> Cette adaptation de certains comportements sur le plan de l'existence physique se réalise le plus vite dans le domaine des impulsions dites nerveuses et des mouvements musculaires leur obéissant. Elle est déjà plus lente dans le domaine hormonal, et la plus lente dans la région matérielle des structures anatomiques, des tissus[510].

Selon Boss, tous les troubles hystériques et une partie des troubles organo-névrotiques se fondent sur cet enlisement de possibilités vitales dans la corporéité. Le problème du choix de la névrose, de dire Boss[511], ne peut être compris seulement sur la base du *Dasein* dans sa totalité. Ce *Dasein*, en plus du fait de toujours être mon *Dasein*, est également et toujours co-

---

508 M. Boss, *Op. cit.*

509 M. Boss, *Ibid.*, p. 53.

510 M. Boss, *Introduction à la médecine psychosomatique*, Paris, PUF, 1959, p. 63.

511 M. Boss, *Psychoanalysis and Daseinsanalysis*, New York, Basic Books, 1963, p. 166.

Dasein un être-avec-autrui. En d'autres termes, le *Dasein* existe fondamentalement en relation avec les êtres et les choses avec lesquels je vis en commun.

Ainsi, les symptômes hystériques se produiront au moment où une possibilité vitale, sans disposer de son espace normal et légitime, pourra cependant s'exprimer par une mimique inadéquate et non consciente mais visiblement destinée à autrui. L'hystérique peut donc encore agir par des gestes, bien qu'il s'agisse de gestes perdus, dont le sens demeure caché. Tout geste cependant, de dire Boss[512], contient encore une réalisation potentielle de possibilités existentielles dans une sphère d'actions encore dans un certain rapport avec le monde ambiant avec autrui, donc toujours expressives, impressionnantes, éloquentes. Phénomène nettement social, l'hystérie exige un partenaire quelconque, sinon elle ne peut avoir lieu. Boss[513] nous rappelle également qu'il est fondamentalement impossible que des symptômes hystériques surgissent quand une personne est authentiquement capable de désirer, de vouloir ou de juger de quelque chose. Par contre, en ce qui a trait aux symptômes organo-névrotiques, toujours selon Boss[514], il y a un enlisement des modes existentiels dans le médium muet du corps. Toutefois, ici, l'existence n'a nullement perdu son caractère original d'«être avec les choses» ou «avec autrui». Mais ce caractère a été voilé de manière beaucoup plus prononcée; il ne s'actualise pas par des gestes aux yeux des autres mais par des phénomènes beaucoup plus

---

512 M. Boss, *Op. cit.*, p. 63.

513 M. Boss, *Existential foundations of medicine and psychology*, New York, Arenson, 1979, p. 181

514 M. Boss, *Introduction à la médecine psychosomatique*, Paris, PUF, 1959, p. 63.

tacites, moins communicatifs et ne faisant plus appel de façon évidente à un public concret. Que ce soit dans le mode hystérique ou organo-névrotique, nous constatons qu'il y a «enlisement de certaines possibilités vitales dans le domaine d'actualisation intracorporel». Ce qui importe en fait, ce n'est point le genre de la relation au monde en question, mais son degré de recouvrement, soit la mesure dans laquelle elle dévie de sa réalisation normale sur le plan d'un comportement social, mature et responsable. Voilà ce qui décidera si telle réaction enlisée dans le corps va produire un symptôme hystérique ou organo-névrotique[515].

Nous avons mentionné au début de cette section que dans la perspective du *Dasein* le corps ne devait en aucun cas être considéré comme un organe d'expression parce que cette notion d'«expression» réfère à une dualité entre ce qui exprime et ce qui est exprimé, thèse rejetée par la position existentielle. Boss[516] préfère le terme actualisation à celui d'expression.

---

515 Pour bien comprendre prenons l'exemple suivant. Supposons que lors d'une conversation avec quelqu'un la situation fait en sorte que je me sente fortement agressé. Il est très probable que si je suis incapable de garder le contrôle de la situation je développe un symptôme hystérique. Par exemple, il se peut que je devienne «rouge de colère». De toute évidence il y a dans ce «devenir rouge de colère» une forme de langage. Si ce langage n'est malheureusement pas compris et que l'autre est mon conjoint ou ma conjointe il se peut, pour de nombreuses raisons tout aussi valables les unes que les autres, que je me taise. Ainsi un symptôme hystérique semblable peut, en fonction de son importance, être facilement contourné ou masqué. En cancérologie ce point de vue de Boss est entériné par Riley†. Ce dernier affirme : "The forces of stress are limited, and in many circumstances are unable to exert any significant pathological effects. In other cases, however, the physiological and hormonal changes induced by emotional or anxiety stress are capable of shifting an immunological equipoise to produce lethal consequences. Various tumor-host models have been used to illustrate these circumstances" (†V. Riley, "Psychoneuroendocrine influences on immunocompetence and neoplasia", *Science,* vol. 212, 1981, p. 1109). Notons également le point de vue d'Eysenck†† : "When the immune system gets out of balance and overreacts to exogenous agents, it is highly probable that the body will react by developing an allergy. If, however, the immune system underreacts to outside or exogenous agents, the reaction of the body il likely to be the development of a severe chronic infection. In any case, the system is constantly fluctuating in its quest for the steady state" (††H.J. Eysenck, "Anxiety, learned helplessness and cancer : A causal theory", *Journal of anxiety disorders,* vol. 1, 1987, p. 98).

516 M. Boss, *Op. cit.,* p. 74.

Dans l'actualisation de l'existence humaine, dans tel ou tel phénomène, il s'agira toujours de l'événement, de la réalisation, de l'incarnation — spontanée et immédiate — du *Dasein* lui-même, en tant que ce phénomène. Que ce soit sous forme de névrose hystérique ou de névrose d'organe, il y a, pour Boss, actualisation de l'événement du *Dasein.* Une note capitale en ce qui touche le cancer du sein. Boss soutient que les responsabilités qui incombent à l'existence féminine fait en sorte que celle-ci comporte une certaine complexification dans son actualisation existentielle. En conséquence de conclure Boss :

> L'existence féminine, avec la grossesse, l'allaitement, les soins aux nourissons, se voit bien plus profondément entraînée dans la sphère d'actualisation physique que ce n'est le cas dans la maturité sexuelle de l'homme[517].

Toutefois Boss reconnaît que dans la culture qui est la nôtre, les névroses d'organes ont pris le dessus sur les névroses hystériques. Pour expliquer le fait que, culturellement, davantage répondent de façon organo-névrotique Boss donne comme réponse : *«La grande isolation de l'homme, une congélation, pour ainsi dire, si bien que chacun, dans ses problèmes essentiels, est renvoyé à lui-même*[518]*.»* À cette complexité du «choix de la névrose», complexité liée à l'individu lui-même et au milieu culturel dans lequel il vit, s'ajoute le problème du «choix spécifique de l'organe».

---

[517] M. Boss, *Introduction à la médecine psychosomatique*, Paris, PUF, 1959, p. 86.

[518] M. Boss, *Ibid.*, p. 73.

3.1.1.11 Le «choix» de l'organe

Dans un premier temps clarifions ce que Boss entend par «choix d'organe». La formule «choix de l'organe[519]» nous induit doublement en erreur de dire Boss. Le concept «d'organe» conduit à considérer le corps humain comme une somme de parties. En outre, le terme «choix» laisse croire à quelque sujet plus ou moins conscient ou à quelqu'instance plus ou moins inconsciente qui posséderait la compétence et le pouvoir de désigner l'une ou l'autre des parties corporelles. Par ce passage, Boss nuance cette expression «choix de l'organe» pour nettement se démarquer des conceptions desquelles diffère l'approche existentielle.

En second lieu, il importe, avant de présenter l'interprétation existentielle du «choix spécifique d'organe» impliqué dans telle ou telle perturbation corporelle, de nous rappeler les processus physiologiques et pathologiques reliés à la détérioration d'un organisme. Le *Dasein* se manifeste via la corporéité humaine. Toutes les relations au monde constituant l'existence humaine imprègnent le corps en tant qu'indispensable médium de leur réalisation. Par le biais des sens, la corporéité s'adapte rapidement et rigoureusement aux relations avec le monde auxquelles se résume l'existence humaine en un moment donné. Cela se fait plus lentement au plan hormonal et encore plus lentement au niveau des structures anatomiques et des tissus. Rappelons-nous que cette détérioration pathologique est toujours fonction du «degré de refoulement» d'une quelconque possibilité vitale dans son actualisation. Selon Boss, le seul

---

[519] M. Boss, *Ibid.*, pp. 74-75.

critère valable pour expliquer pourquoi tel organe est impliqué dans tel trouble est l'aspect «physique» de la relation, c'est-à-dire la ou les parties du corps impliquées dans la relation objet d'enlisement :

> En réalité, c'est toujours, et primairement une certaine relation au monde — à laquelle, à tel instant, l'existence d'un homme se résume — qui détermine entre autres le mode du corps. Ainsi, prédomineront dans l'actualisation les parties du corps qui appartiennent à cette relation au monde ou, mieux : que cette relation est physiquement[520].

Toujours selon Boss :

> Les régions corporelles du *Dasein* manifestant des troubles sont uniquement et toujours celles qui appartiennent de façon immédiate à la relation au monde pathologiquement interrompue. Celle-ci est elle-même ces régions somatiques[521].

Permettons-nous ici une digression pour mieux saisir l'ampleur des propos de Boss. Koupernik[522], parlant de la fonction et de l'organe, affirme que la fonction n'est pas seulement une «résultante» - comme l'indiquait la vieille idée spatialiste et mécaniste, qui assimilait structure et fonction à machine et fonctionnement et concevait la mise en route de la fonction comme celle d'un moteur au terme de sa fabrication - elle est aussi une «actualisation directe de thèmes potentiels ou instinctifs». Elle ne prend vie que dans un contexte à la fois dynamique

---

520 M. Boss, *Introduction à la médecine psychosomatique*, Paris, PUF, 1959, p. 75.

521 M. Boss, *Op. cit.*, pp. 76-77.

522 C. Koupernik et R. Dailly, *Développement neuro-psychique du nourrisson,* Coll. "SUP", Paris, PUF, 1972, p. 21.

et relationnel. Elle a un sens, un but. Elle n'est pas cependant une «anticipation» au sens où l'entendait la non moins vieille doctrine évolutionniste, selon laquelle la fonction «créait» l'organe. De nombreux travaux relatifs à la myélinisation ont montré que structure neurologique et fonction constituent au cours du développement un ensemble indissociable. «L'une ne peut exister sans l'autre... elles sont intégrées en fait dans une relation spatio-temporelle». Autrement dit, il serait aussi artificiel de concevoir un temps préalable où la structure nerveuse s'organise avant la mise en oeuvre de la fonction que de concevoir l'inverse.

Ces citations de Boss fournissent la réponse au sujet du pourquoi tel organe est impliqué dans telle situation. Pour en clarifier davantage le sens, examinons cet exemple que donne Boss[523]. Notre corporéité est faite de telle sorte que la main, autant que le coeur, peuvent être l'un ou l'autre impliqués en tant que phénomènes physiques partiels dans des comportements de haine ou d'amour. Pour cette raison, ces deux organes réagissent aussi bien à l'état d'âme de l'amour qu'à celui de la haine. Ainsi, le coeur des amoureux bat plus fort et leurs mains cherchent à caresser. De même, le coeur de ceux qui se haïssent bat plus fort et leurs mains ne cherchent-elles pas à blesser? En d'autres termes, c'est précisément parce que toute relation vitale «est aussi» tel ou tel secteur physique, qu'un tel secteur, ou partie du corps et eux seuls, apparaîtront comme phénomènes pathologiques lors d'une surcharge hystérique ou organo-névrotique[524]. C'est dans cette perspective que nous pouvons affirmer qu'une femme «n'a pas»

---

523 M. Boss, *Op. cit.*, p. 77.

524 M. Boss, *Ibid.*, p. 75.

un sein «elle est»[525] son sein. L'humain n'est pas un robot mécanique composé de différentes pièces. Le sein n'est jamais un organe isolé. Toutefois, dans certaines situations existentielles hautement significatives, ce sein peut actualiser une totalité unifée soit positivement, soit négativement. L'allaitement, par exemple, en est le *summum* positif alors que le cancer du sein en est le *summum* négatif. Qui plus est le lait produit à l'allaitement n'est-il pas déclenché par le contexte relationnel affectif hautement intime entre la mère, ou la nourrice, et l'enfant.

Dans un tel contexte, toute approche de la maladie devra considérer l'humain dans sa totalité, c'est-à-dire corps et esprit, sinon, de dire Boss[526], le véritable trouble existentiel ne disparaît pas nécessairement par une harmonisation artificielle de la seule sphère corporelle. Refuser à l'humain, par des interventions somatiques uniquement, l'autre des sphères d'actualisation, pourrait fort bien le contraindre à être l'objet d'une répercussion d'une façon d'autant plus pathologique dans le domaine existentiel de l'âme. Et Boss d'affirmer :

> Toutes les méthodes somatiques de "conversion" sont en définitive un traitement de prothèses. Comme elles ne peuvent porter le malade à une acceptation existentielle propre et à une réalisation normale des rapports vitaux nouveaux et plus divers, la "guérison" dépend de l'application continuelle des substances — prothèses [...] Et c'est toujours le cas, lorsque l'application des prothèses hormonales équivaut à contraindre le patient à un "Dasein" plus ample, dépassant les modestes possibilités humaines du malade. Les hormones plongent littéralement le "Dasein" dans une surtension telle que ces

---

525 M. Boss, "The conception of man in natural science and Daseinsanalysis", *Comprehensive Psychiatry - Official Journal of The American Psychopathological Association,* vol. 3, n° 4, 1962, p. 221.

526 M. Boss, *Introduction à la médecine psychosomatique*, Paris, PUF, 1959, p. 95.

> patients vont à la dissociation ou même à l'effondrement [...] Un traitement soucieux de ne pas en rester aux palliatifs et aux prothèses doit tendre à une "conversion" dans un sens existentiel[527].

Selon Boss, un être guéri, à la manière de la *Daseinsanalyse*, est un être qui est parvenu à établir des relations libres et foncièrement inébranlables envers tout ce qui vient «à sa rencontre, et à s'ouvrir au sens caché de notre existence actuelle». Pour Boss, une chose est claire, il ne suffit pas seulement de guérir. Une guérison sera véritable si elle implique un savoir solide quant au salut de l'âme.

Ce que nous devons retenir de tout ceci consiste en ce que l'être-humain est un *ek-sistent*, un étant dont l'être est de toujours se trouver placé «en dehors de» lui-même. Son existence consiste en l'ensemble des possibilités d'entrer en relation avec ce qui vient à sa rencontre; il est ses relations actuelles et possibles. Toutefois, certaines de ces relations peuvent ne pas se réaliser normalement, ouvertement, librement. Ainsi, une inflation pathologique du corps, ce médium somatique de l'existence tri-dimensionnelle, se produira lorsque la réalisation d'une relation vitale s'enlise en lui ou lorsque la réduction du *Dasein* entier à une seule relation surcharge cette dernière à un tel point que son actualisation corporelle se fait d'une manière exagérée. Plus que jamais un tel *Dasein* est lié à la temporalité sans un rapport pathologiquement faussé. En conséquence, l'anxiété liée à la temporalité, sa fin éventuelle par la mort, est à son paroxisme. Ainsi, tout symptôme, en général, doit être perçu comme étant en lien avec un conflit dans l'ordre de la temporalité. Ainsi Hora affirme :

---

[527] M. Boss, *Op. cit.*, pp. 175-176.

> The discomfort of anxiety and of symptoms in general is connected with man's tendency to be in conflict with time. This conflict can be experienced as tension, restlessness, irritability, or depression. Striving to make time pass faster can give rise to agitation, anxiousness, and various somatic concomitant manifestations (such as heart palpitations, hunger, trembling). Striving to cling to the past and ward of the future can lead to melancholia, depression, as, for instance, in mourning which Heidegger so aptly calls "remaining with the dead[528]."

Voilà donc la genèse de la maladie psychosomatique selon l'approche existentielle; une réalisation fourvoyée de l'existence humaine.

3.1.1.12 Sur la thérapie

Boss est catégorique : il faudra toujours tendre à une «conversion», à une «modification du milieu[529]» arrachant l'homme à son état d'âme morbide pour le mener à un *Dasein* ouvert, normal et épanoui selon sa nature. Cette thérapeutique «modificatrice du milieu», cette *«Umstimmung»* constitue, selon Boss, un postulat aussi ancien que l'art médical lui-même. L'analyse du *Dasein* doit être vue comme une approche psychothérapeutique *«which is concerned with freeing individuals to fulfill their own-most possibilities for being with things and other human beings[530].»* Une liberté qui ne signifie pas *«découverte de la puissance d'une volonté interne»* mais plutôt une présence continue dans l'acquisition d'une liberté à percevoir, à comprendre et à répondre à ce qui viendra éventuellement à notre rencontre.

---

528 T. Hora, "Psychotherapy, existence, and religion" dans Ruitenbeek, H.M., *Psychoanalysis and existential philosophy,* New York, E. P. Dutton & Co., 1962, p. 75.

529 M. Boss, *Introduction à la médecine psychosomatique*, Paris, PUF, 1959, p. 175.

530 M. Boss, "A seminar on Daseinsanalytic Psychotherapy", *The humanistic Psychologist*, vol. 16, n° 1, 1988, p. 62.

> Therefore, psychotherapy has only one aim : to give back to neurotically crippled men and women their own original openness and freedom, to return to them what was already "their own", that is, the freedom to dispose of the possibilities of their own existence in a way that accords with their own-most perceptions, judgements and talents.[531]

L'analyse existentielle est catégorique à l'effet qu'on ne pourra jamais libérer l'homme face à l'anxiété existentielle de base. Toutefois, cela est possible en ce qui a trait à l'anxiété névrotique qui constitue un échappatoire à l'anxiété existentielle de base. Boss[532] affirme que le fait pour quelqu'un de reconnaître qu'il a besoin d'aide est un incitatif plus grand et plus valable que la souffrance elle-même. C'est dans le courage de reconnaître sa faiblesse que commence la guérison comme c'est dans le courage de reconnaître sa finitude, jusqu'à sa propre mort, que s'enclenche une existence authentique. La décision psychothérapeutique doit donc être motivée essentiellement et fondamentalement par la reconnaissance d'un besoin d'aide de la part de l'analysé. Ce que le thérapeute doit faire, de dire Boss, c'est de libérer le patient de ce cercle vicieux dont l'origine remonte à notre penchant naturel, inévitable, à nous abandonner aux êtres et aux choses du monde et cela plus précisément depuis la très jeune enfance avec comme conséquence inévitable l'inauthenticité initiale du *Dasein*. L'analyse a donc pour but de briser ce cercle vicieux, de libérer le patient, de lui redonner son autonomie, son indépendance afin que d'être-jeté-inauthentique il devienne être-de-projet-authentique. La psychothé-

---

531 M. Boss, *Ibid.*, pp. 71-72.

532 M. Boss, "Is psychology rational or rationalistic?" *Review of existential psychology and psychiatry*, vol. 19, n° 2-3, 1985, pp. 115-127, trad. De "Ist die Psychotherapie rational oder rationell", Bern, Benteli Verlag, 1982, p. 118.

rapie est souvent conséquente à une épreuve. Or l'épreuve n'est-elle pas un appel à l'être-en-faute originel. Dans ce contexte la résolution est, selon Heidegger, le fait de se garder prêt à affronter l'angoisse et se projeter ainsi sur l'être-en-faute le plus propre soit l'inévitabilité de la mort.

Pour que cette «conversion» se produise, Boss nous signale que le lien analysé/analyste doit être basé sur une confiance, une dévotion et un amour (*eros*) indéfectibles :

> It is this imperturbable, loving devotion on the part of the analyst which arouses an equally imperturbable trust in the analysand. This trust is the phenomenon which supports the possibility of genuine cure. Only on this basis can the patient's ability to love come to the fore; only from here can it be extended to ever-growing realms. The analyst's unflagging devotion and the patient's trust, which is its answer are therefore the conditions for liberation from neurotic bondage[533].

Que le passé d'un analysé fasse en sorte que ce dernier aime de façon inauthentique voire «immature» ne signifie aucunement que les sentiments de ce dernier sont faux, ils sont toujours vrais quoique souvent «immatures». Ainsi, il est normal que l'analysé commence à aimer l'analyste de telle façon. Toutefois, dès que l'analysé expérimente, généralement pour la première fois de sa vie, que quelqu'un lui permet d'être ce qu'il est et l'accepte ainsi, la relation est en même temps pour lui plus authentique donc plus «mature».

---

[533] M. Boss, *Psychoanalysis and Daseinsanalysis*, New York, Basic Books, 1963, p. 252.

> He loves him all the more because the analyst permits him to unfold more fully his real and essential being within a safe, interpersonal relationship on the "playground of the transference". As we have said before, all genuine love of one person for another is based on the possibility which the loved one offers to the lover for a fuller unfolding of his own being by being-in-the-world with him.[534]

Selon Boss, *"the highest aim of all psychotherapy is and remains the opening up of our patients to an ability-to-love-trust*[535]*."* La maturité de l'existence humaine doit, à juste titre, correspondre à cette capacité d'ouverture à pouvoir aimer librement avec confiance, dans leur contexte de référence, tous les êtres et les choses qui surgissent dans notre existence. La rencontre psychothérapeutique, plutôt l'être-avec-autrui ou mieux encore la co-existence qui s'y passe, devient donc, qualitativement et quantitativement, «l'instrument» psychothérapeutique par excellence où l'analysé peut réaliser l'enlisement de ses possibilités existentielles. Au contraire de la psychanalyse, l'analyse existentielle s'oppose à une attitude flegmatique impertubable de la part du psychothérapeute. Pour Boss, toute relation analysé/analyste est une relation interpersonnelle authentique, originelle et unique en soi. En conséquence, l'ouverture de l'analyste, plus précisément sa chaleur et son accueil inconditionnel, constitue un atout majeur parce qu'en fait ce dont l'analysé a besoin, et généralement c'est la première fois que cela s'offre pour lui, c'est d'une relation qui soit humaine au plus haut point avant d'être technique.

---

534 M. Boss, *Ibid.*, pp. 239-240.

535 M. Boss, "Anxiety, guilt and psychotherapeutic liberation", *Review of existential psychology and psychiatry*, vol. 20, n° 1-3, 1990, p. 87.

> Every kind of analytic permissiveness, however, presupposes the correct handling of so-called countertransference. First of all, the analyst must realize that there can be no psychoanalysis without an existential bond between the analyst and the analysand. Analysis without countertransference is an illusion in a double sense. An emotional relationship with the analysand can never be avoided by the analyst; it can only be denied by him (the objectifying attitude of indifference is itself a mode of emotional relating). Second, "countertransference" is not transference at all, but a genuine emotional interhuman relationship between the analyst and his patient, distorted as it may be.[536]

Boss mentionne également que la personne neurotiquement inhibée s'ouvrira au cours de la relation thérapeutique seulement si l'analyste la rencontre à un niveau qui est le sien.

> With seriously ill people, this is seldom the conceptual, intellectual-verbal level. Therefore, the analysand-analyst relationship must often resemble that of an infant to his mother, if the relationship is to be genuine and appropriate to the patient's condition [...] But in the analyses of adults we have failed to recognize sufficiently that we are dealing with people who have remained small children at the very core of their existence, and to whom we can genuinely relate only if we meet them on that same child-like level[537].

Bref, l'analysé doit pouvoir se révéler dans une atmosphère de complète sécurité. L'analyse existentielle explore le passé parce qu'elle reconnaît que si l'analysé peut réussir à révéler son passé librement et totalement sans cette crainte, comme celle qui pourrait surgir face à sa mère ou à son père, il s'ensuit que cette relation même devient une expérience fondamentale. Selon Boss :

---

536 M. Boss, *Op. cit.*, p. 258.

537 M. Boss, *Ibid.*, p. 242.

> [...] Daseinsanalysis regards every analysand — analyst relationship as a genuine relationship sui generis. It is genuine despite the fact that the patient is carrying it out in a limited fashion owing to his mental distortions [...] The analysand — analyst relationship, like any other, is grounded in the primary being-with of one man and another, which is part of Dasein's primary world-disclosure. The patient's "transference love" is not, therefore, "really" love of someone else — the father, for instance. It is love of the analyst himself, no matter how immature and distorted it may appear because of the limitations of perception imposed on the patient by his earlier relationship to his real father [...] fearing that they might be thought unscientific, they [plusieurs thérapeutes] use this terminus technicus to assuage their uneasiness and to protect themselves against "real" love or hate[538].

L'importance fondamentale de pouvoir se révéler, pour l'analysé, correspond, selon notre compréhension, à ce que Heidegger exprime lorsqu'il affirme que «l'ouïr est constitutif du dire». Ainsi, une parole d'abord liante (celle de l'analysé avec l'analyste) devient parole déliante (celle de l'analysé avec les personnes originellement significatives dans son existence) puis parole re-liante (celle de l'analysé avec lui-même) et enfin parole agissante (celle de l'analysé avec autrui). Ce n'est pas parce que l'analyse existentielle parle du passé qu'elle doit être perçue comme fixée au passé. Bien au contraire, le passé n'existe plus comme tel; toutefois le raconter ou le re-présenter dans ce contexte relationnel de confiance psychothérapeutique en fait une expérience fondamentale *hic et nunc* orientée vers le futur. Bref, si la relation psychothérapeutique, fondée sur la parole, a été une occasion pour l'analysé d'interpréter sa propre existence, d'en «voir» le sens, il s'ensuit que toute expérience future, l'existence comme telle, peut également apparaître pour l'analysé comme une expérience de découverte-de-sens.

---

[538] M. Boss, *Ibid.*, p. 125.

Somme toute, l'analyse existentielle s'intéresse au «pourquoi» parce que le passé nous précède. Ainsi, lever le voile sur le passé c'est du même coup lever le voile sur le futur. De la sorte, le «pourquoi» sur le passé se meut en un «pourquoi pas» sur le futur : pourquoi la façon d'être-au-monde et d'être-avec-autrui ne pourrait-elle pas être autre? Pourquoi pas? Tel que le mentionne Ruitenbeek[539], si la névrose peut réduire l'existence humaine, passée et présente, à un niveau biologique et végétatif (*Umwelt*) ou à un niveau relationnel qui soit caractérisé par la mondanité voire le «on» public heideggerien (*Miltwelt*), l'analyse existentielle, pour sa part, est centrée sur la vision du monde de l'analysé (*Eigenwelt*). En ce qui nous concerne l'*Eigenwelt* puise à l'Esprit. Or, cette vision du monde ou cette ouverture-sur-le-monde voire cette «perception» du monde constitue la porte sur le futur et c'est dans le futur que la guérison peut et doit survenir.

Enfin, rappelons-nous que dans l'approche existentielle, le modèle psychothérapeutique doit être perçu comme anticipatif (*anticipating care ou care = sorge = soutenir)* plutôt qu'interventionniste *(intervening care)*. Qui plus est ce «soutenir» doit englober le soutenir-d'avance de notre propre mort. Pour la majorité des analysés l'entourage a été parfois malheureusement trop interventionniste, lui subtilisant du même coup une partie de son autonomie, de son indépendance et cela dans certains champs de son existence. Boss[540] nous dit : «être interventionniste», comme psychothérapeute, c'est décider pour l'analysé,

---

539 H.M. Ruitenbeek, *Op. cit.*, p. XVIII.

540 M. Boss, *Op. cit.*, p. 73.

silencieusement ou de façon voilée, de ce qu'il doit faire, comme la mère avec l'enfant. Toute domination ou dépendance ne doit pas être remplacée par une autre si haute soit-elle. Cela ne doit pas être. Dans le modèle anticipatif, l'analyste n'intervient pas, il est plutôt en avant, en attente du patient dans sa possibilité de se révéler ici maintenant. Cette attente anticipative de l'analyste consiste donc dans l'intérêt, le souci de base (*basic care* = *sorge*) de l'autre comme personne. Ainsi, *"It helps the other person to become, in his caring, transparent to himself for his existence»*[541].

3.2 ÉTAPE 6 DE L'ANALYSE DE CONTENU : INTERPRÉTATION DES GRANDES POINTES DE L'OBSERVATION

Nous voici rendu au moment d'interpréter les grandes pointes d'observation, ces constats qui découlent de la partie empirique de cette recherche. Le tableau N° 3 du chapitre II nous fournit la synthèse de ces grandes pointes d'observation. Quant au chapitre III, il nous présentait les grandes lignes de la théorie de Boss. Dans la prochaine étape nous allons donc reprendre chacune des grandes pointes observées qui nous apparaissent dominantes et tenter de les interpréter en lien avec la théorie de Boss. Selon notre compréhension, la dépendance affective que nous avons constatée dans ces récits de vie constitue le point nodal. En d'autres termes, c'est cette dépendance affective qui vient perturber la manière d'être-au-monde, d'être-avec-autrui. Bref, la dépendance affective s'identifie à ce que Boss et Heidegger appellent disposition affective et, plus spécifiquement, du type insécurité. Nous tenterons d'abord de

---

[541] M. Boss, *Ibid.*, p. 73.

comprendre quelle est l'origine et comment se structure la dépendance affective avant de voir comment elle agit sur nos façons d'être-dans-le-monde et d'être-avec-autrui.

3.2.1 Théorisation sur la structure et l'origine de la dépendance

Qu'entendons-nous par dépendance? Comme nous sommes au niveau de l'analyse existentielle posons-nous d'abord la question : où commence la dépendance dans l'existence humaine? Nous expliquerons d'abord comment la dépendance est culturelle, comment elle est liée au fait qu'un monde nous précède. Comment en tant qu'être-dans-le-monde nous devons nous harmoniser, par manque d'in-dépendance, à ce même monde. En second lieu, nous tenterons de démontrer à quel point le foetus, en tant qu'organisme primaire, est dépendant au plan physiologique, entendons au plan hormonal. Comme nous sommes dans l'interprétation des grandes pointes de l'observation nous verrons comment, chez les femmes que nous avons analysées, la dépendance colle à la logique bossienne.

3.2.1.1 Période d'avant-conception

La dépendance s'instaure déjà avant même la conception. À cette époque, elle se nomme contingence. En termes heidegerriens, nous pourrions dire que la facticité parentale voire maternelle est en elle-même un signe précurseur de la facticité de l'enfant à naître. La naissance est subie. Chaplin disait : ce qui est inévitable ce n'est pas la mort mais la naissance. De ce fait, nous sommes jetés-dans-le-monde. Il y aurait donc, avant la conception même,

certains facteurs dans la personnalité de la mère pouvant déjà anticiper sur l'enfant éventuel à être conçu. Schillbeeckx affirme que :

> Dès la prime enfance, avant même que la conscience personnelle ne se soit faite jour, le processus de socialisation est amorcé. Acquérir la qualité de personne, c'est s'acculturer[542]

L'évolution est inséparable de l'acculturation. Qu'il soit conscient ou pas, volontaire ou pas, ce processus d'acculturation se manifeste toujours, selon Herkowits[543], dans les limites sanctionnées par un système de coutumes. Nous endossons cette position mais nous allons plus loin en affirmant que l'expérience vécue de la mère, sa *Lebenswelt,* est déjà, comme terreau, une pré-figuration du processus de socialisation qui attend l'enfant à venir. Selon Donval :

> La liberté n'est pas subjective, elle est objective aussi; il existe une force des choses, un ensemble de conditions sociales [surtout à la naissance] qui marquent les libertés humaines[544].

Bowlby[545] est également très explicite à ce sujet. Pour lui, l'existence de problèmes affectifs chez les parents est le facteur principal qui oblige à des mesures d'assistance pour les enfants. Ces problèmes actuels chez les parents ont aussi mis en lumière le rôle que l'enfance malheureuse des parents eux-mêmes joue dans le déterminisme de leurs problèmes présents c'est-à-dire à titre des parents. Bref d'affirmer Bowlby :

---

542 E. Schillbeeckx, *Op. cit.*, p. 92.

543 M.J. Herkovits, *Les bases de l'anthropologie culturelle,* Paris, Payot, 1963, p. 29.

544 A. Donval, *La morale change - Pourquoi la morale change-t-elle? La valeur de l'homme,* Coll. "Dossiers libres", Paris, Cerf, 1976, p. 11.

545 J. Bowlby, *Soins maternels et santé mentale,* Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé - Série de monographie, n° 2 (deuxième édition), 1954, p. 88.

> Les relations entre parents et enfants présentent naturellement des modalités nombreuses et peuvent devenir pathogènes sans qu'il s'agisse forcément d'une carence provenant d'une séparation ou d'une réjection complète[546].

En d'autres termes, il y a toujours un monde avant notre conception. Nous ne diminuons pas le rôle de l'homme dans ce «pré-monde» de l'enfant, ni dans les périodes subséquentes d'ailleurs mais reconnaissons un rôle primaire et capital à la mère. Primauté dans la période pré-conceptuelle certes, mais davantage durant les périodes pré-natale (intra-utérine) et post-natale (0 à 1 an)[547]. De façon générale, en tant qu'être-dans-le-monde et être-avec-autrui, nous dépendons, culturellement, du monde qui nous précède et, concrètement, des personnes qui nous précèdent. Ce passage ayant trait au lien entre la culture et la dépendance est très important. Nous estimons que le rôle de la mère avec l'enfant (grossesse et période de 0 à 1 an) est primordial et fondamental en ce qui a trait au développement global de celui-ci. Toutefois, nous insistons à l'effet que la mère, même si elle revêt cette importance, n'est pas pour autant responsable des conséquences de son intervention. Elle porte l'enfant au plan physique, certes, mais elle porte aussi tout le poids culturel. Si, par exemple, une femme a été élevée dans un milieu où la discrimination était «normale» et acceptée culturellement, nous pensons que la culture a sa part de «responsabilité». La mère porte en elle son histoire

---

546 J. Bowlby, *Op. cit.*, p. 13.

547 Nous tenons à souligner un point fort à ce moment de notre recherche. Tout au long de cette thèse, nous parlons souvent du rôle de la mère. Dans notre esprit, il est sans équivoque que toutes les mères ont donné, donnent et donneront toujours à leurs enfants leur meilleur et ce meilleur devient le meilleur par le fait même. Le meilleur idéalisé qui devrait être donné est théorique et déraciné de l'expérience humaine. En conséquence jamais nous ne portons de jugement nous ne faisons que constater des faits démontrés en clinique parce que chaque mère a toujours donné le meilleur d'elle-même.

personnelle héritée qui est aussi une histoire culturelle héritée; bref il n'y a de personne que culturellement. Qui plus est, histoire personnelle et histoire culturelle qui constituent nos origines sont subies. Voilà pourquoi nous affirmons que si les origines de telle femme sont subies elle ne peut être responsable du cancer du sein qu'elle a développé. L'enfant sera donc l'héritier, inévitablement, de l'histoire culturo-personnelle de sa mère, c'est de là qu'il tirera sa vision première du sens de l'existence. Toutefois, cette vision héritée sera elle-même sujette à l'acculturation subséquente à sa naissance. À cet égard, le tissu culturel de notre société évolue de plus en plus vite. Par conséquent, les stress auxquels les femmes sont soumises, et tous les humains en général, sont de plus en plus forts et les individus de moins en moins préparés. L'existence humaine réside dans la capacité de percevoir et de répondre significativement à tout ce qui se présente pour en saisir le sens. Dans cette perspective, d'affirmer Boss, *"then human being is existentially dependant on what adresses or burdens it*[548]". La dépendance est, selon notre compréhension, une conséquence et une condition de l'être-avec.

Prenons par exemple le cas d'une jeune femme dont la mère a subi une thrombose juste après sa naissance. La mère est demeurée paralysée toute sa vie durant. Cette jeune femme nous a été référée après son unique et premier enfant parce que le médecin ne pouvait plus rien faire face à sa santé qui se détériorait et aux symptômes psychologiques qui surgissaient. Le bilan psychologique et somatique était très lourd. La patiente était hantée d'idées délirantes. Entre autres, elle croyait que sa mère s'était réincarnée dans son enfant. Si elle marchait le long

---

[548] M. Boss, *Psychoanalysis and Daseinsanalysis*, New York, Basic Books, 1963, p. 209.

des routes elle se sentait pourchassée par les camions de peur qu'ils quittent la route pour venir la happer comme pour l'arrêter de marcher, comme sa mère. Elle était maladivement anxieuse et sujette à de nombreuses phobies majeures. L'enfant que cette femme venait de mettre au monde était déjà, dans une certaine mesure, «dépendant» du vécu existentiel de sa mère et cela même avant sa conception.

Nous tenterons maintenant de comprendre la dépendance propre à la période d'avant-conception à partir des récits analysés. Nous avons constaté qu'au niveau de cancer du sein le rapport au père était, généralement, toujours perturbé; soit que celui-ci souffre d'alcoolisme, donc absent psycho-affectivement, ou, paradoxalement, qu'il soit surprotecteur. Or, nous savons, de par la psychologie, que la personnalité alcoolique est marquée par l'amplification de certains traits particuliers de la personnalité dont la schizo-paranoïa duquelle découle, entre autres choses : la peur, le doute, la méfiance, l'insécurité, l'anxiété et l'asocialité. Quant aux mères de ces femmes elles montrent d'importantes problématiques. Ou bien qu'elles soient trop «molles», «surprotectrices» ou «peureuses» ou, à l'inverse, «autoritaires», «malignes», «sévères», «rejetantes», «froides», «rigides», «brusques», «directives» ou «expéditives». Quoiqu'il en soit le couple qui prévalait avant même la naissance de ces femmes n'était pas le gage d'un équilibre psycho-affectif. Nous ne disons pas qu'il n'y avait pas d'amour entre les parents de ces femmes, nous disons que l'amour peut parfois s'exprimer de façon pervertie, même là, elle demeure une harmonisation quoique insidieusement nocive. Selon Boss, le but

de l'existence humaine est d'exploiter ses possibilités au maximum. Or, pour qu'une femme passe son existence avec un alcoolique ou toute autre problématique démontrant un niveau d'insécurité équivalent (père incestueux, adultère, irascible, etc.), ne faut-il pas en déduire que la disposition affective de cette femme est, à tout le moins, équivalente à celle du mari[549].

3.2.1.2 Période pré-natale

Abordons maintenant la période pré-natale, celle-là même qui s'étend de la conception à la naissance. La majorité des auteurs, tant en psychiatrie qu'en psychologie de l'enfance, sont unanimes à l'effet que cette période est déterminante pour l'enfant. C'est également l'opinion courante en physiologie. Bowlby mentionne ceci :

> On est frappé ici par les ressemblances de l'embryologie de l'esprit humain avec le développement embryologique du corps humain au cours duquel les tissus indifférenciés réagissent à l'influence des organisateurs chimiques. Pour que la croissance s'opère sans heurt, les tissus doivent être soumis à l'influence des organisateurs adéquats, au cours de certaines périodes critiques. Il en est de même pour le développement mental : il semble nécessaire que la psyché indifférenciée soit soumise au cours de certaines périodes critiques, à l'influence de l'organisateur psychique : la mère[550].

La vulnérabilité du foetus est également corroborée à travers l'ethnopsychiatrie via Georges Devereux pour qui les organismes les plus archaïques demeurent les plus vulnérables :

---

549 Mon ex-belle-mère avait l'habitude de dire «chaque torchon rencontre sa guenille».

550 J. Bowlby, *Op. cit.*, p. 61.

> Ce sont les organismes les plus archaïques qui sont le plus rigidement structurés. Une amibe réagit toujours totalement [sa structure se disloquera complètement en fonction de son manque d'adaptabilité][551].

En d'autres termes, cela revient à dire que dès sa conception, l'enfant à venir est soumis à une forme de dépendance, qui, cette fois, est plus directe au plan relationnel. À cet égard, Boss est très clair : *Since a child's relationship to the mother represents the primary and most significant gate to the mode-of-being of love into existence*[552].

Nous avons déjà mentionné le rôle des émotions sur le corps humain. En conséquence, certaines habitudes ou comportements de la mère peuvent directement influencer le foetus. Nous pensons par exemple à la médicamentation, à la consommation d'alcool ou de drogue, au tabagisme. Dans un autre ordre d'idée nous pensons également aux événements émotionnels que peut subir la mère tel par exemple la perte d'un être cher durant la grossesse. Il est indéniable que tous les exemples précités marquent directement (ex. : cigarette) ou indirectement (ex. : deuil), le foetus dans sa relation symbiotique (Eysenck) le reliant à la mère. Ainsi, le foetus s'harmonisera, comme organisme-indifférencié-en-relation-sous-le-mode-symbiotique, en fonction de ce monde, de son monde. Selon Koupernik et Dailly[553] nombre d'auteurs ont

---

551 G. Devereux, *Essais d'ethnopsychiatrie générale,* Paris, Gallimard, 1970, p. 58.

552 M. Boss, *Meaning and content of sexual perversions. A Daseinsanalytic approach to the psychopathology of the phenomenon of love,* New York, Grune & Stratton, 1949, p. 50.

553 C. Koupernik et R. Dailly, *Op. cit.*, p. 387.

déjà démontré qu'un climat affectif «insalubre» durant la grossesse peut être la cause essentielle de désordres fonctionnels, voire pour certains d'anomalies cérébrales organiques.

L'exemple suivant porte à beaucoup de réflexion en rapport avec l'importance de cette étape. Un jour une femme se présente à notre clinique. Elle était référée pour trouble cardiaque. Cette femme, élevée en campagne, avait dû arrêter l'école vers 12 ans pour «torcher ses frères», disait-elle. À seize ans elle fit sa première sortie en ville, pour aller danser. À la fin de la soirée un compagnon de danse lui offre de la reconduire. Elle accepte. Malheureusement pour elle, l'homme la conduit sur une route isolée et la force à «faire l'amour». Comble de malheur, première relation forcée (c'était un viol ni plus ni moins) et elle est enceinte. L'avortement étant hors de question à cette époque le père la force, lui aussi à sa manière, à se marier. Lorsqu'elle parla de sa grossesse durant les entrevues cette femme nous racontait qu'à tous les soirs elle s'assoyait et pendant des heures elle se caressait le ventre en souhaitant avoir un garçon «pour pas qu'il ait de la marde comme moi». Elle a eu une fille. Cette fille est homosexuelle. La mère avait toujours su que sa fille serait homosexuelle. Un tel exemple laisse très songeur quant à la notion d'hérédité! Se pourrait-il que le foetus ait réagi, comme l'amibe (Devereux), à l'organisateur chimique et psychique (Bowlby) qu'était la mère? Où commence et où se termine l'hérédité?

Référant de nouveau aux cas de cancer du sein que nous avons analysés nous pouvons facilement imaginer la dynamique pré-natale (les neuf mois de grossesse) qui peut prévaloir.

Nous avons signalé, préalablement, que l'immaturité affective des parents place, d'avance, l'enfant à venir face à un monde semblable avec comme conséquence, l'insécurité qui en découle. Cela n'est pas différent durant la grossesse, même que cette période en est une, comme jamais, de grande vulnérabilité pour l'enfant et ce tant au plan hormonal, physique que psychologique. Nous avons vu à quoi correspondaient les couples parentaux de ces femmes. Or, pour dispenser une certaine maturité affective au plan maternel[554], il faut, à tout le moins, avoir acquis une certaine maturité au plan affectif conjugal. Or, pour avoir atteint ce niveau de maturité affectif au plan conjugal il faut d'abord avoir conquis une certaine autonomie, indépendance et maturité affective.

3.2.1.3 Période post-natale

En physiologie et en psychopathologie il y a un principe qui dit que plus les traumatismes subis sont lointains dans le temps, là où l'organisme est le plus archaïque, plus les séquelles seront importantes. Au niveau de la psychiatrie et de la psychologie infantile, il va sans dire que la période post-natale est la plus étudiée. L'importance accordée à cette période se comprend assez facilement du fait que nous avons là, avec le nourrisson, un être humain généralement, potentiellement et pleinement capable de vivre son être-dans-le-monde, son être-avec-autrui.

---

554 Nous ne portons aucun jugement sur ces femmes-mères, nous exposons comment les choses se sont passées. De plus, notre débat porte sur des aspects psychologiques telle, entre autres, la maturité affective relationnelle. Si celle-ci est défaillante chez la mère il se peut très bien que la mère surinvestisse l'enfant. Selon Boss, le surinvestissement tout comme le désinvestissement, conduisent au même résultat : sentiment d'infériorité, d'insécurité et de peur.

De plus le nourrisson est accessible à l'observation directe. La période de 0 à 6 ans et, plus particulièrement celle de 0 à 1 an, a été étudiée par nombre d'auteurs. Freud fut l'un des premiers à en découvrir l'importance : il nomma cette période celle du stade oral. Pour Erikson, elle représente le stade confiance/méfiance. Mélanie Klein a fortement contribué à éclairer nos connaissances de deux sous-stades; le sous-stade schizo-paranoïde (vers 4-5 mois) et le sous-stade dépressif vers le septième mois. Au cours de cette période, le stade de la première enfance pour Bowlby, l'enfant est dépendant de sa mère dont le mécanisme mental fonctionne pour lui. Encore là, nous tenons à préciser que pour Bowlby le fait que la mère soit très importante n'exclut pas pour autant, à un degré différent pour chacun, que l'entourage immédiat ne soit pas significatif pour le développement affectif de l'enfant :

> [...] la richesse et les bénéfices de ces liens affectifs tissés entre la mère et l'enfant au cours des premières années, et dont l'aspect est modifié à l'infini [nous sommes uniques] par les relations avec le père et les frères et soeurs, président, selon les psychiatres d'enfants, au développement du caractère et de la santé mentale[555].

D'ailleurs Koupernik soutient, suite à des observations cliniques, que même le charme du nourrisson peut jouer sur la relation de celui-ci avec son entourage :

> La composante personnelle joue également. Nous avons déjà signalé le rôle favorisant des atteintes cérébrales (qui sont à l'origine d'une homéostase psychique précaire), nous avons évoqué les travaux d'Alex Thomas et coll. Il reste un facteur de charme personnel.

---

555 J. Bowlby, *Op. cit.*, p. 12.

> Certains nourrissons suscitent des émotions positives, notamment parmi le personnel féminin, toujours prompt à sentir et agir de façon maternelle, d'autres tristes, pâles, maigres, laids, indifférents, sont effectivement victimes d'une carence en dehors des soins matériels[556].

Pour Bowlby[557] le développement de l'enfant est donc inextricablement lié «aux premiers liens affectifs **humains**[558] de l'enfant». L'existence, selon Boss, voire l'ek-sistence est sortie de soi, elle est ex-périence et cela est vrai autant pour le nourrisson que pour l'adulte. Or les expériences qui constituent la trame de notre existence peuvent comporter un aspect négatif et limiter notre ouverture libre sur le monde. Tel est également la position de Ricoeur :

> La lumière que jettent sur chaque expérience particulière — et qui lui confèrent du sens — une tradition d'expériences, un champ d'interprétation ou un horizon de sens donnés est un facteur positif : ce n'est qu'ainsi qu'une expérience particulière neuve peut devenir compréhensible. Mais elle a aussi un aspect négatif : elle limite notre compréhension, donne à l'interprétation des expériences neuves un caractère sélectif et oriente *a priori* l'interprétation des expériences neuves qui surgissent[559].

Ainsi la dimension spirituelle est omniprésente chez l'humain, toutefois, elle peut être empêchée dans sa capacité initiale à dévoiler le sens original des phénomènes de mon existence. Boss affirme :

---

556 C. Koupernik et R. Dailly, *Op. cit.*, p. 356.

557 J. Bowlby, *Ibid.*, p. 66.

558 Si nous soulignons le mot **humain** c'est pour montrer que Bowlby lui-même n'exclut pas les périodes antérieures à la naissance, ce sur quoi nous avons insisté préalablement chaque fois que nous utilisons l'expression culturo-personnelle.

559 P. Ricoeur, *Finitude et Culpabilité*, Paris, Aubier, 1960, p. 47.

> Man's primary and immediate understanding of things as what they are naturally includes the possibility of also misunderstanding them [...] A possible misunderstanding of something is no argument against, but rather one for, the designation of man's being-in-the-world as primary and fundamental understanding and elucidating. Even in such mistaken perception, there still is understanding of something as something, though an erroneous one[560].

English déclare *"Lying in his crib, the new-born infant has no sense of right and wrong*[561]". Bowlby soulève une importante question : à ce stade de la post-natalité l'enfant est-il plus dépendant physiologiquement ou psychologiquement?

L'enfant est certes moins dépendant de la mère physiologiquement parce qu'un enfant peut très bien être pris en charge par une mère soit adoptive soit substitutive où, parfois même, son état physique et physiologique *(Umwelt)* ne s'en portera que mieux. À tout le moins l'inverse est très rare si l'on se fie à tous les critères reliés à l'adoption d'enfant. Il semble toutefois qu'au niveau psycho-affectif[562] ce soit autrement. Dolto[563] nous signale que déjà à sept jours le foetus reconnaît sa mère par le son. Plusieurs tests ont également confirmé que le jeune nourrisson reconnaissait sa mère à son odorat. Selon Koupernil et Dailly[564] l'«interdépendance» liée à cette période est dite simple et tend à se complexifier (différenciation) à chaque âge. Cette

---

560 M. Boss, *Psychoanalysis and Daseinsanalysis,* New York, Basic Books, 1963, p. 35.

561 W.F. English, "An integrationist's critic of and challenge to the Bobgan's view of counseling and Psychotherapy", *Journal of Psychology and Theology,* vol. 18, n° 3, 1990, p. 232.

562 Nous employons le terme psycho-affectif et non pas psychologique pour signaler une différence : psychologique référant à la relation avec le monde environnant en général et psycho-affectif référant pour nous à la relation de l'enfant avec la mère ou tout autre intime.

563 F. Dolto, *Sexualité féminine : libido/érotisation/frigidité,* Paris, Scarabée et Compagnie, 1982.

564 C. Koupernik et R. Dailly, *Op. cit.,* p. 19.

complexification favorise chez l'enfant l'apparition d'activités de détour face aux obstacles et aux frustrations qui contribuent largement à son développement intellectuel[565] et affectif; l'établissement de liens, de relations, de communication dont il résulte que la satisfaction de ses besoins n'est plus laissée au hasard; enfin une diminution parallèle de sa dépendance par rapport à l'entourage. Toujours selon ces auteurs en ce qui concerne le monde extérieur l'objet libidinal est, aux divers stades de développement tel que décrits par Freud, essentiellement la mère ou son substitut d'où «l'importance de la *relation mère-enfant* dont R.A. Spitz a si minutieusement décrit la genèse à partir d'observations directes[566]. Selon Piaget[567] ce sont J.M. Baldwin et Wallon qui, les premiers, ont investigué la période indifférenciée du nourrisson à la mère qu'ils ont nommée «adualisme». Il y aurait, au cours de cette période, aucune conscience du moi, c'est-à-dire aucune frontière entre le monde intérieur ou vécu et l'ensemble des réalités extérieures. Piaget mentionne que Wallon décrit cette indifférenciation en termes de symbiose où toute l'affectivité demeure centrée sur le corps et l'action propres puisque seule une dissociation du moi et de l'autrui ou du non-moi permet la décentration affective comme cognitive.

D'abord il importe de savoir ici qu'un stade important marque le développement de l'enfant; le stade schizo-paranoïde vers 4 à 5 mois (Klein). Dans la schizophrénie le problème est qu'il

---

565 Cette notion de développement intellectuel ou mental correspond au courant développé par Piaget et son école de pensée.

566 C. Koupernik et R. Dailly, *Ibid.*, p. 29.

567 J. Piaget et B. Inhelder, *La psychologie de l'enfant,* Coll. "Que sais-je?", Paris, PUF, 1966, p. 21.

y a «dissociation» radicale et persistante des affects et du corps. Or, ce stade correspond à la fin de la période d'adualisme. Il importe également de rappeler ici que lors d'importantes recherches portant sur les rapports entre structure fondamentale et cancer Marty avait constaté que 67% des femmes atteintes de cancer du sein démontraient un niveau de mentalisation discutable. En d'autres termes, les facultés intellectuelles ou mentales, en lien avec la pensée formelle ou hypothético-déductive, semblent atténuées[568]. Au plan théologique voire spirituel c'est ce que Carter soutient lorsqu'il parle d'«immaturité chrétienne».

Quel est donc le point de vue de Boss à ce sujet? Rappelons-nous que, selon Boss, la relation mère/enfant constitue un moment privilégié et prioritaire où l'enfant actualise initialement son *Dasein,* son être-dans-le-monde, son être-avec-autrui.

> When a child conducts itself in the very same way its mother does, then the child has adjusted its behavior to the mother's behavior. The child actualizes its Da-sein in the ways it sees it mother carrying out hers. This is possible only if the child is itself a being-in-the-world and as such, a primordial ability to be together with others in a shared world. Without this absolute prerequisite, the child could never share its being-in-the-world to match its mother's. Whenever such engagement does take place, however, it is anything but psychic introjection of the mother. In letting its Da-sein be absorbed in its mother's way of being, the child dwells wholly outside itself in the maternal Da-sein. This means that the child has not yet been able to win its autonomy from the mother's being-in-the-world: it is not yet an independant Da-sein capable of carrying out its own ways of being. If the child is not yet being with an authentic and autonomous selfhood, it can hardly introject anything into itself[569].

---

568 P. Marty, "Dispositions mentales de la première enfance et cancers à l'âge adulte", *Psychothérapies,* vol. 4, 1988, p. 278.

569 M. Boss, *Psychoanalysis and Daseinsanalysis,* New York, Basic Books, 1963, p. 149.

C'est parce que l'enfant est un être-dans-le-monde, quoique non encore suffisamment indépendant ou autonome pour exploiter son *Dasein,* qu'il doit se laisser absorber par le *Dasein* de la mère. Cette absorption dans le *Dasein* maternel est une dépendance naturelle[570]. La dépendance constitue donc un mode-d'être initial naturel. Elle est une manière de s'adapter, de s'harmoniser; initialement sous le mode de la dépendance et de l'absorption, ultérieurement elle doit se réaliser sous le mode de l'indépendance et de la différenciation. Que la mère soit rejetante ou surprotectrice l'enfant n'a pas le choix; non pas qu'il ne veut pas, il ne peut tout simplement pas. Il faut pouvoir avant de vouloir. Il y a donc deux façons, paradoxales lorsque comparées, qui peuvent faire en sorte que la sécurité du nourrisson ne soit pas adéquatement comblée. La première, nous la connaissons, c'est l'abandon, le sentiment de rejet maternel ou la carence affective en général. L'autre façon, tout aussi néfaste, est la surprotection. Nous avons déjà relevé le fait qu'en ce qui concerne les parents des femmes analysées nous avons constaté que lorsque le père n'était pas alcoolique, froid et psycho-affectivement absent, il était surprotecteur. Cela allait également pour la mère. Bref, la juste mesure est généralement absente. Les deux conduisent à l'anxiété et, ultérieurement, à la peur. Le schéma serait le suivant : difficulté d'adaptation affective de la mère face à l'enfant → sentiment de culpabilité de la mère → surprotection par la mère → persistance de la situation de dépendance de l'enfant.

---

570 Selon Narramore†, et pour Boss également, le rôle de la mère est crucial compte tenu qu'au plan évolutif l'humain a peut-être grandement gagné au plan culturel mais il a perdu au niveau instinctif. Le nourrisson est l'un des mammifères dont la dépendance maternelle est la plus longue (†S.B. Narramore, cité par Maloney, H.N., *Wholeness and Holiness : Reading in the Psychology/Theology of mental Health,* Grand Rapids, Michigan, Baker Book House, 1983, p. 132).

Il n'est pas surprenant que des enfants expérimentant la surprotection à ce point n'arrivent jamais à se libérer de la dépendance. Démesurément surprotégé, un enfant en arrive à se croire bon en rien donc sans estime de soi ni amour-propre. Notons ici qu'un comportement que l'on pourrait appeler «paradoxal», la délinquance, peut aussi survenir. Dans notre esprit ce comportement n'est pas aussi paradoxal qu'on peut le croire. La délinquance a sa dépendance, ne serait-ce que dans le mal dont elle a besoin pour se réaliser ou de l'autorité qu'elle nécessite pour lui confirmer sa situation délinquante. Non pas surprenant non plus, qu'ultérieurement, dans leur existence cette dépendance à la mère ou au père soit remplacée par une dépendance quelconque mais harmonisante, du moins en apparence, au plan existentiel.

Pour Boss, le lien mère/enfant n'est pas seulement un lien physique et quantitatif au plan des soins nourriciers et autres. Ceux-ci, très importants, sont toutefois subordonnés au lien psycho-affectif interrelationnel parce que de foetus qu'il était l'organisme est devenu personne humaine, être-dans-le-monde, être-de-relation.

> Contempory child psychology has shown how crucially important the emotional attitude of the mother is for the quantity and quality of the milk it receives from her. If understanding of what is encountered were not of the essence of human nature, this importance [of emotional attitude] would be hard to explain. The mother can be importantly "meaningful" to the infant in this interpersonal sense only if his initial relationship to her is one of opening up and discovering meaning - in this case the meaning of being sheltered or loved by her[571].

---

571 M. Boss, *Psychoanalysis and Daseinsanalysis,* New York, Basic Books, 1963, pp. 34-35.

Nous avons eu en clinique le cas d'une jeune femme dans la trentaine. À l'anamnèse, nous constatons que cette dernière a été adoptée à l'âge de deux mois et prise en charge par d'excellents parents. Elle souffre d'un problème d'obésité majeur. Cette femme est célibataire, sans enfant, et n'a jamais eu d'expérience sexuelle quelle qu'elle soit. Elle a toujours eu le contrôle de sa vie et affirme également avoir été heureuse, toutefois. Or voilà que depuis quelques mois sa vie prend une tournure différente. Elle n'est plus sûre de rien, elle a le sentiment d'avoir passé à côté de quelque chose, de s'être trompée. Or, ce qui s'annonce à l'horizon c'est le décès éventuel de sa mère adoptive dont elle dépend maladivement. En fait cette jeune femme, qui a toujours refusé de faire quoi que ce soit pour retracer sa mère biologique, dans le but inavoué de nier son adoption voire plutôt son abandon, vit une angoisse existentielle très importante : «J'ai besoin d'aide monsieur» qu'elle affirma lors de son premier entretien. La mort de la mère adoptive, même si cette mort n'est qu'annoncée éventuellement, laquelle l'a surprotégée et rendue dépendante bien involontairement rappelons-le, constitue une épreuve menaçante pour cette jeune fille dont l'âge psycho-affectif se situe entre zéro et un an. L'anamnèse a d'ailleurs démontré que cette mère adoptive, poussée par les meilleures intentions du monde, avait adopté la patiente parce qu'elle-même venait de perdre un enfant du même âge : deux endeuillées rejointes par leur souffrance réciproque. À cela s'ajoute le fait qu'elle doit continuer à vivre dans un monde d'adulte et aussi qu'elle doive vivre avec le constat d'illusion, d'inauthenticité qu'a été sa vie jusqu'à ce jour. La culpabilité qu'elle vit n'est pas

envers sa mère adoptive, elle a toujours été bonne pour elle, mais c'est face à elle-même dans la prise de conscience de s'être illusionnée et «d'avoir passé à côté» comme elle le dit. Mais qui à l'âge de deux mois peut décider de son avenir et penser passer à côté?

La dépendance humaine est inéluctable et elle «commence», culturellement parlant, avant même la conception à travers le monde qui nous précède. Elle s'actualise sous une forme que l'on pourrait appeler d'hormono-dépendance durant la grossesse (Panksepp et les endorphines). Enfin, après la naissance, elle se transforme pour prioriser la dimension psycho-affective. Quoiqu'il en soit comme le *Dasein* du nourrisson est «absorbé» par celui de la mère, biologique ou substitutive, il s'ensuit que la dépendance est également spirituelle. Exister, peu importe l'âge, implique toujours les trois dimensions que sont la spiritualité, la corporalité et le psychologique. Cet argument peut aider à comprendre l'étonnant constat de Steingraber à l'effet qu'il y avait des corrélations significatives entre les maladies des enfants adoptés et leur famille adoptive mais non avec leur famille biologique. Qui plus est la dépendance est inéluctable. Ainsi, certains peuvent demeurer dans une dépendance maladive, à un être ou à un objet, au point de «manquer»[572] en quelque sorte leur existence propre.

---

572 Nous atténuons le terme «manquer» parce que dans notre compréhension de la réalité humaine une existence n'est jamais manquée comme telle, elle s'enclenche certainement et inéluctablement de manière inauthentique au départ mais il faut comprendre, tel qu'Heidegger le préconise, cette inauthenticité dans le sens de privatif voire d'être-en-faute. Par conséquent, dans une certaine mesure, personne ne manque jamais son existence parce que le passage à l'existence authentique, via la résolution heideggerienne, ne doit jamais être compris dans le sens où l'inauthenticité serait un moindre monde. L'authenticité existentielle est une transformation de l'inauthenticité. En théologie nous disons qu'elle n'est pas une nouvelle vie mais bien une vie nouvellement vécue.

Qu'en est-il des femmes analysées? Boss dit : quand un enfant se conduit de la même manière que sa mère alors cet enfant ne fait qu'harmoniser son *Dasein* à celui de la mère. Plus cruellement certains disent que l'enfant s'identifie à l'instance parentale la plus frustratrice. Le *Dasein* est toujours *co-Dasein*, être-avec-autrui, peu importe cet autrui, sain ou malsain. Ainsi, n'est-il pas surprenant de constater que les couples formés par les femmes atteintes de cancer du sein que nous avons analysés sont tout aussi problématiques que ceux de leurs parents. L'existence est projective et la capacité de se projeter, en avant, est fonction du passé parce qu'en fait le passé nous précède. Or, le passé c'est aussi la disposition affective et si cette disposition affective s'identifie à l'insécurité ce n'est pas surprenant que telle ou telle femme se retrouve, bien involontairement, dans une relation conjugale semblable à celle des parents donc tout aussi, sinon davantage, insécurisante. Ainsi, reproduire le couple parental, en terme d'insécurité, est, paradoxalement et illusoirement, sécurisant. L'harmonisation est «réussie».

3.2.1.4 Dépendance - Relation avec la mère, le père et anxiété

Le propre de l'existence dépendante c'est qu'elle n'a plus d'existence propre. Le *Dasein* se voit absorbé soit par le *Dasein* d'autrui (dépendance affective ou relationnelle) ou soit englouti dans le rapport à un objet ou idéologie. En ce qui concerne cette thèse c'est la relation à autrui qui nous intéresse. Le degré de la pathologie accordé à la dépendance affective est en lien avec l'incapacité à pouvoir exploiter librement et harmonieusement toutes les potentialités existentielles, à l'extrême, de se fermer sur soi comme dans la psychose. Ainsi, la

naissance, parce qu'elle oblige à se perdre dans l'autre, dans la mère, serait un état comparable à la situation psychotique. La naissance est subie. Le nourrisson n'a pas le choix de s'abandonner aux êtres et aux choses de son monde. Établissons que pour les premiers douze mois de son existence (disons plus ou moins avant la marche soit au début de la fonction symbolique) le nourrisson dépend totalement, comme nous l'avons noté préalablement, de la mère, ou de toute autre personne substitutive. La mère peut être présente physiquement sans pour autant l'être psycho-affectivement. Or, si telle est la situation, il se peut que, dès qu'il le peut, l'enfant s'attache davantage à certains personnages de son monde : père, frère, soeur, oncle, tante, grands-parents. Dans ce contexte le père peut se voir accorder un rôle de très grande importance peut-être situationnellement, supérieur à celui de la mère car en fait il doit combler les besoins psycho-affectifs d'un enfant déjà fragile, pour ne pas dire méfiant, dans sa capacité d'être-avec-autrui (stade 0 à 1 an = confiance/méfiance).

Nous admettons d'emblée que l'enfant naît avec tout un potentiel. À la naissance, l'exploitation de ce potentiel est impossible même si le nourrisson utilise l'ensemble de ses cinq sens rapidement. L'utilisation des sens ne lui fournit pas la capacité d'introspection *(insight)*. Rappelons-nous Piaget et la pensée hypothético-déductive vers l'âge de douze ans. Rappelons-nous que, selon Boss, les sens sont phénoménologiquement seconds. Bref sa vie ne lui appartient pas et ce bien malgré lui. Naître c'est devenir être-au-monde mais par la négative.

C'est ce à quoi Heidegger[573] réfère quand il parle de l'être-en-faute. Comprenons être-en-faute de deux manières; premièrement de n'avoir pas su pouvoir choisir (la position propre à l'enfance) et, deuxièmement, d'avoir pu choisir parce que dès que je peux choisir librement je suis toujours placé devant le fait de devoir renoncer à d'autres possibilités. Comprenons ici faute non pas au sens de culpabilité mais au sens privatif. L'être-en-faute propre sera la prise de conscience de la mort comme possibilité de l'impossibilité d'être. En d'autres termes, je viens au monde à zéro (0%), (où je retournerai avec la mort) en termes de capacité à exploiter mes possibilités, et la mère, pour un certain temps, représente le cent-pour-cent (100%). Or, qui dit dépendance dit vulnérabilité[574], qui dit vulnérabilité dit insécurité et qui dit insécurité dit anxiété.

Voilà donc en quoi le rôle parental, maternel et paternel, consiste : combler l'insécurité du nouveau-né et par le fait même son anxiété, ici, l'anxiété existentielle de base qu'Heidegger nomme angoisse *(Angst)*. Selon Heidegger l'anxiété est associée à la sécurité propre à la relation de l'enfant à la mère : *"Anxiety is associated with the security of togetherness with the mother. This is a characteristic being-with, not a formal unity*[575]*"*. Pour William B. Rogers,

---

573 M. Heidegger, *Op. cit.*

574 Donnons en exemple le cas d'une personne ayant malheureusement centrée toute son existence sur l'argent. L'annonce d'un effondrement boursier, même éventuel parfois, n'en a-t-elle pas conduit plusieurs au suicide. Dans ce seul exemple toute la séquence se constate : dépendance → vulnérabilité → insécurité → anxiété. Marcel avait les mots exacts pour démontrer cette séquence : «Souffrir, ne serait-ce pas être atteint dans ce qu'on a, pour autant que ce qu'on a est constitutif de ce qu'on est?» - G. Marcel, *Homo Viator : Prolégomènes à une métaphysique de l'espérance,* Paris, Aubier, 1963, pp. 123-124.

575 M. Heidegger, "On adequate understanding of Daseinsanalysis - Excerpts from Martin Heidegger's Zollikon Teaching", *The Humanistic psychologist,* vol. 16, n° 1, 1988, p. 89.

lequel reprend Horney, l'anxiété de base s'enracine dans les expériences de l'enfance et plus particulièrement dans des relations de rejet et de froideur parentales :

> Basic anxiety is the experience of being "isolated and helpless in a world conceived as potentially hostile" and is rooted essentially in the childhood experience of rejection and subservience to the control of cold or erratic parental figures. It is out of such experiences, Horney believes, that one attempts to develop an idealized image of himself as competent to overcome such helplessness, though of course the recognition of the degree of self-deception contained in such an idealized image may even further intensify a later experience of neurotic helplessness[576].

Né d'un clonage un «enfant» ne vivrait plus, selon la pensée d'Heidegger, d'anxiété. La question qui surgit toutefois n'est-elle pas la suivante; «né» du clonage cet enfant est-il vraiment un humain? Que devient l'anthropologie? L'insécurité reliée à la naissance est donc à son maximum compte tenu que la dépendance est ici même à son maximum. Du même coup, il nous est aisé de comprendre que l'anxiété reliée à la naissance sera à son maximum également. Boss nous fournit un peu plus de précision sur le sens du mot anxiété :

> After all, is not the very word "anxiety" itself connected with the Latin "angustia" and the Greek "ancho", meaning "narrowness", tying off and strangling? The very word anxiety thus seems to point to the fact that existence, attuned to anxiety, can see itself only as something throttled[577].

---

576 W.R. Rogers, "Theology and Therapy", *dans* Maloney, J.H., *Wholeness and Holiness : Reading in the Psychology/Theology of mental Health,* Grand Rapids, Michigan, Baker Book House, p. 92.

577 M. Boss, "Anxiety, guilt and psychotherapeutic liberation", *Review of existential psychology and psychiatry,* vol. 20, n°s 1-3, 1990, p. 83.

Toujours selon Boss[578], l'anxiété est conséquente à un manque d'indépendance, elle est *"the unavoidable consequence of the weakness and lack of independance that characterize every neurotic inhibition of maturation"*. Reprenant Heidegger, Boss clarifie sa position sur l'anxiété :

> Heidegger names anxiety solely as one of a number of possible basic attunements and single it out only where the ontological determination of human existence is concerned. Anxiety is, in fact, especially signifiant in this one respect, that in anxiety human being-in-the-world is thrown back entirely on itself. Consequently, existence is most aware of itself in anxiety. This does not mean that the phenomena of the human world might not reveal themselves off more meaningfully and richly in some other, more open, attunement, like loving someone or something[579].

Boss est catégorique, l'anxiété comme disposition fondamentale de l'existence humaine, est aussi la plus importante limite au plan de la spatialité et de la temporalité; elle conduit à l'isolement, à la séparation, de l'être-dans-le-monde. Dans ce sens, elle est la contrepartie de l'amour[580] :

> Thus, anxiety, significant as a barrier, represents the essential anthropologic counter pole of love. It covers up completely the fullness, brondness, depth, rootedness, infinity and eternity of existence which are inherent experiences of the mode of being of love[581].

---

578 M. Boss, "Is psychology rational or rationalistic?", *Review of existential psychology and psychiatry,* vol. 19, n°s 2-3, 1985, p. 119.

579 M. Boss, *Existential foundations of medicine and psychology,* New York, Arenson, 1979, p. 129.

580 Ceux qui ont subi une rupture amoureuse entre autres savent à quel point cette affirmation se vérifie.

581 M. Boss, *Meaning and content of sexual perversions. A Daseinsanalytic approach to the psychopathology of the phenomenon of love,* New York : Grune & Stratton, 1949, p. 47.

S'il est du propre du nourrisson de vivre l'anxiété à son maximum, c'est en partie dû à sa position de dépendance, elle-même conséquente à un niveau d'immaturité naturellement maximale. Si l'anxiété est la contrepartie de l'amour, cela vient peut-être confirmer la dépendance affective du nourrisson lequel est plus en situation d'être-aimé que d'être-aimant (le verbe). Or, le but de toute existence humaine mature est d'exploiter ses potentialités existentielles au maximum. Cela sera possible, selon Boss, uniquement si l'on a su adéquatement combler l'insécurité du nouveau-né. Dans certains cas, la situation psychotique de l'enfant peut passer à une position psychotique manifeste (l'autisme infantile par exemple?) Dans d'autres cas, l'état psychotique peut demeurer latent et être l'objet d'une névrose de couverture. Boss mentionne que plusieurs modes d'être (transformantes, éclairantes = *enlightening)*, en ce qui a trait à l'amour *"ran parallel to the psychotic development*[582]*."* Dans de telles circonstances, d'ajouter Boss, il n'est pas surprenant de constater une complète rémission de la maladie. Ceci pourrait aider à mieux comprendre la névrose de couverture et également certaines guérisons dites miraculeuses lesquelles ne sont pas ici l'objet de notre propos. Ainsi, la réminiscence de certains événements existentiels émotionnels éprouvants peuvent être l'occasion de résurgence de cette fragilité psychotique. La disposition affective *(mood)* place le *Dasein* devant son passé. La résurgence en est une en ligne droite avec la situation psychotique. De là l'importance d'agir au plan psychothérapeutique dans le but d'éviter le passage de la situation psychotique à la position psychotique. Pour la grande majorité, la

---

[582] M. Boss, *Ibid.*, pp. 121-122.

troisième voie qui s'offre est la névrose. Si nous sommes majoritairement névrotiques c'est tout simplement parce que nos origines n'ont jamais été ni ne seront jamais parfaites. Selon Boss, psychose signifie fermeture globale alors que névrose signifie constriction dans certains modes d'expression de la personnalité. Physiologiquement, anthropologiquement, socialement et psychologiquement, nous sommes voués inéluctablement et initialement à la dépendance et, par voie de conséquence, pour la grande majorité, à la névrose. Reconquérir notre autonomie c'est mettre fin à nos dépendances pathologiques. Mettre fin à nos dépendances ne signifie pas renoncer à entrer en relation, ce serait passer de la symbiose à la psychose donc tout aussi pathologique. Cela signifie refuser de se perdre dans l'autre, être ou objet quel qu'il soit : enfant, conjoint, mère, etc.

En lien avec les récits de vie que nous avons analysés nous ne pouvons que constater à quel point la relation de ces femmes avec leur mère et père est marquée par l'instabilité et l'immaturité affective (du rejet à la surprotection)[583]. Il est également remarquable que l'enfance de ces femmes est marquée par une multitude de problématiques somatiques; Boss les nomme «symptômes hystériques». Or, ces symptômes hystériques sont un langage, quoique déformé, d'un malaise existentiel évident. Le domaine existentiel de ces enfants était celui de la famille, plus spécifiquement, de la relation parentale.

---

583 En fait il n'y a pas de différence entre le rejet d'un parent/la surprotection par l'autre, et le rejet par les deux parents parce que la surprotection conduit au même résultat chez l'enfant : sentiment d'infériorité d'où l'insécurité consécutive.

3.2.1.5 Conception de l'amour et phobie

- **Sur l'amour**

Le terme d'amour exige une certaine définition. Au plan théologique, Boff donne une «définition» de Dieu qui nous place sur la piste de l'Amour.

> Personne ne se laisse définir, enfermer à l'intérieur d'une situation. Ce quelque chose de plus, qui échappe continuellement, qui fait le mystère de chaque personne, constitue la transcendance. L'Autre est le lieu où je perçois la transcendance, et aussi la présence vivante et concrète de la transcendance. Cette transcendance, nous la nommons Dieu. Dieu n'est donc pas loin de l'homme, il est sa plus grande profondeur[584].

Dans l'amour, de dire Hans Küng, Dieu ne disparaît pas dans le prochain, «Dieu me rencontre - non pas moi exclusivement mais parce que j'appartiens moi-même à l'humanité - dans la personne d'autrui»[585]. Au plan théologique l'Amour est manifestation divine au sein de l'expérience relationnelle humaine lorsqu'il y a mouvement libérateur et créateur. Toujours selon Küng, comme Marcel d'ailleurs, l'amour n'est pas une valeur en soi mais elle est la source de toutes les valeurs et dans ce sens elle ne peut être l'objet d'un choix humain, elle resterait humaine, c'est elle qui nous choisit :

> [...] l'amour n'est pas simplement une vertu parmi d'autres, ni un principe parmi d'autres principes semblables. Il est, au contraire, le critère fondamental de toute vertu ou norme, de tout principe au mode de comportement humain. Le commandement dérive de l'amour et non l'amour du commandement[586].

---

584 L. Boff, *Jésus-Christ libérateur,* Coll. "Traductions chrétiennes", Paris, Cerf, p. 217.

585 H. Küng, *Être chrétien,* Paris, Seuil, 1974, p. 291.

586 H. Küng, *Ibid.*, p. 655.

Sur le plan conjugal l'amour vécu sous le sceau de la présence de Dieu fait en sorte que jamais ni l'un ni l'autre ne se perde dans l'autre. Cet amour n'est ni symbiotique ni fusionnel. Pour Tillich l'«amour est la force qui unit ce qui est séparé[587]». L'amour, écrit également Tillich, inclut une certaine justice où chacun conserve son intégrité :

> Nevertheless, love includes justice. Love without justice is a body without a backbone. The justice of love includes that no partner in this relation is asked to annihilate himself. The self which enters a love relation is preserved in its independence. Love includes justice, to the others and to oneself[588].

Tillich nous remémore un merveilleux passage du jeune Hegel sur l'amour :

> Transition from original unity through self-estrangement to reconciliation is the way of love. The richness of life is based on the possibility of infinite contradictions and separations, but only if they are reconciled and do not destroy the original unity[589].

L'amour conjugal exige donc une certaine «maturité psychologique» afin que chacune des parties impliquées conserve son autonomie. Selon Boss, la maturité, dans la relation amoureuse, exige responsabilité et indépendance sinon le mode d'être-en-amour se voit terni, obscurci :

> However - as the poets have informed us - love's fullest and most distinct expression can be found only in the spirit of the loving union of two responsible, independent hetero-sexual personalities, who are

---

587 P. Tillich, *Religion biblique et ontologie,* Coll. "SUP", Paris, PUF, 1970, p. 65.

588 P. Tillich, *The meaning of health - Essays in Existentialism, Psychanalysis, and Religion,* Chicago, Exploration Press, 1984, p. 115.

589 P. Tillich, *Ibid.*, p. 5.

> able to give and take without restrictions. However, in the empiric concrete reality of our world, we frequently observe that people are confined to varying degrees within their self-contained egotistic petty and fearladein existence. Their finite physical or mental barriers, or both, cannot sufficiently be surmounted by the widening and deepening of love. Then those barriers will cover up more or less the mode of existence which is characteristic for love[590].

L'immaturité émotionnelle d'affirmer Boss *"is due to faulty training in [the] youth[591]"*. Dans l'amour, de dire Boss[592], il est incorrect d'assumer que l'homme doit être perçu comme celui qui aime et la femme comme celle qui a à être aimée. La qualité de l'amour est une réalité où le miracle est double : le miracle d'aimer et le miracle de se laisser aimer. Chacun des partenaires doit être autant l'un que l'autre :

> Each partner is creative-productive as well as creative-receptive. The inconceivable, incomprehensible quality of love is really a twofold miracle : the miracle of loving and the miracle of being loved. It is incorrect to assume that the male love is identified with loving and the female with being loved. Each love has its own way of experiencing both miracles. Whenever the highest plane of love is attained the difference between male and female love has disappeared[593].

L'autonomie fera en sorte que chacun, chacune, refuse de se perdre dans l'autre et qu'en même temps il ou elle refuse que l'autre se perde en lui. Comment acquérir cette autonomie

---

590 M. Boss, *Meaning and content of sexual perversions. A Daseinsanalytic approach to the psychopathology of the phenomenon of love,* New York : Grune Stratton, 1949, pp. 36-37.

591 M. Boss et G. Condreau, "Existential psychoanalysis", dans Wolman, B.B. (Ed.), *Psychoanalytic techniques. A handbook for the practicing psychoanalyst,* New York, Basic Books, 1968, pp. 447-448.

592 M. Boss, *Ibid.*, p. 33.

593 M. Boss, *Ibid.*

pour accéder à ce niveau d'amour conjugal? Nous savons qu'à la naissance la première relation ou la première co-existence est marquée par la dépendance à la mère. Nous sommes là en pleine hétéronomie par opposition à autonomie (*autonomos* = qui fait ses propres lois[594]). Notre tâche est, avec la grâce de Dieu, de reconquérir notre autonomie. Cela ne se fait pas par un acte de la volonté. L'anxiété, suscitée par l'épreuve, semble une voie privilégiée pour amener l'humain à réaliser l'ampleur de l'illusion, parfois de l'aliénation, qu'a été sa vie jusqu'à ce jour[595]. Nombre de relations conjugales, à des degrés divers et pas nécessairement pathologiques faut-il le préciser, demeurent marquées par la première relation de dépendance maternelle. Cela touche l'homme autant que la femme parce que les deux ont la même origine : la mère.

L'amour entre l'enfant et la mère se différencie de l'Amour que nous avons établi au plan théologique et, également, de l'amour conjugal. Mais quelle est donc la capacité du nourrisson à aimer? Le nourrisson n'aurait-il pas à être aimé plutôt? Plus que quiconque le nourrisson, dû à sa grande dépendance situationnelle, comportant son lot d'anxiété équivalent, a besoin de se sentir aimé plus qu'il peut lui-même aimer : l'anxiété n'est-elle pas opposée à l'amour? Nous avons vu, précédemment, que pour Boss, le besoin primordial de l'enfant par rapport à la mère correspond à ce moment de son existence, à celui *"of being sheltered or loved by her"*. Que signifie «abrité» *(sheltered* = abrité ; *against, from* = contre et *sheltering* =

---

[594] L'autonomie est difficilement réalisable lorsque le sens de tel ou tel phénomène est subi ou imposé par une autre personne ou entité quelle qu'elle soit. Nous sommes là dans le domaine de la croyance et de l'idéologie où les hypothèses de sens sont avancées par d'autres. Cela contribue à réduire d'autant la capacité mentale, introspective ou spirituelle libre et créative.

[595] Toute la question du rôle de la souffrance sera traitée ultérieurement.

protectrice) qui est identifié à «aimé»? Selon notre compréhension l'amour de la mère, à ce moment de l'existence, se résume à une activité de protection. Protection contre quoi? À cela nous répondons contre l'insécurité et l'anxiété existentielle de base. Et cela elle le fera dans un être-avec, à travers des comportements adéquats à divers niveaux : nourriture, propreté, tranquilité, stabilité, disponibilité, caresses, régularité, tant au niveau physique qu'affectif, le tout dans un contexte relationnel d'amour maternel. La note de Koupernik et Dailly est éloquente à cet égard :

> ... on ne saurait oublier que la réfrigération affective dont les enfants sont l'objet de la part de tels parents ne peut pas ne pas être une composante hautement pathogène de leur développement affectif précoce, surimposé avec force sur n'importe quelle prédisposition constitutionnelle[596].

Quel est donc la capacité d'aimer, comment se conçoit la notion d'amour chez les femmes qui nous ont partagé leur existence? La réponse à cette question nous la retrouvons dans les «tableaux des unités de sens catégorisées et classées» et, plus particulièrement, sous la thématique «amour». Nous ne reprendrons pas toutes ces unités de sens mais nous rappellerons qu'elles se résument à peu près à la même chose; tout pour être aimée. Un tel amour conduit, bien involontairement, à se perdre dans l'autre. Boss nous dit que l'expression amoureuse la plus haute se trouve dans l'esprit d'une union amoureuse de deux personnes hétérosexuelles responsables et indépendantes qui peuvent donner et prendre sans restriction.

---

[596] C. Koupernik et R. Dailly, *Op. cit.*, p. 370.

Se perdre dans l'autre, avec l'esprit de «tout faire pour être aimé», est un amour insidieux. Un tel amour[597] ne nourrit qu'illusoirement et, généralement, que temporairement. La problématique surgit lorsque ce qui était nourriture, même illusoire, n'est plus possible, que la manière de se projeter soit saine ou malsaine, parce que l'existence est essentiellement projective.

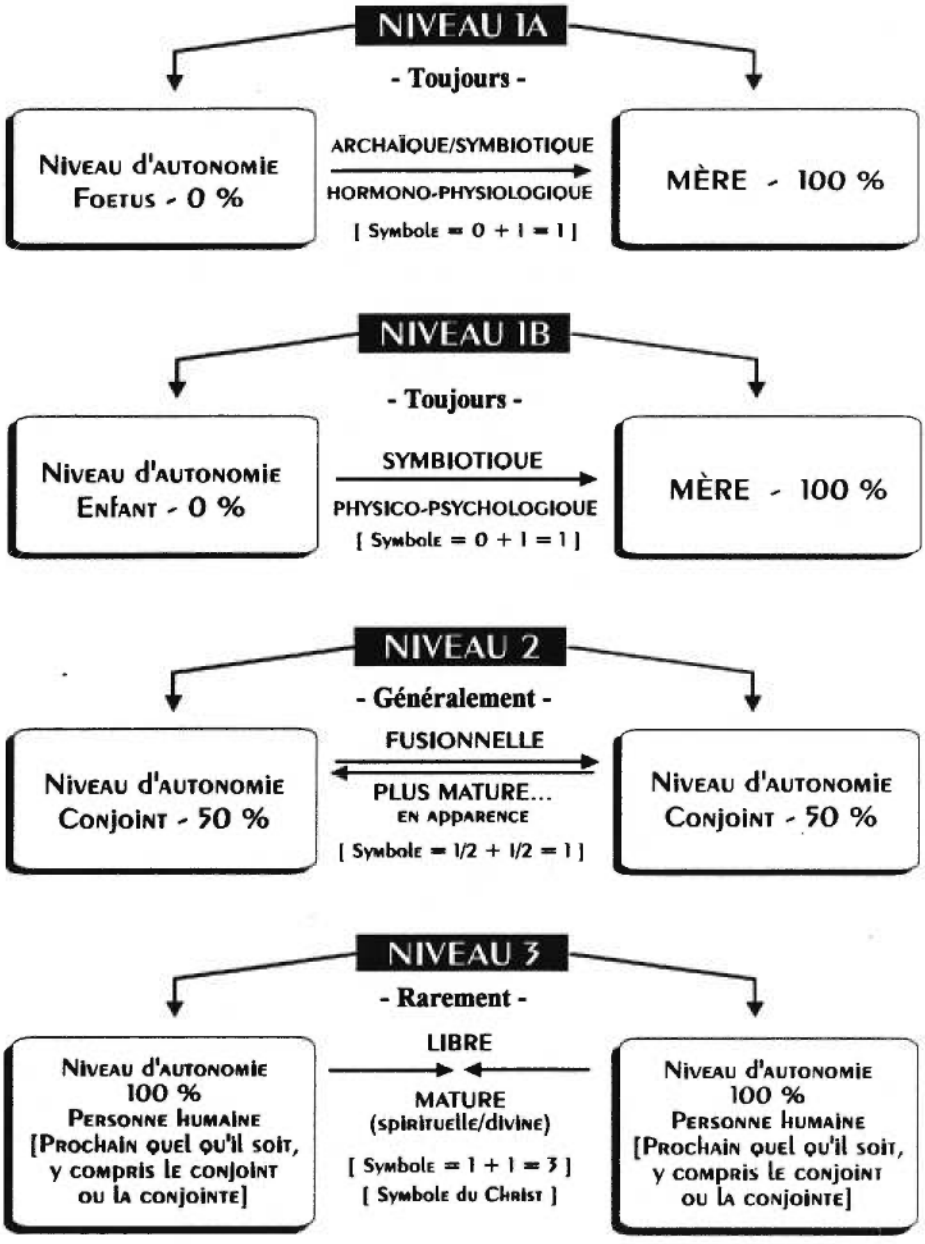
Pour terminer et faire une synthèse, visuelle, sur l'origine, la structure de la dépendance et son impact sur le développement de l'humain et ce à partir de sa conception nous fournissons au Tableau 4 ce que nous avons convenu de nommer «Le parcours affectif relationnel».

---

[597] C'est ce que nous convenons d'appeler, comme Horney d'ailleurs, une «névrose réussie». Nous accordons le terme de «névrose de couverture» à cette situation.

Tableau 4

Le parcours affectif relationnel
[selon notre compréhension]



« Beaucoup d'appelés mais peu d'élus »

- **Sur la phobie**

Dix des personnes analysées sur onze étaient affectées d'une phobie majeure, sauf une, pour laquelle les serpents et les vers étaient une phobie très importante[598]. Nous savons de l'anxiété qu'elle vient de nulle part, qu'elle est «flottante», pour ainsi dire, «une peur sans objet», de dire Porot[599]. Nous avons vu précédement que Boss partage la notion d'anxiété propre à Heidegger. En ce sens, il nous signale que la disposition affective anxiété constitue un existential de base de l'existence humaine. Pour Heidegger, *Angst* signifie, comme concept, beaucoup plus qu'anxiété : *"Angst embodies that fear, total and indefinite, which encompasses alienation, isolation, despair and death*[600]." Selon Boss la personne phobique rationalise ou matérialise son anxiété sur une peur qui devient dès lors objectable donc contournable en quelque sorte : l'angoisse *(angst)* est transformée en peur. Ainsi, si cette personne peut éviter cette chose ou cette situation elle a l'impression de contrôler son anxiété. Les gens phobiques démontrent ainsi un manque d'indépendance. Boss dit de l'agoraphobie :

> The agoraphobic person can find support and exist in a comparatively free way only in relation to a narrow circle of familiar things and people. Open spaces and broad avenues engage everyone in such a way that our Da-sein has to match their dimensions, to extend to relationships to things on the borders of these places. Thus we

---

598 Nous entendons par phobie majeure : agoraphobie, claustrophobie et acrophobie (hauteur). Tout de suite après vient la phobie des animaux à sang froid comme le serpent par exemple. Enfin viennent les animaux à sang chaud.

599 M. Porot, *Op. cit.*, 1989.

600 H.M. Ruitenbeek, "Some aspects of the encounter of psychoanalysis and existential philosophy" dans Ruitenbeek, H.M., *Psychoanalysis and existential philosophy,* New York, E.P. Dutton & Co., 1962, p. XV.

> pervade the open spaces with our own existential perceptive openness. Such spaces also demand that anyone who perceives them sustain all the unfamiliar and uncertain things that may enter their wide borders from the outside. Yet the very thing that characterizes the Da-sein of agoraphobic people is a lack of independent firmness, so that it is impossible for them to meet the demands of large, open areas by expanding their existences accordingly. Instead, these areas overtax and overwhelm them.
>
> Consequently, agoraphobics experience open space as something overpowering, something that absorbs and annihilates their Da-sein. When confronted with such spaces, they therefore fear bodily collapse and loss of consciousness[601].

Quant à la claustrophobie :

> Claustrophobics, on the other hand, experience any environmental limitation as suffocation confinement. They panic in the middle of closed, crowed rooms which obstruct the possibility of immediate escape at any moment [...] the ability of such people to relate to what is in their world is severely reduced to only one, or at most a few, meager human contacts. The narrow dwelling space as which they exist confines their Da-sein to an attunement of constant fear of suffocation.

Il y aurait un lien entre le degré de la phobie et le niveau d'anxiété vécue. Selon Boss, l'agoraphobie pointe à une incapacité d'indépendance importante. Or, toute phobie est reliée à une peur quelconque. Ceci nous amène à l'idée que plus une personne est habitée par la peur, elle-même conséquente à l'anxiété existentielle de base, moins elle est capable d'amour mature au sens où Boss l'entend. L'antithèse ontologique de l'amour est donc la peur qui découle elle-même de l'anxiété :

---

601 M. Boss, *Op. cit.*, p. 216.

> However, not hate but fear is the ontologic antithesis of love, as we have indicated before on p. 47. Only in the state of fear the complete emptying and annihilation of all worldly and superworldly-eternal meanings will occur[602].

Si la peur est l'antithèse ontologique de l'amour, l'anxiété en est, selon Boss, la contrepartie anthrophologique essentielle :

> Thus, anxiety, significant as a barrier, represents the essential anthropologic counter pole of love. It covers up completely the fullness, brondness, depth, rootedness, infinity and eternity of existence which are inherent experiences of the mode of being of love[603].

Dans un tel contexte, c'est-à-dire un amour alimenté par la peur, il est possible de comprendre comment certaines personnes peuvent donner l'impression de se nourrir du «mal» quel qu'il soit. Selon Boss : *Love is able to change the most earthy and basest factors into festivity and bliss*[604]. Dans ces deux exemples de phobie majeure, nous sommes à même de constater que la phobie est conséquente à un manque d'autonomie, d'assurance ou de sécurité.

Un jour une jeune dame est référée par le médecin traitant avec le diagnostic de trouble de panique et d'anxiété accompagnés de symptômes agoraphobiques très sévères. L'anamnèse nous révéla que le père de la jeune dame était décédé dans la cinquantaine, un an auparavant,

---

602 M. Boss, *Meaning and content of sexual perversions. A Daseinsanalytic approach to the psychopathology of the phenomenon of love,* New York : Grune Stratton, 1949, p. 92.

603 M. Boss, *Ibid.*, p. 47.

604 M. Boss, *Ibid.*, p. 60.

quand la patiente avait 22 ans. Cette jeune dame n'avait jamais été très près de sa mère mais beaucoup plus près du père. Lorsque cette femme avait un peu moins d'un an son père apprit qu'il avait un cancer. Celui-ci, croyant qu'il lui restait très peu de temps à vivre, se centra sur l'enfant. Les liens qui se tissèrent durèrent jusqu'à sa mort et furent très intenses. Ainsi, elle se retrouve à 23 ans avec une structure de personnalité psycho-affectivement très faible, une capacité d'entrer en relation avec les autres, avec le monde, très réduite. Voilà pourquoi la phobie et le trouble de panique conséquent s'est développé. Cette jeune personne a été surprotégée et adulée depuis l'âge d'un an par le père. Même présente, la mère a donc été très «absente», affectivement parlant, privant la patiente de cette présence nécessaire et cela était naturel et très compréhensible. Ainsi, elle disait : «Si je suis faible c'est parce que ma mère est faible... J'ai été élevée sans autorité... c'est pour ça que j'ai aucune confiance, que j'ai aucun but dans la vie, que j'ai peur de tout, que j'ai toujours vécu avec l'idée de mort». L'agoraphobie est une peur d'être réduit à l'impuissance dû au faible niveau de maturité affective. L'exemple du dessin de la famille que la patiente nous a fourni est éloquent : elle n'y apparaît pas. Un des frères qui n'a pas de jambes sur le dessin est celui avec lequel elle a eu une importante dispute et où les deux ont été près de deux ans sans se parler.

Toutes les femmes que nous avons rencontrées dans cette recherche souffrent d'une phobie majeure. Selon Boss la peur est l'antithèse ontologique de l'amour et l'anxiété son antithèse anthropologique. La phobie, toujours selon Boss, prend sa source de l'anxiété, qui vient de nulle part du fait que le *Dasein* s'angoisse pour lui-même. La phobie c'est l'anxiété

qui se matérialise ou se concrétise, elle devient ainsi une «peur de». La phobie réduit l'angoisse existentielle de base, illusoirement, à une «simple peur». L'angoisse existentielle de base provient du passé, la peur s'adresse au présent et l'inquiétude au futur (avoir peur d'avance). Comme le passé nous précède, la peur, jointe à la phobie, permet d'avancer, d'exister quoique cette existence peut ressembler davantage à une survivance. Ainsi, il n'est pas surprenant que ces femmes souffrent d'une phobie majeure parce qu'il n'y a pas dans leur existence le niveau d'autonomie et d'indépendance propre à l'amour. La phobie confirme donc le manque d'indépendance.

3.2.1.6 Introspection et réaction face au cancer

La réaction de certaines femmes à l'annonce du cancer est parfois déroutante. Bien souvent les chants d'église pour le service funéraire sont choisis d'avance. L'une de nos patientes disait : «si pour guérir je dois arrêter d'être au service de mon mari et de mes enfants j'aime autant mourir». Elle est malheureusement décédée, non de son cancer du sein mais d'un cancer du foie subséquent à un cancer du sein guéri. Une autre, décédée également, disait : «si je meurs du cancer ils vont m'aimer». Nietzsche disait que la faiblesse du fort résidait dans son incapacité d'introspection. Lorsque la mort, au mi-temps de la vie, est ainsi acceptée sans révolte, sans questionnement, quand elle devient une mort martyre, une sanctification, pourquoi se questionner sur sa vie? Lorsque l'on accepte la mort de cette façon, rien de pire ne peut arriver. L'introspection[605] est cette capacité de se laisser questionner, de s'auto-analyser en

[605] L'introspection de la psychologie est pour la théologie l'équivalent de la spiritualité comme capacité de se laisser questionner par les phénomènes de notre existence pour en découvrir le sens véritable et, parfois, pour en changer le sens que l'on croyait telle une vérité éternelle.

quelque sorte. Or, se questionner c'est toujours s'arrêter sur sa vie, son expérience vécue et cela nous conduit inévitablement à nos origines. L'introspection est une possibilité d'aller en profondeur, de «préférer» le long terme à toute panacée miracle, à tout sédatif quel qu'il soit. On ne se perd pathologiquement pas ainsi dans les autres sans raison.

Quel intérêt y aurait-il pour ces femmes, celles que nous avons analysées, à questionner leur existence? Plus une personne se perd dans les autres plus elle est dépendante et moins elle n'a d'existence propre. Son avenir est l'avenir des autres et son passé est le passé des autres. C'est la conséquence du «tout pour être aimée». En d'autres termes, n'ayant pas d'existence propre, elles n'ont aucun motif valable de s'auto-analyser, sinon, pour malheureusement les entendre dire «ma vie, ça été m'occuper des autres...». Et cela n'est pas dit sans amertume, bien au contraire. Rappelons-nous cette femme qui disait : «à l'annonce de mon cancer je me sentais coupable envers mon mari, mes enfants». Voilà pourquoi l'introspection est difficile pour de telles personnes; d'abord elles n'ont pas eu d'existence propre et puis c'est par protection, bien compréhensible, cela va de soi, pour ne pas voir la réalité c'est-à-dire la dérision de leur vie. L'anxiété serait probablement insupportable, invivable, peut-être comme dans la psychose, comme à la naissance. D'ailleurs Boss soutient que la phobie des hauteurs[606], entre autres, montre à quel point une personne est difficilement capable de profondeur dans sa vie soit cette capacité, spirituelle, de revenir sur certains phénomènes de son existence. Heidegger établit, avec justesse, la différence entre trépas et décès. Le trépas étant cette manière d'être du *Dasein*

---

606 Il est à noter ici que hauteur et profondeur se traduisent par un seul nom latin; *alter*.

par rapport à sa propre mort, l'introspection ou aller en profondeur risquerait de placer certaines femmes devant leur trépas, une mort ontologique. Ainsi, il vaut peut-être mieux, involontairement, décéder avant de trépasser, avant d'être une morte vivante. Dans un tel dénouement la psychose est évitée. Bahnson n'a-t-il pas d'ailleurs fourni une hypothèse à l'effet que le cancer pouvait être une alternative à la psychose?

3.2.1.7 Croyance religieuse

Commençons par une question : «Que devrait être la personnification de Dieu pour l'enfant?» Nous proposons une théologie en laquelle Dieu se personnalise et s'enracine dans l'expérience humaine partout où des opprimés[607], de toutes catégories, sont libérés, c'est-à-dire là où le mal est combattu et le bien favorisé, où il y a libération des potentialités humaines existentielles maximales (Schillebeeckx). Or, nous savons de la relation mère/enfant qu'elle est une expérience relationnelle particulière, c'est-à-dire une relation où l'enfant a à être aimé plus qu'il peut lui-même aimer, une situation de dépendance affective incomparable où la mère, situationnellement, porte une responsabilité incomparable. Dans un tel contexte de dépendance la mère n'est-elle pas pour l'enfant omniscience, omniprésence et omnipotence? Ces trois mots

---

607 Nous aimerions clarifier sur la notion d'opprimé. Nous ne voudrions pas que notre position dans ce débat soit comprise dans le sens où, à titre de théologien et de psychothérapeute, nous nous croyons investi d'un pouvoir quel qu'il soit. Si cette thèse avait porté sur le cancer de la prostate chez l'homme nous aurions peut-être trouvé, là aussi, la piste d'une immaturité affective pathologique. D'ailleurs cela évoqué par certaines recherches. L'utilisation de la notion d'immaturité affective doit être comprise au sens privatif. Notons que cette immaturité affective peut faire en sorte que l'existence de telle personne peut paraître pour d'autres, relever plus de la domination et de l'oppression. Dans notre esprit il y a toutefois une différence majeure au plan psychothérapeutique : si l'on opte pour la domination il se peut que «l'ennemi» à vaincre soit l'autre alors que si l'on penche du côté de l'immaturité l'ennemi est en soi. Quoiqu'il en soit la liberté ne viendra jamais de l'autre quel qu'il soit. D'ailleurs quelqu'un ne vient jamais en psychothérapie pour faire changer la vision du monde de l'autre (conjoint ou autre). C'est là d'ailleurs une des raisons majeures pour refuser ou mettre fin à une psychothérapie.

ne correspondent-ils à la définition de Dieu? Si la mère, involontairement, éprouve certaines difficultés à combler l'insécurité et l'anxiété maximales du nourrisson de façon adéquate, via des attitudes psychologiques et physiques, se pourrait-il que son omniscience, son omniprésence et son omnipotence soient affectées d'autant? Peut-on avancer ici qu'un tel enfant soit «opprimé» et que les parents soit la personnification de Dieu auprès de celui-ci[608]. Exprimer cela c'est, en même temps, également affirmer que la capacité d'être psychologiquement et divinement de l'enfant se trouve affectée d'autant. Capacité d'être psychologiquement doit être compris dans le sens de mode d'être par rapport à soi-même *(Eigenwelt* = aussi capacité d'introspection) alors que la capacité d'être divinement touche la relation avec Autrui soit la visée théologale (voir Tableau 4 - Niveau 3). Il est courant, dans la schizophrénie, que les personnes affectées soient assiégées par des délires de grandeur et généralement à connotation mystique ou religieuse. Or, nous savons que le stade schizo–paranoïde se situe vers l'âge de 4 à 5 mois. Si le schizophrène est capable de délire semblable et que son niveau psycho-affectif se situe à cet âge c'est bien parce que déjà à cet âge il avait besoin de l'omniscience, de l'omniprésence et de l'omnipatience de la mère. À défaut de l'avoir il l'a idéalisée, hallucinée. Bref, une façon de s'adapter et de se faire adopter où l'on court la chance de ne plus jamais être abandonné.

Pour établir un lien entre la croyance religieuse et les femmes que nous avons analysées nous nous arrêtons d'abord aux trois femmes atteintes du cancer de l'intestin. Ces trois femmes

---

608 Nous savons qu'à cette période la mère est relativement importante psycho-affectivement. Ainsi homme ou femme nous sommes «soumis» à sa vision et à sa conception du monde donc à sa «domination». Ainsi n'est-il pas surprenant que telle religion ne voit qu'un homme comme Dieu et évince les femmes de tout pouvoir quel qu'il soit. Nietzsche disait que l'humain, ici l'homme, se crée un monde, ici une religion, en fonction de sa faiblesse.

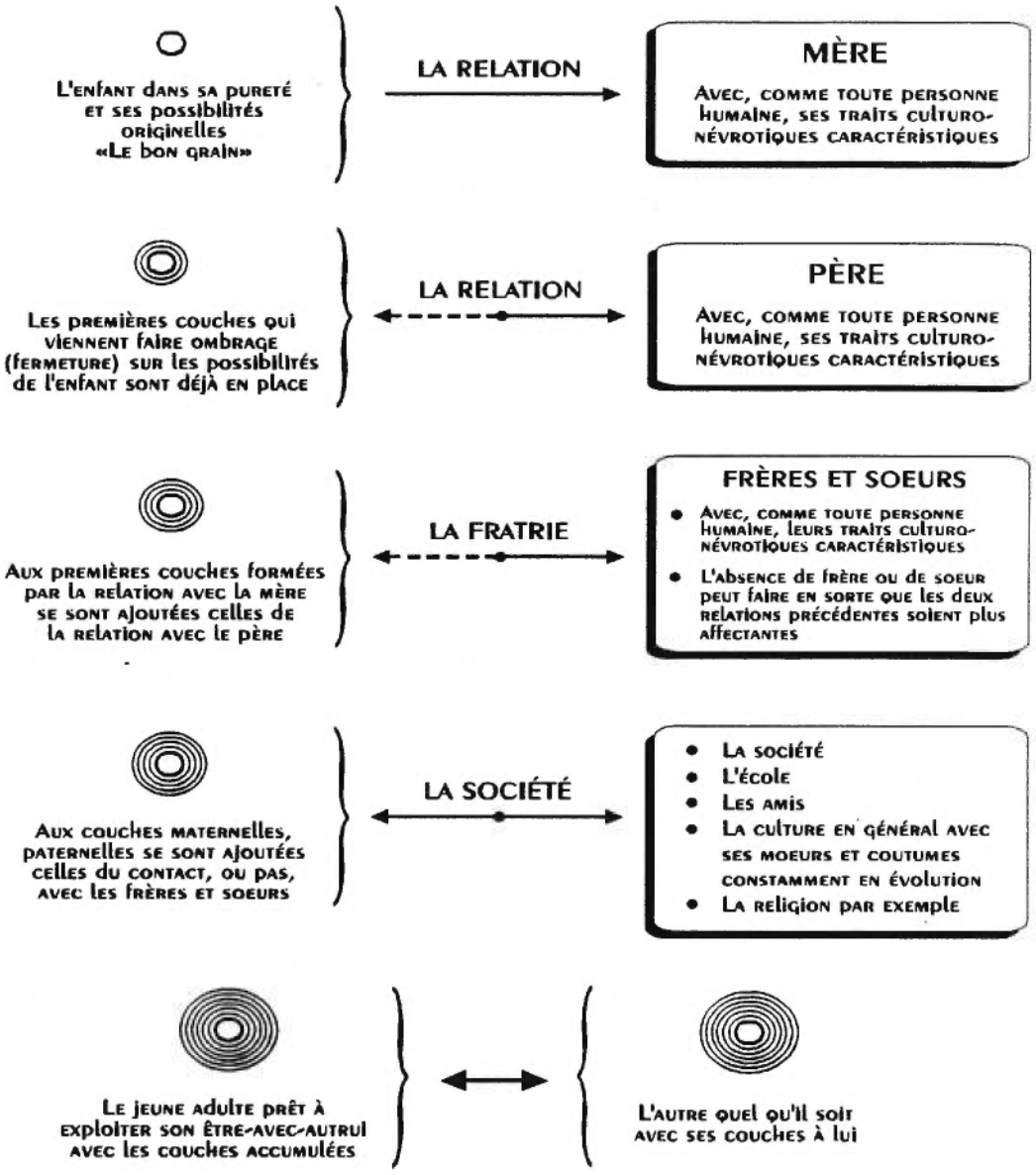
atteintes du cancer de l'intestin que nous avons analysées avec une croyance et une pratique très engagées ont été surprotégées. Leur vie, si misérable, où la négation de soi est à son comble, ce n'est pas ce que Dieu «exige» de nous. Une telle croyance religieuse s'apparente à un sédatif, un opium, un narcotique afin de survivre. Pour Gabriel Marcel[609] plus je suis indisponible dans ma capacité d'être-avec-autrui, entendons ici par opposition à une disponibilité libre et authentique, plus Dieu apparaît comme «quelqu'un qui». C'est là, d'affirmer Marcel, la négation même de la co-présence. Quand on n'a pas de présent à soi, dans cette vie, et qu'en plus ce monde est un enfer, il faut bien se voir ailleurs. Fausse espérance, mais espérance qui soustrait au suicide parce que le suicide devient la seule issue lorsqu'il n'y a plus rien à espérer, ni maintenant, ni après. Si pour les autres femmes, atteintes du cancer du sein, l'espérance et la croyance sont moins fortes, c'est probablement qu'elles trouvent une certaine compensation culturelle, psychosociale et professionnelle valorisante ici-bàs, ici maintenant.

---

609 G. Marcel, *Un changement d'espérance,* Paris, U.G.E., 1962. P. 11.

Tableau 5

De la naissance à l'épreuve : cheminement



« Dans chacun il y a de l'ivraie et du bon grain »

Nous estimons que le modèle que nous proposons s'adapte très bien à la problématique du cancer du sein d'abord parce que le sein n'est pas au sens médical, un organe profond. En second lieu, le message que nous portons reste possible compte tenu que leur conception de Dieu laisse une certaine ouverture. Avec elles, nous pensons qu'il est possible, sur le plan psychologique et spirituel, de les faire quitter spirituellement (trans-former le sens de certains événements) «leur mère, leur père, leurs frères, leurs soeurs, leur ville, leur village» et ainsi leur faire retrouver leur autonomie afin qu'elles puissent mettre fin à leur fragmentation et se rendre disponibles à leur propre reconstitution qui «seule permet de retrouver l'unité, et conséquemment, retrouver Dieu[610].» Nous considérons que le cancer du sein est un «cri du sein» d'un monde de femmes en souffrance dans une culture où l'être-femme, l'être-mère et l'être-en-famille est dans une souffrance équivalente. Dans ce contexte cette recherche se veut une réponse à cet appel.

3.2.2 Langage de femmes - Langage bossien

Nous présenterons, sous forme de tableau, un parallèle qui montre comment l'existence des femmes (leur langage) s'explique à travers l'analyse existentielle de Boss.

---

610 M. Girard, *Les symboles dans la Bible : essai de théologie biblique enracinée dans l'expérience humaine universelle,* Montréal, Bellarmin, 1991, p. 89.

Tableau 6

Langage de femmes / Langage bossien

DES FEMMES PARLENT ...	BOSS PARLE ...
CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES	
• Chez nous j'étais jamais assez bonne, j'allais chercher l'attention peu importe la manière. • Mon père avait toujours raison, face à lui on écrasait, il était dictateur.	• L'existence est «sortie de soi», elle est «ouverture» mais une atmosphère aliénante peut opérer une fermeture relative.
• Après l'adultère de mon mari je me disais si je suis pour vivre malheureuse que je meure.	• L'existence est un événement historique, chronologique et unique. Ma relation-au-monde est continuelle; je suis mes relations. Le corps actualise, somatiquement, ces relations.
• Ma vie à moi c'est d'endurer, d'être toujours obligée à quelqu'un. • La personne la plus importante c'est mon mari, après c'est moi.	• L'existence est une découverte de sens, lesquels motivent et permettent de se projeter librement (en choisissant). Cela dépend de ma capacité à percevoir le monde et à répondre à cet appel.
• Pour moi c'est très important «d'avoir l'air», faire semblant. • J'aurais rampé pour que le monde m'aime.	• Ma présence au monde est d'abord qualitative soit en fonction de ma capacité d'être-découvrant. Cela se réalise primordialement dans mon être-avec-autrui.
• Je crois qu'après la mort ça continue mais sans enfer. • Si je résume mon passé je constate que j'ai pas fait grand-chose pour moi.	• La temporalité est vécue simultanément : passé, présent, futur. Incapable d'être présent (présence-découvrante) l'humain se perd pathologiquement dans le passé ou le futur via un objet, un être ou une idéologie.
• Je me souviens que je disais à ma mère «je t'aime pas» [...] Mon père est alcoolique, plaignard, chialeux, agressif et violent verbalement [...]. Ce que j'aime le plus de moi c'est mon grand coeur, ma capacité d'aimer. Il n'y a pas grand monde qui m'aime pas [...]. Si j'avais un animal je pourrais pas le laisser seul. • Je ressemble à ma mère dans ma façon d'être contrôlante, surtout avec mon fils que j'ai surprotégé.	• Dans la disposition affective anxiété la personne s'ouvre à tout ce qui est menaçant; ainsi elle s'harmonise. Cette anxiété vécue compulsivement et névrotiquement est conséquente à une anxiété de base inévitable à l'origine. L'enfant accorde omnipotence à la mère d'où la relation de l'enfant avec la mère et le père, quelle que soit cette relation, est authentique pour lui. Ainsi il se pro-jette dans l'existence en fonction de son expérience passée; aussi le passé (disposition affective) nous précède-t-il.
• J'ai connu mon mari à 22 ans, lui avait 32 ans, c'était juste après le décès de mon père. • Si j'ai un autre cancer ils vont l'enlever.	• Toute épreuve, avec l'anxiété qu'elle suscite, est comme une mort annoncée, anticipée, c'est-à-dire que l'individu vit et réalise la mort comme possibilité de l'impossibilité d'être. L'existence bascule. L'épreuve ne menace pas le passé mais l'avenir d'où l'importance à «meubler» cet avenir de façon impérative, pour sur-vivre.

Tableau 6 ...

DES FEMMES PARLENT ...	BOSS PARLE ...
SUR LE SYMBOLISME DE LA MALADIE	
• Cancer du sein : Le sein comme symbole de maternité, de continuité, de fécondité. Une existence où la «fécondité» (plus une pseudo-fécondité) devient soudainement irréalisable dans sa continuité usuelle. • Cancer de l'intestin : L'intestin comme organe qui retient et expulse. Des existences qui retiennent sans être capables d'expulser quoi que ce soit voire de «se sortir de ».	• L'organe visé est toujours l'organe impliqué dans la relation physique empêchée ou surchargée.
• Femmes atteintes du cancer du sein Montrent un niveau d'adaptation culturelle, sociale, professionnelle et introspective «supérieure» aux femmes atteintes du cancer de l'intestin. • Femmes atteintes du cancer de l'intestin Adaptation culturelle, sociale, professionnelle et introspective plus réduite.	• Dans le symptôme hystérique la réaction face à l'enlisement ou à la surcharge de l'existence est une mimique inadéquate, immature. Dans le symptôme névrotique la réaction est encore plus voilée, plus privée, plus secrète.
• Une femme atteinte du cancer du sein Mes deux cancers sont dus à ma peine, surtout à cause de ma fille et de mon mari [...]. L'avenir je le vois plus beau, sans ma fille, sans mon conjoint. • Une femme atteinte du cancer de l'intestin Ma vie c'est un tas de problèmes. J'ai jamais eu une minute à moi. Ma vie à moi c'est d'endurer, d'être toujours obligée à quelqu'un. Si je meurs du cancer ils vont être obligés de penser à moi.	• La maladie, somatiquement comprise, est l'actualisation sous le mode du corps de l'enlisement, de la surcharge ou de l'empêchement de l'existence.

3.2.3 Interprétation générale des résultats

L'entrevue autobiographique confirme sans aucune hésitation un principe fondamental énoncé dans cette recherche à savoir que l'existence humaine voire l'expérience vécue de chacun est unique. Peu importe l'équipement notionnel dont nous disposons pour aborder la réalité humaine, il y aura toujours une part de vérité qui nous échappera soit la façon dont telle ou telle personne exerce sa façon d'être-dans-le-monde. Elle possède sa propre vision du monde qui est sa vérité, si illusoire, inauthentique ou fausse que soit cette vision du monde.

Plus concrètement, les entrevues confirment certaines données théoriques à l'effet que la première enfance soit source d'une anxiété limite. Qui plus est la relation mère/enfant sera source d'anxiété pour le nourrisson de deux façons : soit par le sentiment de rejet ou par la surprotection. Une anxiété qui se transformera ultérieurement en peur. Ces deux attitudes conduisant au même sentiment d'inutilité, d'inadéquacité, d'infériorité et de non-amour de soi. Nous estimons également avoir démontré que la phobie est conséquence à la peur, elle-même originant de l'anxiété. Phobie qui peut se fixer soit sur un objet ou soit sur une idée, l'important étant qu'elle puisse se rationaliser dans la mesure où l'anxiété est a-rationnelle. La phobie est un mécanisme de défense et d'adaptation illusoire qui camoufle une personnalité psycho-affectivement immature variant de la névrose sévère à la psychose latente. L'analyse des récits de vie nous porte à croire que cette fragilité de la structure de la personnalité a toujours été là sous forme de «mal-adaptation» et ce depuis la naissance. Ainsi, il devient plausible que des

événements existentiels ultérieurs, vécus en période adulte, menacent l'existence déjà fragile en soi. En fait, comment une personne peut-elle intégrer un événement dramatique en lien avec sa propre dépendance, avec, par surcroît, un niveau mental psycho-affectif d'enfant? Le type de cancer développé nous a également permis de constater que la névrose d'organe (celle d'organe plus profond, moins apparent) se produira lorsque l'enlisement est tel que la personne se refuse tout droit de parole si l'on peut dire. Dans ce sens le lien «parole enlisée/cancer de l'intestin» est éloquent. En ce qui concerne la névrose hystérique (celle qui se voit, c'est-à-dire plus publique, moins privée et moins tacite), elle se développe lorsque la personne s'accorde encore un certain pouvoir de communiquer sa souffrance.

Nous avons choisi d'utiliser les cas de cancer de l'intestin, «cas négatifs», pour voir s'il pouvait y avoir une différence marquante au niveau des structures de personnalité des femmes atteintes de cancer du sein et de celles atteintes de cancer de l'intestin. Nous avons noté une différence marquante quant à la capacité d'introspection et de l'illusion existentielle que constitue l'expérience vécue des femmes atteintes de cancer de l'intestin. Au plan spirituel, il y a également peu d'espoir que le message que nous portons soit entendu par ces dernières tellement la croyance en Dieu et en son au-delà est déformée et coupée de la réalité. Bref elles ont déjà leur réponse spirituelle si fausse soit-elle. Quoiqu'il en soit cela nous amène à la conclusion que face à une névrose d'organe comme le cancer de l'intestin la seule intervention psychothérapeutique possible semble en être une de soutien. Or ce modèle psychothérapeutique est complètement différent du modèle préconisé dans cette thèse.

CHAPITRE QUATRIÈME

INTERPRÉTATION - COMMENT L'ÉVENTUALITÉ D'UNE CORRÉLATION CRITIQUE ENTRE LA THÉOLOGIE ET L'ANALYSE EXISTENTIELLE, POURRAIT-ELLE FAVORISER L'INTÉGRATION SOMATO-PSYCHO-SPIRITUELLE ET ÊTRE SOURCE DE CERTAINES MODIFICATIONS SOMATIQUES PLUS DURABLES?

4.1 À PROPOS DE LA THÉOLOGIE CHRÉTIENNE

4.1.1. Observation de la praxis de l'action dans Mc 5, 21-43[611] (La femme souffrant d'hémorragie; la fille de Jaïros)

Les chapitres qui ont précédé nous ont permis de constater à quel point la médecine, la psychologie en général et l'analyse existentielle de Boss peuvent nous permettre de comprendre la maladie, et, surtout, comment soigner et guérir le corps. Notre prétention, nous l'avons souligné au départ, est que l'humain est une totalité unifiée qui se manifeste à travers les trois dimensions que sont la spiritualité, la corporalité et le psychologique. Nous avons également insisté sur le fait que notre pratique psychothérapeutique utilisait, au départ, une approche existentielle sans lien direct et explicite avec la foi. Or nous nous demanderons, dans ce chapitre, si la révélation chrétienne, peut contribuer à ouvrir des possibilités de transcendance dans la ligne d'une guérison et d'un salut. Dans le présent chapitre nous verrons d'abord ce que la tradition chrétienne, à travers le texte des Écritures, peut nous dire sur les guérisons opérées par Jésus. Nous allons donc effectuer l'observation de la praxis de l'action du texte des Écritures à partir d'un récit particulier : la femme souffrant d'hémorragie; la fille de Jaïros (Mc 5, 21-43). La méthode que nous utiliserons pour effectuer notre lecture praxéologique de la

---

[611] Alliance biblique universelle, *La Bible*, France, Édition des Sociétés Bibliques, 1977, p. 1413.

Bible provient de Marc Girard[612] et est reproduite à l'annexe VI. Dans un deuxième temps nous effectuons une interprétation dudit récit selon la perspective de l'analyse existentielle de Boss, ce que Girard appelle une lecture exogène. Enfin nous terminerons ce chapitre en élaborant une interprétation du même récit dans une perspective contemporaine. Cette interprétation sera élaborée à partir d'un cas vécu.

Voici donc ce récit :

> Quand Jésus eut regagné en barque l'autre rive, une grande foule s'assembla près de lui. Il était au bord de la mer. Arrive l'un des chefs de la synagogue, nommé Jaïros; voyant Jésus, il tombe à ses pieds et le supplie avec insistance en disant : «Ma petite fille est près de mourir; viens lui imposer les mains pour qu'elle soit sauvée et qu'elle vive». Jésus s'en alla avec lui; une foule nombreuse le suivait et l'écrasait. Une femme, qui souffrait d'hémorragies depuis douze ans, — elle avait beaucoup souffert du fait de nombreux médecins et avait dépensé tout ce qu'elle possédait sans aucune amélioration; au contraire, son état avait plutôt empiré —, cette femme, donc, avait appris ce qu'on disait de Jésus. Elle vint par derrière dans la foule et toucha son vêtement. Elle se disait : "Si j'arrive à toucher au moins ses vêtements, je serai sauvée". À l'instant, sa perte de sang s'arrêta et elle ressentit en son corps qu'elle était guérie de son mal. Aussitôt Jésus s'aperçut qu'une force était sortie de lui. Il se retourna au milieu de la foule et il disait : "Qui a touché mes vêtements?" Ses disciples lui disaient : "Tu vois la foule qui te presse et tu demandes : "Qui m'a touché?" Mais il regardait autour de lui pour voir celle qui avait fait cela. Alors la femme, craintive et tremblante, sachant ce qui lui était arrivé, vint se jeter à ses pieds et lui dit toute la vérité. Mais il lui dit : "Ma fille, ta foi t'a sauvée, va en paix et sois guérie de ton mal». Il parlait encore quand arrivent de chez le chef de la synagogue des gens qui disent : "Ta fille est morte; pourquoi ennuyer encore le Maître?" Mais, sans tenir compte de ces paroles, Jésus dit au chef de la synagogue : "Sois sans crainte, crois seulement". Et il ne laissa personne l'accompagner, sauf Pierre, Jacques et Jean le frère de Jacques. Ils arrivent à la maison du chef de la synagogue. Jésus voit de l'agitation, des gens qui pleurent et poussent de grands cris. Il entre et leur dit : "Pourquoi cette agitation et ces pleurs? L'enfant n'est pas morte, elle dort". Et ils se moquaient de lui. Mais il met tout le monde dehors et prend avec lui le père et la mère de l'enfant et ceux qui l'avaient accompagné. Il entre là où se trouvait l'enfant, il prend la main de l'enfant et lui dit : *"Talitha qoum"*, ce qui veut dire : "Fillette, je te le dis, réveille-toi". Aussitôt la fillette se leva et se mit à marcher, – car elle avait douze ans. Sur le coup, ils furent tout bouleversés. Et Jésus leur fit de vives recommandations pour que personne ne le sache, et il leur dit de donner à manger à la fillette.

---

612 Marc Girard est professeur d'exégèse biblique au département des Sciences religieuses, d'Éthique et de Théologie à l'Université du Québec à Chicoutimi.

Bien que nous interpréterons le présent récit en le situant dans son contexte historique et cela dans le but de retrouver, autant que possible, ce que cherchait à nous dire l'auteur du récit, l'exégèse que nous en ferons n'est pas pour autant historico-critique mais plutôt en lien avec la méthode sémiotique. Dans le *Dictionnaire encyclopédique de la Bible*[613] nous pouvons lire que la méthode historico-critique s'intéresse à la genèse du texte. Pour l'exégèse historico-critique notre récit doit être vu comme un moyen d'expression d'une expérience ou d'une pensée qui le précède. La même référence[614] nous apprend que Marc s'exprimait, bien évidemment, dans le cadre culturel de son époque et en fonction d'une situation bien concrète. Comme notre choix s'est arrêté sur l'évangéliste Marc, il importe de savoir que selon la tradition, ce dernier a écrit son évangile à Rome, d'après le témoignage de Pierre, mais après la mort de ce dernier soit avant la chute de Jérusalem, entre 64 (mort de Pierre) et 69. L'évangile de Marc apparaît comme un récit vivant et concret qui laisserait «supposer» un témoin oculaire des faits rapportés. Marc est reconnu pour retransmettre l'illusion du vécu. Bref il a une grande facilité à utiliser ses talents de conteur à restituer à ses traditions la vivacité de l'histoire, la couleur locale et les détails précis. L'Évangile de Marc est centré sur la personne de Jésus et les rapports personnels qu'il engage avec les hommes. Son Évangile est une proclamation du Règne de Dieu agissant efficacement au coeur des hommes : ce que Jésus a fait une fois au cours de sa vie terrestre il le refait sans cesse comme Ressuscité au sein de la vie du monde.

---

613 Centre informatique et Bible Abbaye de Maredsous, *Dictionnaire encyclopédique de la Bible*, Montréal, Iris, 1987, pp. 584-590.

614 Centre informatique et Bible Abbaye de Maredsous, *Op. cit.*, pp. 787-789.

Pour mieux saisir notre récit nous le décomposons en grandes thématiques, semblablement à ce que Genest[615] fait soit : la spatialisation, la temporalisation et l'actorialisation. À cela nous ajouterons : la disposition sentimentale, les demandes et les épreuves.

4.1.1.1 Spatialisation

D'abord il est important de noter que Marc fait arriver Jésus en barque, d'une autre rive. On peut donc présumer que celui-ci a dû traverser un lac voire une mer intérieure, c'est-à-dire une «eau emprisonnée[616]» pour employer l'expression de Girard. Quoiqu'il en soit, au plan symbolique cette mer, spatialité de Jésus, est bien celle sur laquelle Dieu détient le pouvoir[617]. Selon Girard il arrive souvent, au sens religieux, que dans la mystique chrétienne la mer évoque l'essence divine elle-même dans ses aspects de «primordialité [cause et origine de toutes choses], ainsi que l'incommensurabilité [immensité horizontale et profondeur inscrutable][618].» Un fait est déjà établi : quelque chose sépare Jésus de la foule assemblée, du monde. Plus encore il reste sur le bord de la mer. Puis le récit nous dit «Arrive Jaïros...». Or Jaïros ne pouvait sûrement pas être avec Jésus ni avec la foule car il arrive. En conséquence Jaïros ne peut arriver que de plus profondément des terres. Or nous savons, théologiquement, que s'il y a de la vie sur la terre c'est grâce à la mer. Jaïros tombe aux pieds de Jésus. La proximité

---

615 O. Genest, «De la fille à la femme à la fille (Luc 8, 40-56)", *dans* A. Chené *et al., De Jésus et des femmes : Lectures sémiotiques, suivies d'une entrevue avec A.J. Greimar,* Montréal, Bellarmin, 1987, pp. 105-120.

616 M. Girard, *Les symboles dans la Bible : essai de théologie biblique enracinée dans l'expérience humaine universelle*, Montréal, Bellarmin, 1991, p. 258.

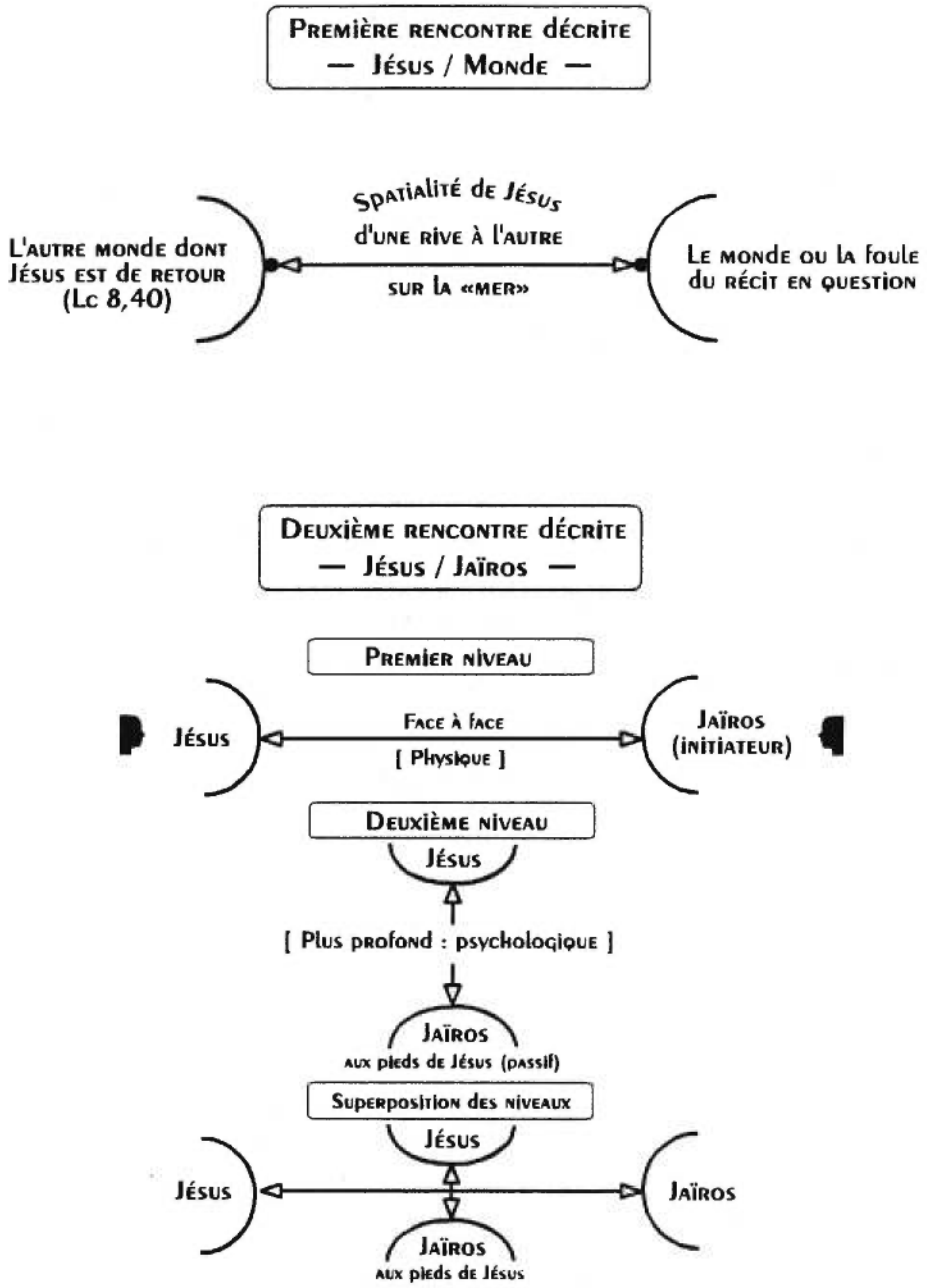
617 Centre informatique et Bible Abbaye de Maredsous, *Dictionnaire encyclopédique de la Bible*, Montréal, Iris, 1987, p. 809.

618 M. Girard, *Op. cit.*, p. 244.

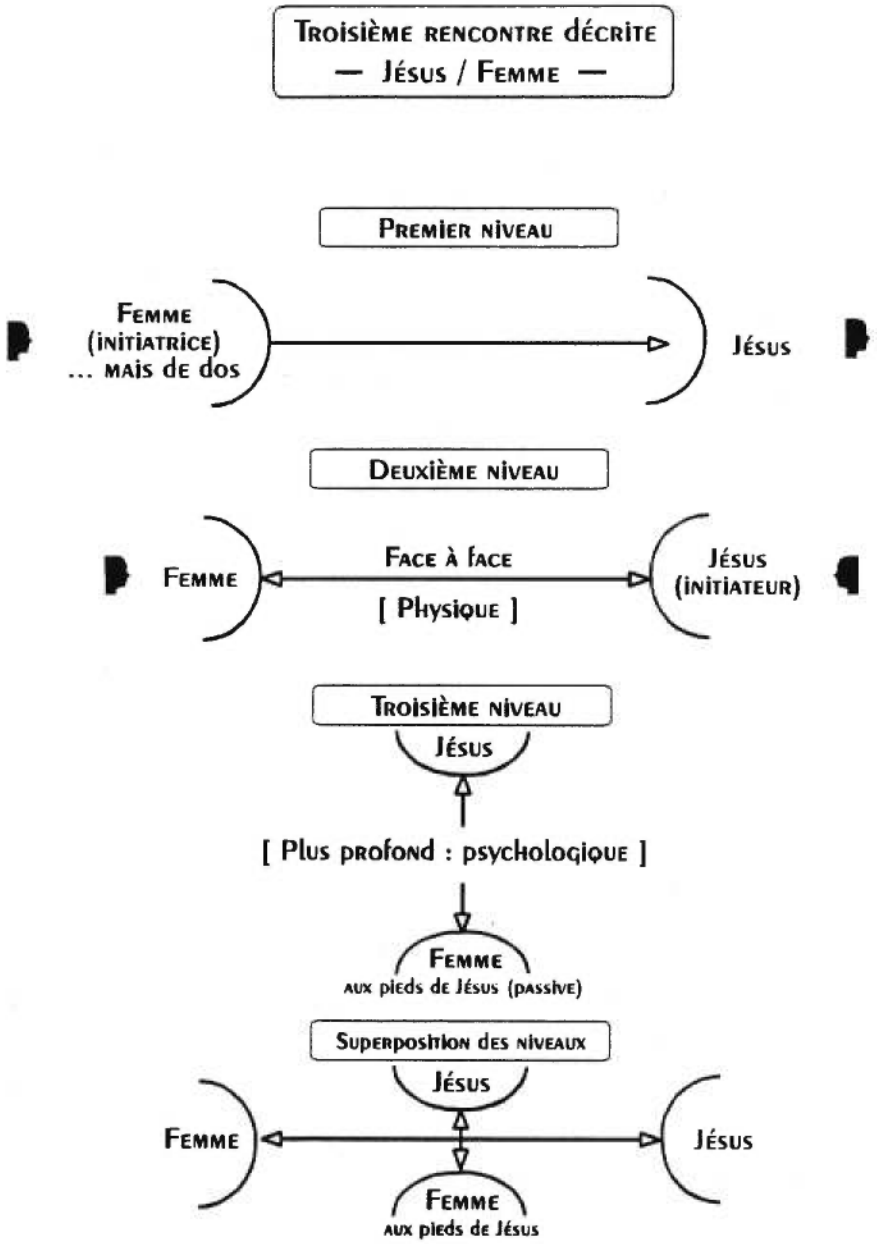
horizontale (symbolisme d'horizontalité = ontique) se double d'une proximité verticale (symbolisme de verticalité = ontologique). À la demande de Jaïros Jésus part avec lui, pas en barque, mais à pied donc vers l'intérieur des terres, là où la vie se meurt. La femme souffrant d'hémorragie quant à elle suit Jésus et Jaïros de près — elle réussira à toucher Jésus — mais par derrière. Il y a une proximité entre les deux certes mais qui n'est pas marquée, initialement, par le face à face. Cette proximité se rend donc au toucher. Après avoir été touché par cette femme Jésus se retourne et fait face à la foule. La femme qui se jette aux pieds de Jésus dénote également une spatialité qui se double d'une verticalité évidente. Jésus lui dit «Va en paix». Elle doit retourner à ses affaires, à son monde, donc ne pas suivre Jésus sinon il aurait dit «Suis moi». Arrivé à la maison de Jaïros, Jésus fait sortir les gens. Il y pénètre avec Pierre, Jean, Jacques ainsi que les parents de la fillette. Il y aura donc une autre relation de face à face mais cette fois entre Jésus et l'enfant. Là encore, la proximité entre Jésus et l'enfant se concrétise dans un toucher; toutefois l'enfant était couché et passif, une proximité également marquée par une certaine verticalité.

Pour mieux saisir la dimension spatiale impliquée dans le récit de Marc nous en présentons une synthèse visuelle dans le tableau 7 suivant.

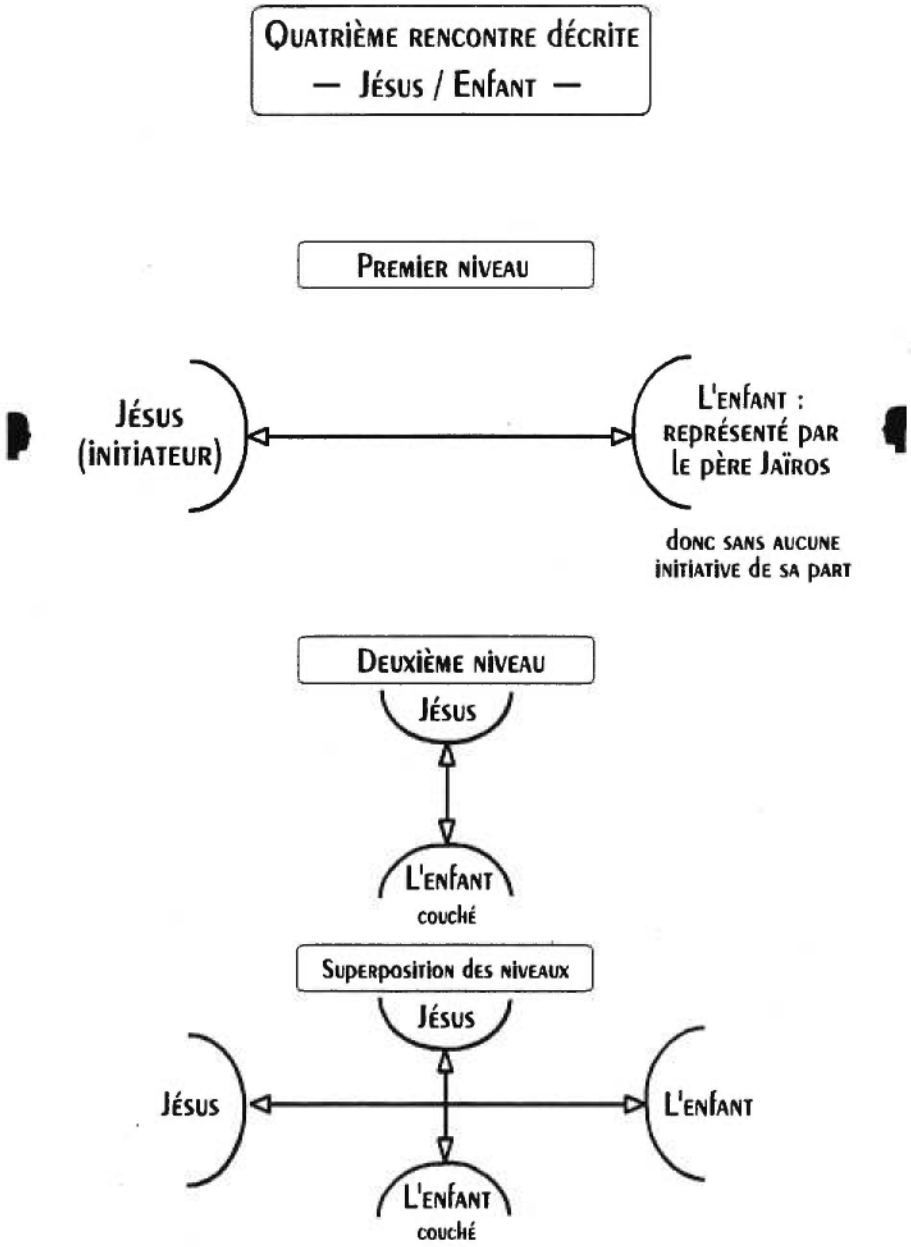
Mc 5, 21-43 : Schéma spatial visuel



Suite ...


Troisième rencontre décrite
— Jésus / Femme —
Premier niveau
Femme
(initiatrice)
... mais de dos
Jésus
Deuxième niveau
Femme
Face à face
[Physique]
Jésus
(initiateur)
Troisième niveau
Jésus
[Plus profond : psychologique]
Femme
aux pieds de Jésus (passive)
Superposition des niveaux
Jésus
Femme
Jésus
Femme
aux pieds de Jésus

Suite ...


QUATRIÈME RENCONTRE DÉCRITE
— JÉSUS / ENFANT —
PREMIER NIVEAU
JÉSUS (INITIATEUR)
L'ENFANT : REPRÉSENTÉ PAR LE PÈRE JAÏROS
DONC SANS AUCUNE INITIATIVE DE SA PART
DEUXIÈME NIVEAU
JÉSUS
L'ENFANT couché
SUPERPOSITION DES NIVEAUX
JÉSUS
JÉSUS
L'ENFANT
L'ENFANT couché

4.1.1.2 Temporalisation

Comme la totalité des exégètes l'ont constaté avant nous le récit de Marc est constitué par l'enchâssement de deux récits originellement séparés. Or, le récit de la fille de Jaïros est enchâssé au présent alors que celui de la femme l'est au passé. Jaïros dans sa demande dit : «Ma petite fille est près de mourir...», ce qui signifie qu'elle est encore vivante. Juste après il dira : «Viens lui imposer les mains pour qu'elle soit sauvée et qu'elle vive». Le paradoxe est à l'effet, paradoxe sémantique, que la fille de Jaïros est «vivante» sans l'être. Il semble qu'il y ait, dans la demande de Jaïros, une problématique liée à l'aspect qualitatif voire significatif du temps plutôt que quantitatif. Nous savons de Luc que la fille de Jaïros était enfant unique. Au plan temporel ce fait revêt une grande importance, nous le développerons davantage ultérieurement. Notons ici, que, dans l'ancien Israël, avoir beaucoup d'enfants était un bonheur envié que l'on souhaitait à la jeune mariée[619] tout comme on félicitait le père d'une nombreuse progéniture. On désirait avoir surtout des fils car ils perpétueraient la race. À partir de cette note nous pouvons comprendre que pour Jaïros, avoir une seule fille comme enfant pouvait faire surgir un problème existentiel fort important en ce sens qu'après sa mort à lui, Jaïros, son histoire personnelle s'arrêterait. À travers sa fille, son temps était doublement compté : le sien d'abord, puis celui de sa tradition. Sa fille symbolisait donc, possiblement et probablement, la mort.

---

[619] Centre informatique et Bible Abbaye de Maredsous, *Dictionnaire encyclopédique de la Bible*, *Op. cit.*, p. 411.

La maladie de la femme hémorragique en fait également une femme affligée, parce que sans enfant et sans possibilité d'en avoir. Pour Jaïros, comme pour la femme, il y a une problématique évidente liée au futur, à une certaine incapacité de se «perpétuer», elle à cause de ses constantes hémorragies, lui parce que sans fils. En fait les deux n'ont pas «d'homme» dans leur vie. La femme hémorragique, qui souffrait depuis 12 ans, est le second fait relatif à la temporalisation à noter que nous aurons à développer plus profondément. À cela s'ajoute le fait que le passé de cette femme était marqué par un mal et une souffrance non pas aiguë mais chronique, «... au contraire son état avait plutôt empiré!» En ce qui a trait au présent et au futur immédiat de cette femme elle était «obsédée» à l'idée de pouvoir toucher au vêtement de Jésus dont elle connaissait d'avance le pouvoir. Le fait de toucher au vêtement et la guérison sont vécus simultanément. Si avant la guérison cette femme était sûre d'elle, il appert qu'après la découverte de son geste par Jésus elle devient subitement craintive et tremblante. Jésus lui dit : «... Va en paix et sois [impératif] guérie...». Que veut donc dire ce «va en paix»? Le Dictionnaire encyclopédique[620] nous dit que «paix» exprime la vie en bonne entente avec autrui. La paix que Jésus communique n'est toutefois pas facile mais onéreuse. Jésus suscite donc un «combat spirituel», une réconciliation entre les hommes. Autre question que nous débatterons ultérieurement. En route Jésus et Jaïros apprennent que la fille de ce dernier est morte. Le temps qui s'écoule entre la décision de Jaïros d'aller à Jésus et le décès de sa fille semble assez court. Tout semble se passer très vite. La temporalité semble ici se superposer comme jamais.

---

620 Centre informatique et Bible Abbaye de Maredsous, Dictionnaire encyclopédique de la Bible, *Op. cit.*, p. 951.

Enfin, le récit se termine avec la péricope suivante. La fillette se mit à marcher «car elle avait douze ans». Autre symbolisme des nombres comme dans le cas de la femme hémorragique toutefois avec une signification différente. Nous verrons que l'âge de douze ans, ici, semble plausible comme âge moyen de l'adolescence voire de la puberté. Or cette étape est un appel en soi, appel à quitter, ne fût-ce qu'en esprit, le giron familial pour se tourner vers le monde, ici un monde de femme, donc lié, généralement, à la reproduction. Il est notoire de constater que si le passé de la femme, non mourante, a été accompagné de nombreux médecins, il appert que face à la situation de mort de la fille de Jaïros il n'y a aucune mention de la présence d'un ou de médecins, ni même de la maladie dont elle était affectée d'ailleurs. Le tableau 8 suivant nous permettra de résumer et de visualiser les temps importants du récit.

Mc 5, 21-43 : Schéma temporel visuel

JÉSUS

- Le passé de Jésus : entre deux mondes (la mer).
- Le présent de Jésus : entre deux personnes personnes reliées authentiquement tant physiquement (symbolisme d'horizontalité) que psychologiquement (symbolisme de verticalité) (ex. : Jésus/Jaïros).
- Le futur de Jésus : entre ceux qui agiront à sa suite et dans son esprit (la femme dans ses rapports éventuels).

JAÏROS

- Un passé marqué par son rôle d'autorité sur l'enfant, par l'angoisse d'être sans fils et, probablement, de ne pas avoir été présent affectivement et qualitativement à cet enfant.
- Un présent marqué par le moment de devoir renoncer à cette autorité, le constat probable du «tort» qu'il a fait à cet enfant et le face à face avec Jésus.
- Un futur marqué par l'espérance que malgré sa «faiblesse» comme père sa fille retrouve son autonomie.

LA FEMME

- Un passé marqué par une souffrance chronique liée à une recherche de guérison magique et à sa condition d'infertilité d'où des sentiments probables d'impuissance *(Helplessness)* et de désespoir *(Hopelessness)*.
- Un présent marqué par le fait de devoir se raconter à Jésus donc par la crainte.
- Un futur lié à un impératif de réconciliation (psychologique) de la part de Jésus comme si rien n'était jamais garanti voire guéri (somatique) à jamais.

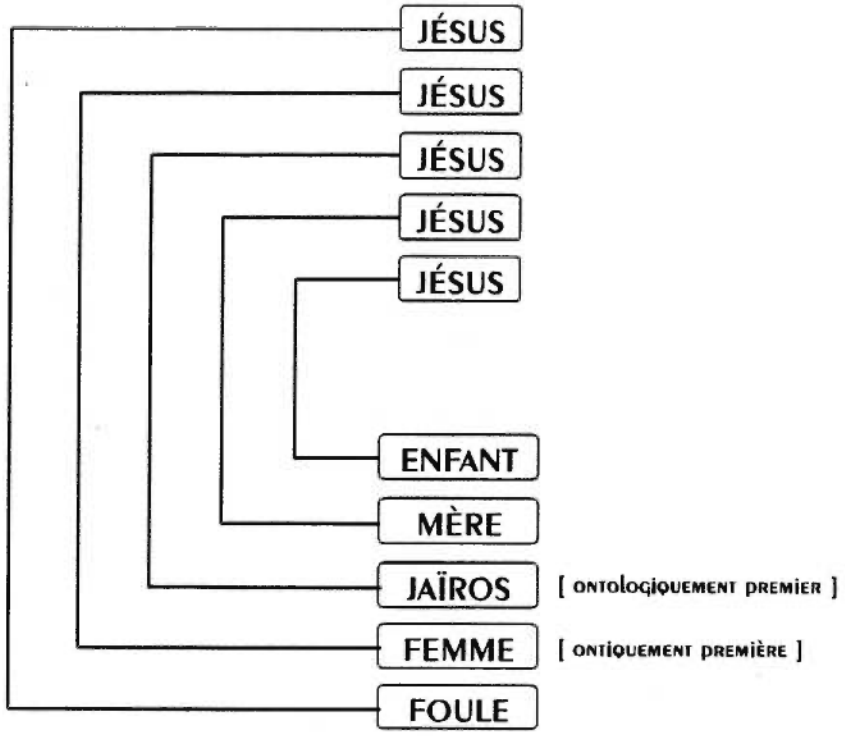
L'ENFANT

- Un passé marqué par la «subsistance» dû à sa dépendance comme enfant, par le «sommeil» bref.
- Un présent marqué par un passage obligé à une autre vie, celle du monde de l'adulte, ici de femme quoique ce passage ait été rendu très difficile.
- Un futur désormais rendu existentiellement possible du fait que les parents sont enjoints à la délaisser de leur emprise psychologique pour ne s'occuper que du corporel.

4.1.1.3 Superpositions spatio-temporelles

La présente forme d'analyse a pour but de superposer les données que le texte nous fournit sous ces deux angles. D'abord, la toute première relation de Jésus est avec le monde, «une grande foule s'assembla». En second lieu, on pourrait croire que la première relation est avec Jaïros, mais est-ce vraiment le cas? Implicitement, la femme n'était-elle pas déjà présente dans la foule? Le texte y répond implicitement parce qu'il la fait arriver de nulle part, contrairement à Jaïros. Donc, intentionnellement et physiquement, cette femme était potentiellement plus près d'être en rapport avec Jésus que Jaïros qui lui ne l'était qu'intentionnellement car il n'était pas encore présent dans la foule, il s'en venait. Toutefois, au plan ontologique, cela complique quelque peu la compréhension parce qu'en fait l'existence précède l'essence ce qui signifie qu'au plan qualitatif, au plan du sens et non des sens, l'inclusion du récit de Jaïros a peut-être une importance autre que celle que les apparences (les sens) voudraient laisser croire. Au plan purement existentiel cela démontre que corps, esprit et psyché sont trois dimensions d'une seule réalité unifiée et que dans chaque action les trois dimensions sont toujours présentes et agissantes. Il est également intéressant de noter que la mère de la fillette est mentionnée mais à la toute fin seulement. Enfin, signalons que la guérison de la femme se fait au moment où elle, Jaïros et Jésus marchent dans le même sens, dans la même direction, vers l'intimité du monde de Jaïros, de sa maison, de sa famille laquelle intimité est aussi celle de la femme.

Mc 5, 21-43 : Superpositions spatio-temporelles visuelles



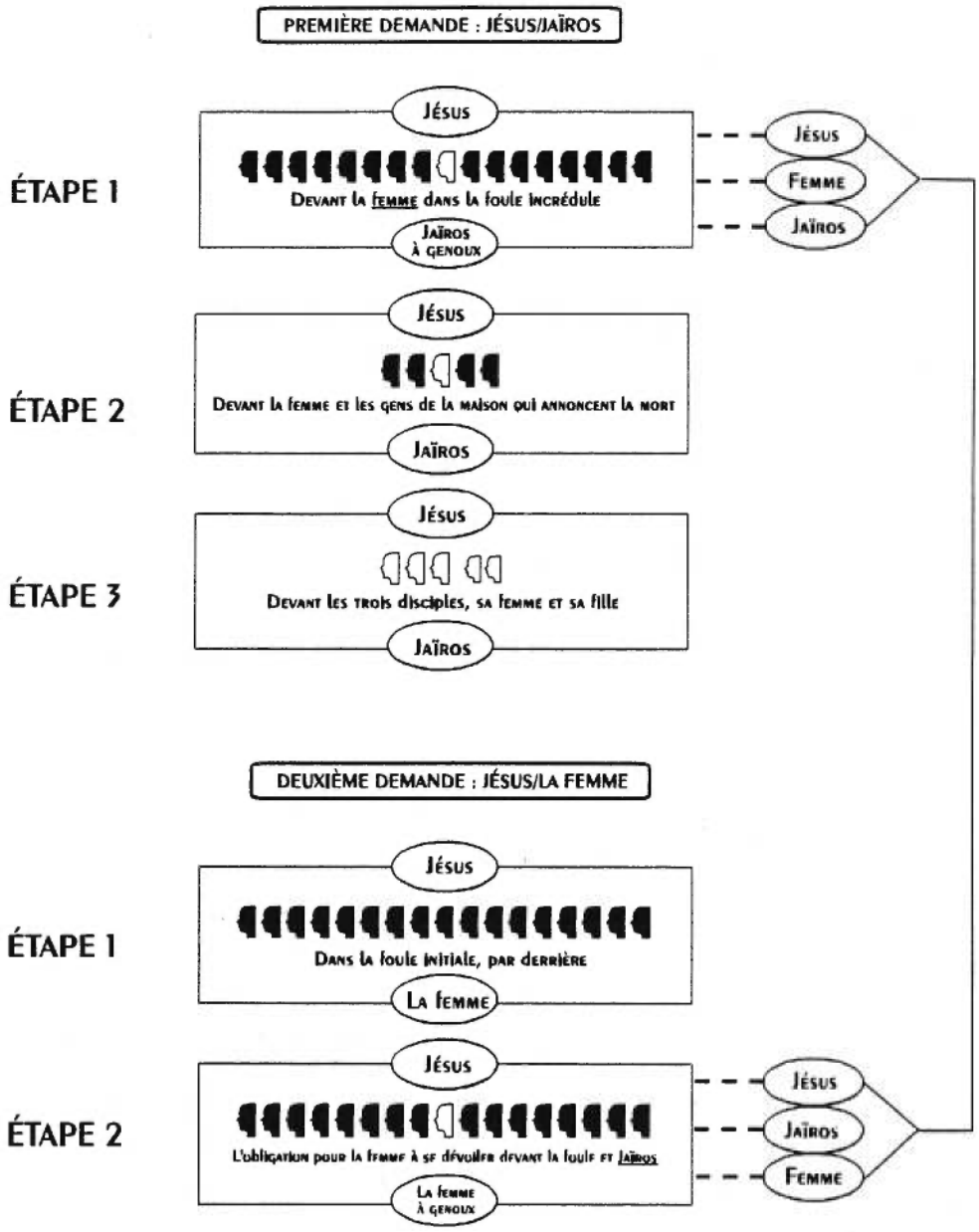
N.B. Cette dernière configuration n'est pas le fruit du hasard. Elle correspond, à notre point de vue, à la dernière configuration du Tableau n° 5 soit celle du jeune adulte prêt à exploiter son être-avec-autrui avec les couches accumulées.

4.1.1.4 Actorialisation

Le récit débute en montrant la force de Jésus : dès que Jésus apparaît la foule se rassemble près de lui. Face à cette foule arrive Jaïros, chef de la synagogue par surcroît mais aussi père de la fille mourante, enfant unique. Il y a donc la foule qui se «soumet» à Jésus et Jaïros qui s'humilie devant la foule. La foi de Jaïros est en proportion de son humilité et son humilité en proportion, probablement, d'une certaine reconnaissance de quelque chose : il commande à Jésus «Viens lui imposer...», il semble convaincu que Jésus va venir et aussi qu'il va la sauver. Cette foule que Jésus attire en mettant le pied sur la rive semble incrédule, elle les suit, comme pour voir. Voici qu'une femme hémorragique chronique veut toucher Jésus pour être guérie. Le récit nous rend compte de ses déboires auprès de nombreux médecins. Dû à son état d'impureté elle touchera Jésus par l'arrière, à son insu. Après avoir été touché par la femme Jésus questionne. Les disciples ne le prennent pas au sérieux, «... Tu vois la foule qui te presse et tu demandes : Qui m'a touché?» La femme se dévoile et dit toute la vérité. Jésus lui répond en l'appelant «Ma fille» et en lui disant qu'elle était sauvée. Jésus disant «Ma fille» nous porte à penser ici que Jésus s'identifie au père de cette fille. À cela s'ajoute un impératif : «Va en paix et sois guérie de ton mal». Des gens arrivant de la maison du chef de la synagogue viennent ajouter à la tension déjà existante et laisser entendre que le Maître ne peut plus rien car, s'adressant à Jaïros, «ta fille est morte», disent-ils. Ici, les gens introduisent également le mot fille en parlant de l'enfant de Jaïros, ils disent «ta fille». À ce moment il y a une coupure d'avec la foule qui suivait. Les disciples sont nommés : Pierre, Jacques et Jean le frère de Jacques ainsi que Jaïros arrivent à la maison de ce dernier. Jésus entre dans la maison où des gens pleurent

et crient; il les fait sortir, tous, parce qu'ils se moquaient de lui. Il se retrouve avec le père, les trois disciples et aussi la mère qui apparaît dans la scène pour la première fois. Jésus prend la main de l'enfant qu'il appelle fillette et à qui il ordonne de se lever : elle se lève et se met à marcher. Il s'adresse à tous afin que silence soit gardé et qu'il soit donné à manger à la fillette. Somme toute il y a dans ce récit deux acteurs majeurs : Jésus et Jaïros. De loin Jésus est le plus actif; il parle, il marche, il constate, il encourage, il exhorte, etc. Il y a également d'autres acteurs : la femme (semi-active), l'enfant ou la fille (passive) et tous les autres qui sont plutôt acteurs négatifs. D'elle-même, la fillette, elle ne demande rien. Le tableau 10 nous montre le schéma d'actorialisation visuel.

Mc 5, 21-43 : Schéma d'actorialisation visuel



4.1.1.5 Disposition sentimentale

La disposition sentimentale de Jaïros est assez évidente. D'abord il apparaît comme très décidé et semble savoir où il va et ce qu'il veut : aller directement à Jésus. Le récit laisse voir un Jaïros, chef de la synagogue, prêt à s'humilier. Sa supplication avec insistance nous donne l'idée de son désespoir : «il tombe» littéralement aux pieds de Jésus. Le contexte donne à penser que Jaïros est en même temps convaincu que Jésus sauvera sa fille. La femme hémorroïsse nous apparaît, quant à elle, comme souffrant depuis longtemps. Elle semble convaincue que Jésus peut la guérir mais elle semble plus craintive que Jaïros dans le sens où elle compte l'aborder par derrière. Son espérance est indéniable quoique sa demande initiale est indirecte. Lorsque Jésus se retourne, afin de savoir qui l'a touché, elle est apeurée mais consent à se dévoiler. De toute évidence la foule et les groupes non nommés (la foule s'assembla, une foule nombreuse le suivait et l'écrasait, la foule qui te presse, des gens qui disent, des gens qui pleurent, tout le monde) nous apparaissent toujours comme des entités suspicieuses et douteuses du pouvoir de Jésus et, en même temps, comme une mise à l'épreuve disons, un élément incontournable pour valider la foi, ici de Jaïros et de la femme. Quant à Jésus il semble convaincu de la foi de Jaïros, «Jésus s'en alla avec lui», même chose avec la femme d'ailleurs : «Ma fille, ta foi t'a sauvée...» quoiqu'avec elle il ne marchera pas dans la même direction comme avec Jaïros. Plus Jésus approche de la maison, des origines, et plus les éléments négatifs sont écartés comme si seulement ceux qui ont affaire avec les origines de l'enfant, son expérience passée, sa *Lebenswelt,* devaient être là. Enfin, le texte ne permet en aucun cas d'extrapoler sur la responsabilité ni de Jaïros par rapport à la maladie de sa fille ni de

la femme quant à ses problèmes gynécologiques. Quant à Jésus, il s'exprime clairement et catégoriquement à l'effet que la fille de Jaïros dort : «L'enfant n'est pas morte, elle dort», et puis «Fillette, je te le dis, réveille-toi!» Selon R.E. Brown il est impossible de savoir si Jésus par «endormie» (*asleep*) veut le dire littéralement ou théologiquement (c'est-à-dire que sa mort est seulement un sommeil).

> The Paschal out look of the Gospel, however, makes it clear that for Mark Jesus's miracles symbolize the passage from death (bondage to sin and the devil) to new life[621].

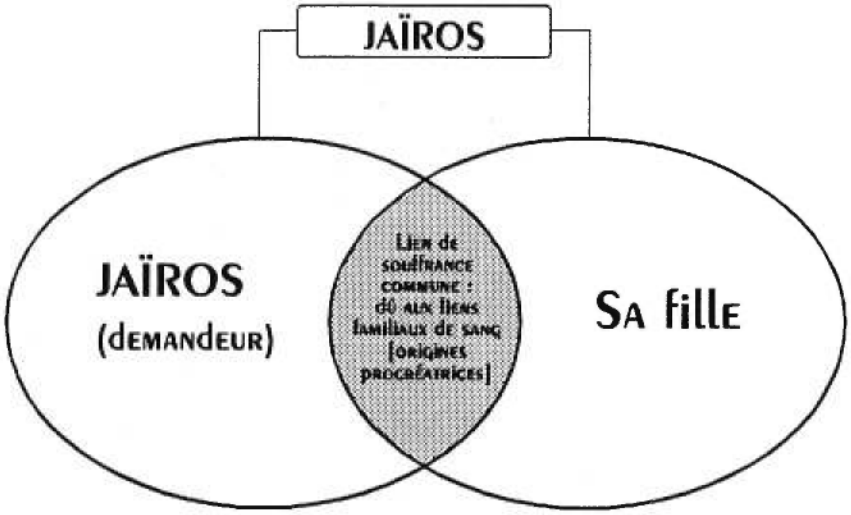
4.1.1.6 Les demandes

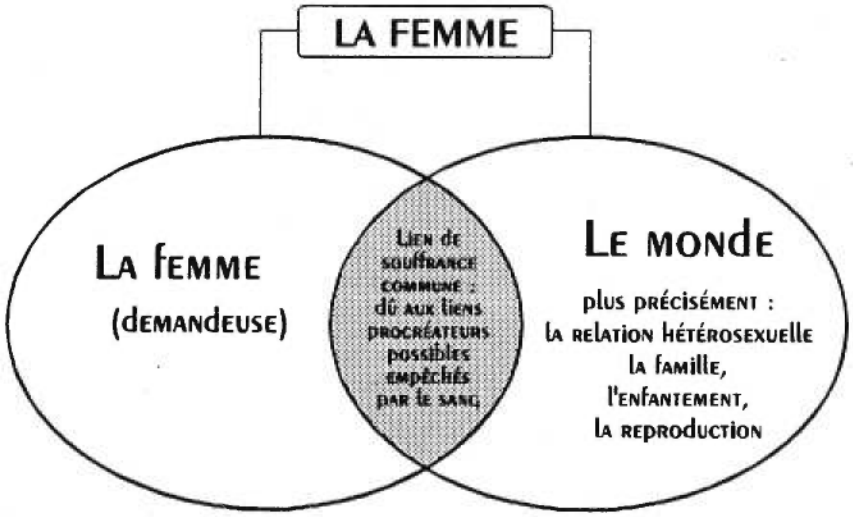
Qui demande quoi dans ce récit? D'abord, Jaïros fait une demande pour sa fille, ce n'est pas l'enfant qui demande. Jaïros est donc, comme père de l'enfant, le demandeur. Quant à la femme sa demande est personnelle quoique indirecte. Nous serions donc, avec Jaïros, devant une demande directe par une personne souffrante certes mais non malade. Ici la demande est placée au nom d'un autre. D'autre part, nous sommes face à une demande indirecte placée cette fois par la personne requérante souffrante et malade soit la femme. Il y a également une demande voire une exhortation de Jésus à la femme «Va en paix et sois guérie». Face à Jaïros Jésus lui demande de ne pas craindre et de croire seulement. Aux parents de la fillette Jésus demande de lui donner à manger. Ce qui est intéressant à noter est l'identité du lien qui unit Jaïros à sa fille et l'identité du lien entre la femme et le monde : la notion de procréation.

---

[621] R.E. Brown, J.A. Fitzmyer, R.E. Murphy, *The Jerome Biblical Commentary - Two volumes*, New Jersey, Prentice-Hall, 1968, p. 33.

Mc 5, 21-43 : Schéma visuel des demandes





4.1.1.7 Les épreuves

Nous pouvons noter au passage que le récit nous fait voir Jaïros comme grandement éprouvé par l'état de sa fille. C'est cette situation qui semble le conduire à Jésus. Toutefois, il est à noter que rien nous est fourni quant à la maladie de la fille de Jaïros. Pourtant c'est à ce niveau que se produira le plus grand miracle soit la résurrection ou réanimation. Quant à la femme le récit nous apprend qu'elle avait dépensé tout ce qu'elle possédait, en conséquence elle ne pouvait même plus recourir aux services de médecin. De plus, son état avait même empiré. Or sur la maladie de cette femme on en sait passablement. Quelle était donc l'épreuve majeure que vivait Jaïros? La «maladie» de sa fille, la situation que celle-ci vivait à sa période nubile voire son incapacité à aborder le monde adulte comme femme ou encore la prise de conscience de ne pas avoir été psycho-affectivement disponible dans son rôle de père avec les conséquences que cela comporte. Quelle était maintenant l'épreuve majeure de la femme? Aussitôt qu'elle toucha le vêtement elle fut guérie «à l'instant». Elle aurait bien pu se sauver dans la foule. Mais non! Elle reste là, faisant face à Jésus et à Jaïros, «craintive et tremblante», dans l'obligation de devoir dire toute la vérité. Mais de quelle vérité s'agit-il? Jésus avait-il besoin de se faire dire en public que quelqu'un venait d'être guéri grâce à lui? Nous pensons que non et que l'épreuve majeure pour cette femme réside dans le contenu de cette vérité exprimée et de l'impératif auquel Jésus l'exhortera, ce qu'elle avait toujours esquivé par le recours aux médecins, aux recherches de guérisons uniquement somatiques bref à la pensée magique.

Mais qu'est-ce donc, à cette époque, que la signification de la maladie? Que ce soit fièvres, tumeurs, peste ou surdité par exemple la maladie est généralement considérée comme «châtiments divins du péché» dont la cause immédiate était souvent conçue comme une sorte de possession démoniaque. Dans cette perspective la guérison doit être considérée comme le résultat, moins de la médecine, que d'un rituel auquel le malade était soumis, de l'oeuvre d'un thaumaturge ou d'un dieu guérisseur agissant par l'intermédiaire de ses prêtres ou prophètes. Jésus[622] ne réprouve pas entièrement l'ancienne conception de la maladie punition de Dieu mais il nie son caractère nécessaire. Dès lors, il se pourrait que la maladie de la fille devienne, pour Jaïros, un châtiment parce qu'en fait n'avait-il pas autorité sur elle? Entendons ici autorité en son sens originel c'est-à-dire «faire se développer au maximum les possibilités de quelqu'un dont on a la tutelle». De plus comment un enfant peut-il pécher s'il est encore sous l'omniscience, l'omniprésence et l'omnipotence parentale? En conséquence la fillette n'avait sûrement pas péché.

4.1.2 Problématisation sur la praxis du récit de Marc

4.1.2.1 Confrontation avec la praxis biblique dans son ensemble

4.2.1.1.1 Sur quelques expressions et termes utilisés

Avant toute chose examinons quelques expressions et termes qui nous apparaissent importants. Pour ce faire nous scruterons les mots du récit dans leur ordre d'apparition et nous référerons à quelques spécialistes pour en tirer le maximum de signification.

---

622 Centre informatique et Bible Abbaye de Maredsous, *Dictionnaire encyclopédique de la Bible*, Montréal, Iris, 1987, p. 801.

- **LA MER**

Léon-Dufour[623] signale qu'elle est le lieu où habitent et agissent les puissances démoniaques. Comme Dieu, Jésus en maîtrise les flots déchaînés et, au besoin, marche dessus. Pour Girard[624] la mer (emprisonnée) évoque l'oppression, le péché, la souffrance, la ruine et la mort, c'est-à-dire, au fond, toutes formes de mal (politique et/ou sociale, morale, psychologique, physique). Or le pouvoir sur la mer relève de Yahveh.

- **JAÏROS**

Selon Rochais[625] le nom de Jaïros signifie «il éclairera», «fera briller». Un sens dévié, «il réveillera», introduit que très tard dans le récit de résurrection, serait symbolique pour celui-ci. Derrett[626] dit que Jaïros, de sa racine hébraïque, signifie probablement *"He who gives light"* ou "*The Enlightener*".

- **ET QU'ELLE VIVE**

Toujours selon Rochais[627] le mot vivre signifie aussi guérison : «Puisque sa fille est à la dernière extrémité, le père souhaite qu'elle guérisse car elle a encore toute la vie devant elle».

---

623 X. Léon-Dufour, *Op. cit.*, p. 362.

624 M. Girard, *Op. cit.*, pp. 258-260.

625 G. Rochais, *Les récits de résurrection des morts dans le Nouveau Testament, «La rédaction marcienne du récit de la résurrection de la fille de Jaïros» (5, 22-24a.35-43)*, 1981, pp. 56-57.

626 J.D.M. Derrett, "Mark's technique : The Haemorrhaging Woman and Jaïros' Daughter", *Bibl 63*, 1982, p. 492.

627 G. Rochais, *Ibid.*, p. 59.

Un point de départ nouveau est marqué : «par sa guérison la jeune fille va revivre, mais aussi entrer dans la vie adulte». Léon-Dufour[628] signale que dans le Nouveau Testament la vie est présentée dans le prolongement de la conception de l'Ancien Testament. La vie terrestre est donc le bien par excellence, c'est l'«âme» ou l'existence (gr. *psykhè*). Exister loin de Dieu c'est être comme mort.

- **FEMME**

Jésus tranche sur son époque par son attitude à l'égard de la femme. À cette époque la stérilité d'une femme est un mal. Selon le Dictionnaire encyclopédique de la Bible[629], dans l'ancien Israël, avoir beaucoup d'enfants était un honneur envié que l'on souhaitait à la jeune mariée tout comme on félicitait le père d'une nombreuse progéniture. Toutefois, on désirait surtout des fils pour continuer la race (1S 4,20; 2S 18,18; Rt $4,13_S$). Quant au statut de cette femme Derrett[630] dit qu'une clé de compréhension nous est donnée par le fait qu'elle avait dépensé tout ce qu'elle avait. À ses dires cela signifierait que cette femme était, soit seule, soit veuve ou soit divorcée. Son indisponibilité sexuelle, dans un contexte juif lié à la problématique du sang et de son impureté, ainsi que son impossible fertilité conséquente entraîneraient automatiquement un divorce ou une impossibilité de remariage. Parler de fertilité pour une femme c'est aussi parler de stérilité; l'un n'a de sens qu'en l'opposant à l'autre. Ainsi Léon-

---

628 X. Léon-Dufour, *Op. cit.*, pp. 543-544.

629 Centre informatique et Bible abbaye de Maredsous, *Dictionnaire encyclopédique de la Bible,* 1987, p. 411.

630 J.D.M., Derrett, *Op. cit.*, p. 477.

Dufour[631] rappelle-t-il que quelle qu'elle soit la stérilité était un mal. Ainsi la foi sans oeuvre est-elle une foi sans vraie conversion.

- **HÉMORRAGIE**

Derrett[632] apporte un éclairage sur la controverse qui pourrait avoir lieu en ce qui concerne la maladie dont la femme souffrait. Ce dernier élabore sur les trois maladies possibles : hémorroïdes, dysenterie et métrorragie *(menorrhagia)*. Ainsi : *On the whole, however, common sense and general medical knowledge point to menorrhagia as the illness...*

- **MALADIE/GUÉRISON/CORPS**

Dans *The Jerome Biblical Commentary*[633] nous pouvons lire que les maladies, que ce soit fièvres, tumeurs, peste, une déficience physique comme la surdité, sont considérées en général comme des châtiments divins du péché. La cause immédiate de la maladie était souvent conçue comme une sorte de possession démoniaque, sans pour autant l'attribuer à une rétribution collective. Selon Léon-Dufour[634], Jésus ne réprouve pas entièrement l'ancienne conception de la maladie comme punition de Dieu, il nie son caractère nécessaire (Jn 9,3; 11,4)[635]. Il guérit les malades mais seulement dans un sens métaphysique (Mc 2,17 par.) et en

631 X. Léon-Dufour, *Op. cit.*, pp. 503-504.

632 J.D.M. Derrett, *Op. cit.*, p. 478.

633 Centre informatique et Bible abbaye de Maredsous, *Op. cit.*, p. 772.

634 X. Léon-Dufour, *Op. cit.*, p. 352.

635 Centre informatique et Bible abbaye de Maredsous, *Op. cit.*, p. 801.

citant un proverbe populaire : «Médecin, guéris-toi toi-même» (Lc 4,23). Ce qui manifestait un certain scepticisme sur l'efficacité de la médecine (Lc 4,43). Il voit dans la maladie une conséquence du péché et un signe de la domination de Satan. Ainsi le recul de la maladie symbolise-t-il le triomphe progressif de la vie sur la mort. Jésus a guéri de nombreux malades, ordinairement par la seule parole (sauf Mc 7,33; 8,23; Jn 9,6). C'est la force contraignante de la personnalité de Jésus et de sa parole qui est décisive. Sa parole toute-puissante est victorieuse des puissances du Satan qui domine sur la maladie et la mort. Pour les auteurs du Dictionnaire encyclopédique de la Bible «il faut rattacher aux guérisons les récits dits de résurrection, avec un retour à la vie ordinaire[636].» D'ailleurs le commentaire de Derrett confirme ce retour à la vie ordinaire en ce qui a trait au récit de Marc : *"If her 'walking' enacts response to Cant 2, 10.13 her eating implics her return to normal living"* (Qoh 5,19)[637]. Mieux encore d'ajouter Derrett «manger» *(to eat)* est un symbole sexuel bien connu. Rappelons-nous également que Rochais émettait le point de vue que la guérison constituait pour la fille le point de départ d'une situation nouvelle : «par sa guérison la jeune fille va revivre, mais aussi entrer dans la vie adulte[638].» Léon-Dufour[639] signale que dans le Nouveau Testament le verbe guérir (*apolyô* dans Lc 13,12) est utilisé au sens de «délier».

---

636 Centre informatique et Bible abbaye de Maredsous, *Op. cit.*, p. 836.

637 J.D.M. Derrett, *Op. cit.*, p. 489.

638 G. Rochais, *Op. cit.*, p. 59.

639 X. Léon-Dufour, *Op. cit.*, pp. 183-184.

Il nous apparaît impensable ici de ne pas parler du corps parce qu'en fait la maladie (somatique) s'adresse au corps. Ainsi Léon-Dufour[640] mentionne qu'ordinairement, selon la Bible, le corps est ce par quoi l'homme entre en relation avec ses frères et avec l'univers, il est sa capacité d'expression. Il désigne la personne sous son aspect extérieur et visible. Toujours selon Léon-Dufour sa dignité réside avant tout dans sa faculté de procréation. Aussi, à la différence de la chair (qualifiant la condition terrestre et fragile de l'homme), le corps doit-il ressusciter. Être de misère, il sera transfiguré, non par une simple transition mais à travers une véritable rupture, en un corps de gloire, en un corps spirituel. Enfin, notons que dans *The Jerome Biblical Commentary*[641] nous sommes informés que l'expression «sois guérie de ton mal» (*Mastix* : *disease*; cf Mk 3:6; 5:29; Lk 7:21) signifie littéralement un fléau (*scourge*) ou un fouet (*whip*) et suggère ainsi que la maladie était une punition en lien avec le péché.

- **DEPUIS DOUZE ANS**

Il est questionnant de voir que la femme souffre depuis douze ans, chiffre symbolisant la perfection par excellence. Selon Derrett :

> She could indeed have been troubled for *twelve years* (V.25), and this may go back to reminiscence, yet the numeral could be derived from V.42, where it is important, and may be intended to make the two females one combined sufferer for the purposes of the story[642].

---

640 X. Léon-Dufour, *Op. cit.*, p. 282.

641 Centre informatique et Bible abbaye de Maredsous, *Op. cit.*, p. 33.

642 J.D.M. Derrett, *Op. cit.*, pp. 475-476.

Selon Rudolf Pesch, cité par Wilcox, il semble bien que cette femme ait été malade pendant douze ans : *"The healing of a twelve years long illness*[643]*."*

- **VÊTEMENT**

Pour Léon-Dufour[644] le vêtement forme une unité avec la personne, il exprime l'être par certains gestes. Ainsi «toucher» l'habit d'un envoyé de Dieu, c'est entrer en contact avec son pouvoir.

- **VA EN PAIX**

D'abord une réconciliation avec Dieu et avec les autres. De réconcilier, Léon-Dufour nous dit que le sens grec signifie «se changer à l'égard de quelqu'un», au sens profane on dira «faire cesser une inimitié, ramener la paix[645].» Dans le Dictionnaire encyclopédique de la Bible[646] on peut lire que dans le Nouveau Testament la paix que Jésus communique n'est pas facile mais onéreuse (Jn 16,33) : il munit le chrétien du glaive (Mt 10,34), qui symbolise le combat spirituel.

---

643 R. Pesch, cité par Wilcox, *Talitha Koum (i) in Mk 5,41,* Logia (en collab.), 1982, p. 469.

644 X. Léon-Dufour, *Op. cit.*, p. 540.

645 X. Léon-Dufour, *Ibid.*, p. 459.

646 Centre informatique et Bible abbaye de Maredsous, *Op. cit.*, p. 951.

- **L'ENFANT**

Derrett[647] émet l'idée que la notion de fertilité pourrait bien constituer un lien entre la femme et la fille du récit. Selon ce dernier, il est reconnu que l'âge des premières menstruations peut être source de certaines peurs face au fait de devoir vieillir avec toutes les transformations et obligations que cela impose naturellement. Selon Rochais[648], il est fort possible que l'indication de l'âge de cette enfant provienne de la main même de Marc. Il aurait repris cette donnée soit à la tradition orale, soit au récit de l'hémoroïste. Ici l'âge est indiqué par le génitif, c'est-à-dire qui exprime la dépendance et l'appartenance, comme en grec classique. En 5,25 l'auteur avait utilisé l'accusatif de durée. Léon-Dufour[649] rappelle que l'enfant, au sens de fils ou fille, signifie «(gr.) *teknon*, dérivé de *tiktô* : "engendrer"». Le mot signifie aussi «descendance» et prend souvent un sens métaphorique avec la nuance d'affection qui unit deux êtres. Devenir «fils de Dieu» (gr. *hynes*) implique une distance vis-à-vis des parents que le disciple peut et doit prendre quand il est appelé par Jésus. Notons enfin que Jésus, trois disciples, le père, la mère et l'enfant sont présents dans la maison avec l'enfant. Il y a donc en tout sept personnes. Se pourrait-il que sept soit ici en lien avec la symbolique religieuse[650] du chiffre?

---

647 J.D.M. Derrett, *Op. cit.*, p. 480.

648 G. Rochais, *Op. cit.*, p. 69.

649 X. Léon-Dufour, *Op. cit.*, p. 227.

650 R.-F. Poswick; G. Rainotte *et al.*, *Dictionnaire de la Bible et des religions du Livre : Judaïsme/ Christianisme/Islam*, Belgique, Brepols, 1985, pp. 314-315.

- **ELLE DORT**

Rochais[651] semble catégorique à l'effet que cette expression pourrait avoir été utilisée pour parler du sommeil de la mort et cela à cause de l'affirmation précédente «elle n'est pas morte...». Rochais ajoute qu'il semble bien difficile de penser à une mort apparente, une sorte de coma, car Jésus n'a pas encore vu l'enfant. Loin d'être un diagnostic de médecin son affirmation serait théologique. Quoiqu'il en soit Wilcox nous mentionne qu'il n'est pas facile de contourner le fait que dans les trois synoptiques *"that the girl 'did not died' but was asleep*[652]*."* Dans *The Jerome Biblical commentary*[653] il nous est mentionné qu'il est impossible de savoir exactement si Jésus signifie, par "*asleep*" : elle dort, que l'expression est employée littéralement ou théologiquement (c'est-à-dire que la mort n'est qu'un sommeil). Une note très importante, Léon-Dufour[654] mentionne que le sommeil est signe également de confiance filiale (Ps 4,9; Mc 4,38; 1 th 4,14).

4.1.2.1.2 Au sujet de l'enchâssement des deux récits

La majorité des critiques sont unanimes, le récit de Marc, tout comme ceux de Luc et Matthieu, est le fruit de deux récits différents dont Marc est l'instigateur par le fait même que

---

651 G. Rochais, *Op. cit.*, pp. 64-65.

652 R. Pesch, cité par M. Wilcox, *Op. cit.*, p. 469.

653 R.B. Brown; Fitzmyer, J.A.; Murphy, R.E., *The Jerome Biblical commentary - Volume II : The new testament and topical articles,* Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall, 1968, p. 33.

654 X. Léon-Dufour, *Op. cit.*, p. 500.

l'oeuvre de Marc, c'est-à-dire en termes du genre «évangile», semble être la première : Marc (entre 64-69), Luc (aux environs de 80) et Matthieu (vers 80-85)[655]. Selon Rochais[656] l'enchâssement du récit de l'hémoroïste dans celui de résurrection est l'oeuvre de Marc pour deux raisons. La première tient au fait que le verset 24b est rédactionnel, du style de Marc et à cela s'ajoute le fait que le procédé d'enchâssement est courant chez Marc. De plus, il y a une différence de style entre les deux récits. Alors que le récit de la résurrection est narré au présent, l'épisode de l'hémoroïste est, quant à elle, rédigée au passé. Derrett[657] mentionne également que ces deux récits étaient originalement séparés et que même combinés ils trahissent, au plan du style, leurs origines indépendantes. Dans une note de bas de page Derrett nous mentionne que sa position est également confirmée entre autres par Rochais, Dibelius, Koch et Achtemerer. Le commentaire de Wilcox[658] arrive également à cette conclusion sans pour autant savoir ni comment ni pourquoi ces deux récits ont été combinés. Enfin cet enchâssement de récits est également accrédité dans *The Jerome Biblical commentary*[659]. Cela nous amène à la question que se pose Genest[660] : pourquoi ces deux récits ont-ils été ainsi enchâssés par Marc? Selon Genest, les exégètes supposent que deux récits préexistant dans des traditions séparées ont été réunis à cause d'évidentes ressemblances de détails. Leur

---

655 Centre informatique et Bible Abbaye de Maredsous, *Op. cit.*, pp. 757, 788, 799.

656 G. Rochais, *Op. cit.*, p. 59.

657 J.D.M. Derrett, *Op. cit.*, p. 498.

658 R. Pesch, cité par M. Wilcox, *Op. cit.*, p. 469.

659 R.B. Brown, *Op. cit.*, p. 32.

660 O. Genest, «De la fille à la femme à la fille (Luc 8, 40-56)", *dans* A. Chené *et al.*, *De Jésus et des femmes : Lectures sémiotiques, suivies d'une entrevue avec A.J. Greimar,* Montréal, Bellarmin, 1987, p. 105.

enchâssement, d'ajouter Genest, relèverait d'un procédé stylistique cher à Marc. Genest se pose également la question à savoir si, au niveau du sens, la relation des deux récits via leur jumelage peut influencer leur lecture. Nous croyons que oui. La conclusion de Genest est la suivante :

> Du point de vue de la manifestation textuelle, ils sont auto-suffisants et, à l'exception de quelques parentés littéraires qui permettent d'ailleurs de les rapprocher, leur caractère nettement différent vaut le récit de l'un et de l'autre[661].

À notre point de vue, l'objectif de Marc n'était sûrement pas que ces récits, une fois jumelés, conservent leur «auto-suffisance».

4.1.3 Confrontation avec la praxis biblique de Luc et Matthieu

Comparons[662] d'abord ces récits en fonction des expressions ou termes importants que nous avons sélectionnés en 4.2.1.1.1.

- **LA MER**

  Elle n'est pas mentionnée dans Matthieu, ni dans Luc.

- **JAÏROS**

  Matthieu ne le nomme pas.

---

661 O. Genest, *Op. cit.*, p. 118.

662 P. Benoît et M.E. Boismard, *Synopse des quatre Évangiles,* Cerf, 1965.

- **ET QU'ELLE VIVE**

Avec Matthieu la fille est déjà décédée. Avec Luc il est mentionné que l'enfant est fille unique. Ce fait nous apparaît important parce qu'il vient établir la déception probable de Jaïros ainsi que de sa femme face à cet enfant unique qui met fin à la descendance, à la race.

- **FEMME / HÉMORRAGIE / MALADIE / GUÉRISON / 12 ANS**

Trois récits sont identiques quant à la durée du mal soit douze ans, «depuis douze ans». Ni l'un ni l'autre ne mentionne ses liens avec de nombreux médecins non plus tout son avoir qu'elle aurait dépensé selon Marc.

- **VÊTEMENT**

Dans les trois récits la femme arrive par derrière en espérant toucher le vêtement de Jésus.

- **VA EN PAIX**

Dans les trois récits Jésus appelle la femme «ma fille». Dans les trois cas un impératif est également donné : «Aie courage», «Va en paix et sois guérie», «Pars en paix».

- **L'ENFANT / ELLE DORT**

  Dans les trois récits Jésus est catégorique, l'enfant n'est pas morte elle dort et l'entourage se moque. Matthieu nous dit que la fillette «s'éveille». Avec Marc, Jésus dit «éveille-toi» et avec Luc on retrouve également cet «éveille-toi».

- **FAITS IMPORTANTS AJOUTÉS OU CORROBORÉS**

  - L'enfant est *fille unique.*
  - Dans les trois cas la femme est malade depuis *douze ans.*
  - Dans les trois cas la femme cherche à toucher Jésus, son vêtement, *par derrière.*
  - *L'impératif* apparaît également dans les trois récits.
  - Dans les trois récits l'enfant n'est pas morte, *elle dort.*

4.2 INTERPRÉTATION DU RÉCIT, SELON LA PERSPECTIVE DE L'ANALYSE EXISTENTIELLE (*Daseinsanalyse*): UNE LECTURE EXOGÈNE

Nous allons maintenant tenter une lecture du récit de Marc 5,21-43 en fonction d'une grille reliée à la philosophie existentielle (Heidegger) et à la psychologie existentielle (Boss).

Avant toute chose il importe de se laisser questionner sur la façon de lire ce récit. Nous savons de Marc qu'il possédait l'art de rendre vivante son écriture jusqu'à laisser supposer qu'il

aurait été presque témoin oculaire des faits. Soucieux du détail Marc est reconnu pour retransmettre l'illusion du vécu. En conséquence, il nous faut d'abord lire le récit dans cette perspective. En second lieu, il ne faut pas oublier non plus que ce récit est constitué par l'enchâssement de deux récits. En agissant ainsi Marc avait une intention bien précise que pourtant peu de commentateurs semblent questionner ni non plus avoir trouvé de réponses satisfaisantes. En agissant ainsi les deux récits, antérieurement isolés, n'ont plus le même sens. Bref la totalité est toujours différente de la somme des parties. Ces deux récits deviennent simplement deux parties observables (les symbolisants) qui doivent nous conduire à une réalité plus grande soit l'objectif de Marc, l'inobservable (le symbolisé). C'est uniquement après avoir saisi l'objectif de Marc qu'une totalité unifiée pourra donc être reconstituée. En un certain sens la procédure d'enchâssement de Marc, dans ce récit, procède à partir de l'un des objectifs qu'il s'est fixé et que nous démontrerons à savoir : qu'il y a un «enchâssement» entre le spirituel, le corporel et le psychologique.

Comme Marc excelle dans sa capacité de retransmettre l'illusion du vécu imaginons donc la scène visuellement. Nous sommes près du lac Tibériade, il nous fait dos. En face, il y a une foule rassemblée, portant les vêtements de l'époque. Il fait très chaud, le soleil frappe. Il y a beaucoup de poussière et de cris. Personne n'est dérangé ni par la poussière ni par le bruit car Jésus est là, au centre de la foule qui le presse. À une cinquantaine de pieds de Jésus, peut-être moins, peut-être plus, il y a une femme, la femme même du récit. Elle est là, comme figée. C'est normal car elle avait épuisé toutes les ressources (médicales) et toutes ses ressources (son avoir) pour être guérie mais, hélas, sans résultat. Jésus, dont elle savait le

pouvoir, devient donc son ultime espoir. Pour elle c'est donc un moment de grande intensité. Face à un passé marqué par un sentiment d'impuissance acquise *(helplessness)* et d'inespoir acquis *(hopelessness)* son appréhension est compréhensible. Si cette femme était là avec tant d'intensité c'est parce qu'elle était désespérée, ce qu'elle n'a jamais connu auparavant parce que tant qu'il y avait de l'argent il y avait des médecins et tant qu'il y avait des médecins il y avait «espoir». Or nous savons que l'espoir, au sens profond où nous l'entendons, n'est possible que face au désespoir. Voilà pourquoi nous affirmons qu'avant son état de désespoir actuel il y avait toujours eu inespoir.

Imaginons vraiment un film se déroulant. On nous montre un gros plan de Jésus puis, alternativement, un gros plan de la femme. À ce moment précis un jeu de caméra nous projette visuellement, peut-être en noir et blanc, les pensées qui occupent l'esprit de cette femme qui est là sans «être là» en fait. Nous savons qu'ontologiquement parlant nous pouvons effectivement être physiquement à quelque part tout en étant qualitativement ailleurs et ce par la re-présentation. Que voyons-nous? Jaïros, son père qui vient supplier Jésus pour qu'il vienne la sauver lorsqu'elle avait douze ans. Ce que le film nous montre est la pièce manquante (le signifié) de la problématique de l'expérience vécue de cette femme, qu'elle seule sait, soit sa relation problématique avec son père, cette «vérité» qu'elle dévoilera à Jésus. Rochais avait déjà fait remarquer que le temps au présent du récit de Jaïros tranchait avec le temps au passé du récit de la femme. La réponse, à nos yeux, est la suivante. La femme, en voyant Jésus si

près, se remémore toute sa souffrance passée, l'instant d'un éclair. Or se re-mémorer ou se re-présenter, que ce soit un événement passé ou futur, se fait toujours au présent parce que le temps est toujours vécu simultanément quoique dans cette simultanéité, toujours au présent, le passé et le futur peuvent parfois avoir une emprise pathogène. Ainsi, il se peut qu'une femme, malade depuis 12 ans, obsédée par un passé relationnel au père obturateur sur sa féminité, puisse avoir 12 ans d'âge mental au niveau psychologique dans sa relation hétérosexuelle tout en ayant tel âge au plan chronologique. Bref il y a un âge réel et un âge dérivé comme il y a un temps réel et un temps dérivé. De plus, le passé comme tel n'existe plus, il est dé-passé mais il se perpétue en moi, il se présentifie si l'on peut dire. Ainsi en est-il du futur, il n'est pas encore, il est possibilité. D'ailleurs bien avant Heidegger déjà, pour Augustin[663], il y avait simultanéité au plan temporel : le présent du passé, le présent du présent, le présent du futur. Voilà pourquoi le temps de l'épisode de Jaïros et de sa fille est au présent parce que lorsque l'on se rappelle quelque chose on se le rappelle toujours au présent du fait que ce quelque chose n'est plus (passé) ou n'a jamais été (futur).

Tout à coup elle sort de sa réflexion et passe à la réalisation de son objectif : toucher le vêtement de Jésus, par derrière. Cela se passe un peu comme si elle réalisait que sa liberté, son autonomie, son indépendance et sa guérison ne viendraient jamais de son père, de l'initiative de ce dernier. En un instant, elle réalise qu'elle doit faire son deuil de cette espérance. Comme

---

663 Saint-Augustin, *Les Confessions,* Paris, Garnier-Flammarion, 1950.

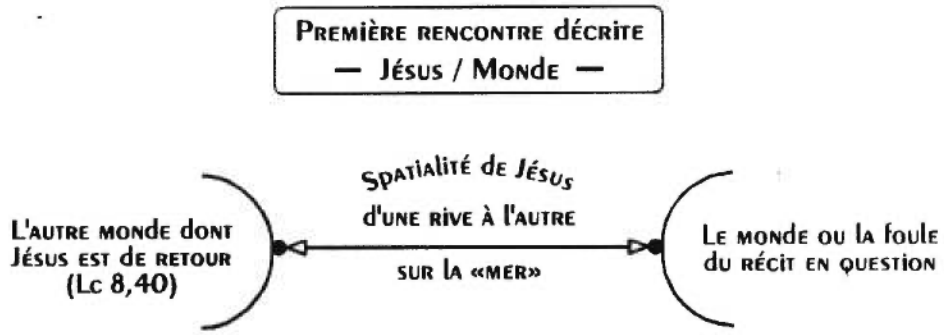
nous le verrons ultérieurement c'est d'ailleurs pour cela que Marc fait intervenir l'épisode des gens de la maison qui viennent dire «Ta fille est morte» parce qu'en fait elle se doit de mourir, spirituellement, face à son père. Cet autre point, qui intrigue les commentateurs, est justement le fait qu'au moment où Jésus finit de parler à la femme des gens arrivent de chez Jaïros pour dire «Ta fille est morte...». Le récit dit exactement «Il parlait encore quand...». Il y a là un enchevêtrement du temps. Pour bien comprendre cette prise de vue nous devons effectuer un retour en arrière (*rewind*). La femme suit Jésus, touche effectivement son vêtement. Il se tourne et la repère. S'ensuit la conversation. Si à douze ans Jaïros n'a pas voulu, bien involontairement, «accepter la mort» de sa fille pour la laisser vivre sa vie, ce que la femme lui «reproche», voilà qu'à ce moment précis où la femme et Jésus se font face cette femme doit «accepter de risquer de mourir» aux yeux de son père, entendons ici dans la relation malsaine qui les liait. Bref de mourir à cette relation qui a fait en sorte que son développement psychologique s'arrête dans le temps soit au temps de l'âge nubile, à 12 ans. Nous savons que la liberté, notre liberté à chacun, ne viendra jamais d'un autre. Cette femme a probablement été en attente de ce père qu'elle n'a jamais eu, affectivement et idéalement en quelque sorte. Or, qui dit être en attente, dit être dépendant voire être-avec-autrui-de-façon-dépendante. Pire encore, mon attente peut être ou ne pas être comblée. Cela peut prendre un certain temps avant que mon attente soit comblée ou que je réalise qu'elle ne le sera jamais : peut-être douze ans? De toute façon le seul fait qu'une forte et longue attente soit comblée peut parfois même se transformer en épreuve, l'épreuve étant une rupture dans la continuité, la fin d'un mode d'être-

avec-le-monde la fin d'un mode d'être-en-attente-avec-autrui quel qu'il soit : mode d'être qui peut être sain ou malsain. Nous savons qu'à cette époque le fait de ne pas avoir de fils était probablement une source d'insécurité et d'anxiété pour Jaïros parce que sa race s'éteignait du même coup. Bref, cette fille unique symbolisait la mort, sa mort à lui tant au plan personnel qu'au niveau de sa tradition. Au même moment où cette femme mourait face à son père, à l'idéal qu'elle espérait cette même femme devient comme morte pour le père. Voilà pourquoi Jaïros était présent, aux côtés de Jésus.

Avec justesse, Freud a démontré qu'à la période oedipienne l'enfant avait un épanchement de sentiments (sensuel et non sexuel) pour le parent de sexe opposé. Même si Jaïros était présent physiquement pour sa fille nous savons que, psycho-affectivement, il ne pouvait probablement pas l'être. Cette période oedipienne constitue la première relation hétérosexuelle, sensuelle ajoutons-le, pour la fille. Si elle est mal vécue elle opère donc une obturation sur sa capacité de rapports-possibles-aux-autres-hommes. Pour survivre l'enfant n'a pas d'autres choix que de s'harmoniser, c'est-à-dire de se créer un monde en fonction de ses faiblesses. Dans son rapport oedipien avec son père Jaïros la fille n'a pu que se sentir rejetée, non aimable comme «femme». Le problème de la fille, à l'âge de douze ans, est compréhensible du fait qu'à cet âge la phase oedipienne revient quoique plus brièvement. Toutefois, ce rappel oedipien se résoudra normalement et rapidement dans la mesure où la première phase aura été vécue adéquatement. Comme l'existence humaine est une totalité unifiée, il s'ensuit que le corps actualise toujours (somatise) ce qui est vécu. Comment une jeune fille peut-elle quitter

le giron parental, ici paternel, si l'expérience vécue, la *Lebenswelt*, de la première relation aux hommes a été insatisfaisante au point de symboliser la mort pour le père? Or l'adolescence est la voie d'entrée dans le stade de la génitalité, de la vie, de la reproduction et de la conception pour la femme, ce à quoi la fille de Jaïros était aucunement préparée. Bref elle abordait cette réalité avec un psychisme d'enfant. Comment affronter cette réalité anthropologique, sociale, féminine et maternelle avec une telle mentalité? Voilà une autre façon de lire ce récit, c'est-à-dire en le visualisant comme nous l'avons fait tout en gardant à l'esprit le style de Marc et son intention en enchâssant les deux récits. Examinons maintenant plus en détail ce récit.

> **Quand Jésus eut regagné en barque l'autre rive, nombreuse fut la foule qui se rassembla autour de lui. Il se tenait au bord de la mer arrive l'un des chefs de la synagogue, nomme Jaïros.**



Comme Dieu, Jésus maîtrise les puissances démoniaques symbolisées par la mer, il «marche» dessus. Bref en même temps que Jésus est là, entre un monde et l'autre, il est également au-dessus de ce «là». En ce qui a trait à l'analyse existentielle, l'existence est conçue

comme «*Dasein*», un champ de possibilités, une clairière où le sens des êtres et des choses peut se dévoiler librement, apparaître à la lumière. Or c'est à la lumière que l'on peut choisir à travers une pluralité de sens, donc donner un sens à sa propre vie et s'élever, se «transcender». L'existence, comme «sortie de soi», consiste à ne jamais se fermer pathologiquement sur soi jusqu'à s'y perdre pathologiquement, comme dans la psychose, ni, non plus, à se perdre dans l'autre, comme dans la symbiose ou dépendance névrotique, laquelle revêt, parfois, un niveau de pathologie permettant d'éviter, temporairement du moins, la psychose elle-même. Pour le psychotique tout demeure, généralement in-signifiant, privé de sens. Pour le symbiotique, le sens vient de l'autre, quel qu'il soit. Il y a là, «falsification», bien involontaire, de l'existence, du sens de l'existence pour cette personne.

Pour l'analyse existentielle la tâche de l'humain consiste à re-trouver suffisamment d'in-dépendance et d'autonomie pour pouvoir «être là» le plus possible avec les êtres et les choses du monde qui surgissent dans le champ lumineux, cette clairière qu'est le *Dasein*. Dans un tel contexte, spatialité et temporalité sont qualitatifs (spirituels) avant d'être quantitatifs (matériels). Ainsi, Jésus est le modèle par excellence ayant atteint ce niveau de capacité d'être-là, d'être-avec-autrui. Ainsi est-il la «lumière» du monde.

- Éclaircissons ici un second point qui nous semble capital dans notre compréhension du récit. Au point 4.1.1.3 (superpositions spatio-temporelles) nous avons mentionné que même si Jaïros arrive et s'adresse le premier à Jésus la femme hémorragique était déjà là intentionnellement et physiquement. Ce n'était donc qu'une question de temps pour qu'elle s'adresse à Jésus alors que Jaïros lui «s'en venait» vers Jésus, donc, à un certain moment, non encore présent physiquement. Jaïros arrive comme un cheveu sur la soupe. Nous avons l'impression que Marc veut nous signifier que Jaïros vient briser la relation sur le point de s'enclencher entre la femme et Jésus. D'ailleurs Jaïros n'a-t-il toujours pas été à la source des relations problématiques de sa fille dans ses rapports aux hommes? Nous croyons que oui : si tel n'était pas le cas, Marc, soucieux du détail, aurait probablement dit «Au même instant arriva Jaïros» ou toute formule moins intempestive que «Arrive Jaïros», un peu comme s'il n'avait pas d'affaire là. Nous savons que Marc a reconstitué ce récit à partir de deux récits différents. Comme nous l'avons mentionné, c'est qu'il avait une intention bien arrêtée. À notre avis, la femme et la fille sont une seule et même personne. La première relation de Jésus est avec la foule et, en second lieu, implicitement, avec la femme. Notre prétention est que le récit majeur est celui de la guérison. Toutefois, pour Marc, le récit de guérison à lui seul était insuffisant à traduire l'objectif qu'il visait. Toute guérison demeure un traitement de prothèse si l'on ne va pas à la racine du mal soit la problématique existentielle (Boss). La maladie de la femme (le symptôme hémorragique = l'observable ou le symbolisant) doit renvoyer à une réalité plus grande (l'inobservable = le symbolisé) soit le rapport père/fille dans ce cas-ci, afin qu'une totalité puisse être reconstituée. En faisant intervenir Jaïros, Marc nous amène à prendre conscience de l'enlisement existentiel

de cette femme. Nous avons l'impression que, comme nous, Marc veut signifier qu'il faut guérir et sauver, ce que nombre de médecins n'avaient pu réaliser. Ce qu'ils font, ils le font bien, c'est-à-dire soigner le corps, toutefois en ce qui a trait au soin de l'âme c'est autre chose. Pour qu'il y ait guérison durable et véritable il faut qu'il y ait conversion et résurrection. Nous savons très bien qu'il s'agit ici de conversion et de résurrection au plan existentiel et cela au niveau de la dimension spirituelle. Nous estimons que c'était là une des visées de Marc en enchâssant ces deux récits.

- Marc utilise le nom de Jaïros probablement avec une intention bien définie car Matthieu n'en souffle mot. Nous avons vu en 5.2.1.1 que Jaïros signifie «il éclaire», «fera briller», «réveillera» ou «*He who gives light*». Se pourrait-il que Jaïros soit celui qui lèvera le voile, amènera de la lumière sur l'énigme de la maladie de la femme et, implicitement, sur le principe que toute guérison somatique, si on la veut durable, implique une conversion existentielle? Nous pensons que Jaïros est celui qui va aider à faire la lumière sur la problématique de la femme afin qu'elle soit, non seulement guérie, mais aussi sauvée. Ce choix par Marc se tient avec l'idée que nous avons émise à l'effet que la femme et la fille ne sont qu'une seule et même personne dont Jaïros, pour répondre à l'objectif de Marc, devient le père.

- Marc fait arriver Jaïros, de toute évidence de l'intérieur des terres, parce qu'il n'était pas encore dans la foule. Non plus ne peut-il venir du côté de la mer car il est bien dit que Jésus «se tenait sur le bord de la mer» d'où il arrivait d'ailleurs.

Nous pensons que cette mise en scène spatiale a un premier sens. Dans son domaine Jésus est le maître mais Jaïros est aussi le maître de son domaine. Or le domaine de Jaïros est terrestre et surtout familial. Pour un enfant, naturellement dépendant, les parents ne sont-ils pas omniscience, omnipotence et omniprésence? Ne sont-ce pas les qualificatifs de Dieu même? Donc au plan temporel, plus particulièrement de 0 à 12 ans, Jaïros, comme tout parent, est présence divine auprès de son enfant. N'est-ce pas pour cela d'ailleurs que nous ne devons jamais critiquer les parents, parce qu'en fait ils donnent toujours leur meilleur ce qui en fait le meilleur? Peut-être est-ce également la raison pour laquelle Jésus, en se rapprochant de la maison de Jaïros, envoie tous ceux qui n'ont pas d'affaire là.

> **Voyant Jésus, il tombe à ses pieds et le supplie avec insistance en disant : «Ma petite fille est près de mourir; viens lui imposer les mains pour qu'elle soit sauvée et qu'elle vive».**

- Contrairement à la femme, Jaïros tombe aux pieds de Jésus, face à lui, en le suppliant ardemment mais en aucun cas il craint ou tremble. Jaïros comme tout père a donné le meilleur de lui-même à son enfant. Qu'il soit chef de synagogue, psychologue, ingénieur, vidangeur ou autre, le père donne en fonction de ce qu'il est, de sa *Lebenswelt* propre. Ainsi, Jaïros, comme

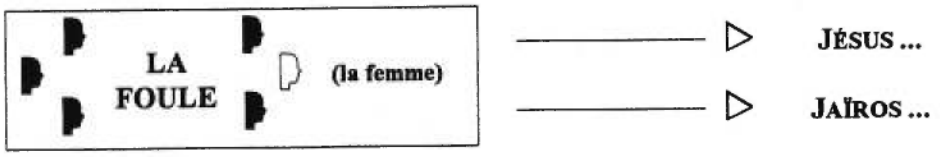
tout père, n'a pas à craindre. Nous pensons que Marc veut ici nous faire prendre conscience de ce fait. Qui plus est le fait que Jaïros aborde Jésus face à face sans aucune hésitation nous autorise à penser que la grande part de «responsabilité» dans la problématique que vit la femme, sa fille, prend sa source, entre autres, avec Jaïros.

- Nous avons vu, en 4.1.2.1.1, que dans le Nouveau Testament la vie terrestre est le lieu par excellence, c'est l'«âme» ou l'existence (gr. *psykhè*). Être loin de Dieu, c'est être comme mort. Or ce que Jaïros demande, c'est que sa petite fille soit sauvée et qu'elle vive. Nous estimons qu'il y a là, de la part de Jaïros, une reconnaissance ultime de sa «responsabilité» parce que si sa fille est si loin de Dieu cela ne peut être dû qu'à sa «faiblesse» quoique involontairement parce qu'en fait ne devait-il pas être présence divine pour cet enfant? En conséquence, Jaïros demande-t-il vraiment une guérison? Ne demande-t-il pas simplement, qu'à cette étape de la vie de sa fille, Jésus lui vienne en aide pour le reléguer, un peu comme si son rôle était terminé au plan psychologique? D'ailleurs, on verra que Jésus dira aux parents «qu'on lui donne à manger». Autrement dit, à l'adolescence, les parents doivent accepter de laisser «partir» l'enfant. D'ailleurs ceux qui élèvent des enfants savent très bien qu'à l'adolescence, la crise d'adolescence, il devient très difficile d'imposer ses vues. Que nous dit le récit sur la maladie de l'enfant? Rien. Bien des exégètes se sont penchés sur la question. Certains parlent d'hystérie de conversion, possiblement liée à la période nubile de l'enfant. Si l'on se colle au texte, rien, absolument rien ne peut nous informer sur la maladie de l'enfant contrairement à la femme où bien des informations viennent préciser sa situation. Nous croyons que Marc utilise

cette partie du récit pour nous faire réaliser à quel point il est important qu'à partir de l'adolescence les parents doivent s'esquiver et faire confiance à ce qu'ils ont donné à l'enfant et ainsi le laisser exploiter son propre *Dasein*, son «entrée dans la vie adulte» tel que le dit Rochais. Quoiqu'il en soit, si les parents sont incapables, entendons ici maladivement, de faire confiance à ce qu'ils ont transmis à leurs enfants, c'est, probablement, qu'ils reconnaissent à ce moment de l'épreuve de la rupture éventuelle parents/enfants que ce qu'ils ont transmis n'était peut-être pas l'idéal. Si une telle prise de conscience est possible pour les parents, c'est que pour eux aussi, l'adolescence est aussi épreuve, ni l'une ni l'autre des parties n'est décédée. Pour eux aussi l'adolescence annonce la fin d'une situation relationnelle saine ou malsaine. Telle est la description de l'épreuve : la rupture, effective ou annoncée, d'une continuité relationnelle quelle que soit son mode d'être. Or l'héritage parental idéal, nous l'avons dit, n'est pas possible parce que chacun, père ou mère, est unique et qu'il exerce son être-avec-autrui en fonction de son unicité. Bref, nos possibilités, nos origines, sont au départ inévitablement et naturellement vouées à une certaine fermeture.

> **Jésus s'en alla avec lui : une foule nombreuse le suivait et l'écrasait. Une femme, qui souffrait d'hémorragies depuis douze ans, — elle avait beaucoup souffert du fait de nombreux médecins et avait dépensé tout ce qu'elle possédait sans aucune amélioration; au contraire son état avait plutôt empiré —, cette femme, donc, avait appris ce qu'on disait de Jésus. Elle vint par derrière dans la foule et toucha son vêtement. Elle se disait : «Si j'arrive à toucher au moins ses vêtements, je serai sauvée».**

- Jésus quitte la foule et s'en va avec Jaïros. Ils ne font qu'un, tellement que Marc nous dit «une foule nombreuse le suivait et l'écrasait». Nous insistons ici sur «le suivait». Où vont-ils? Plus profondément, à l'intérieur des terres, dans la maison voire la famille de Jaïros, là où, à notre avis, origine le problème de la femme.



Nous pensons qu'en suivant Jaïros jusque chez lui Marc veut nous faire prendre conscience de l'origine de la problématique de la femme qu'il fait, du même coup, entrer en scène. Dans l'approche psychothérapeutique reliée à l'analyse existentielle nous avons expliqué lors de l'étape des récits de vie à analyser (déconstruction herméneutique) l'importance de l'histoire personnelle de la *Lebenswelt* des personnes analysées. Marc opère comme nous le faisons. Avec le récit de Jaïros il nous livre une partie de l'autobiographie de cette femme.

- Les commentaires que nous avons consultés nous permettent de croire avec assez de certitude que le trouble de la femme était hémorragique, la plaçant, du même coup, en position d'infertilité. Qui plus est cela durait depuis douze ans. Il serait intéressant de savoir ici si Marc veut dire depuis l'âge de douze ans, simplement depuis douze ans ou symboliquement depuis douze ans. Si le chiffre douze est utilisé comme symbole d'élection cela pourrait faire sens. En

effet, cette femme, qui sera guérie, est appelée à une autre vie à bien des plans. La fillette, à 12 ans, comme toute fillette d'ailleurs, se voit elle aussi appelée à une autre vie. L'adolescence constitue une des étapes les plus importantes dans le développement humain. En effet, l'enfant est appelé à quitter le giron parental, chacun étant préparé à sa façon au plan de la personnalité, afin de se réaliser de façon autonome, indépendante et possiblement, de se reproduire. D'ailleurs Rochais nous disait que l'âge de la jeune fille était indiqué par le génitif, c'est-à-dire qui exprime une dépendance et une appartenance, ici, au giron parental. Notons également que le chiffre douze pourrait également, au niveau psychologique, signifier un passage de la dépendance à l'indépendance, tout comme la symbolique de la nuit à la clarté du jour, des ténèbres à la lumière. Les deux autres applications du chiffre douze corroboraient davantage notre position à l'effet que pour Marc, femme et fille ne sont qu'une seule et même personne. En effet cela n'infirme en rien notre allégation si Marc veut dire simplement depuis douze ans, bien au contraire. Enfin si elle souffrait depuis l'âge de douze ans cela serait encore plus probant quoique nous n'avons rien concernant cette possibilité. Somme toute ce qu'il faut comprendre, c'est qu'il y a chez cette femme, un mode d'être-au-monde, d'être-avec-autrui, plus précisément dans sa relation aux hommes, qui l'empêche de se réaliser pleinement dans son être-femme, que ce soit au plan sexuel et/ou maternel. Bref, il s'agit de la même problématique que lorsqu'elle était fille. À cet égard nous partageons le point de vue de Drewermann[664] lorsqu'il dit que ce n'est pas à cause de sa perte de sang qu'elle a une difficulté de contact.

---

664 E. Drewermann, *La parole qui guérit*, Paris, Cerf, 1991, p. 71.

C'est le contraire. Elle craint tout contact (nous nous disons qu'il y a fermeture, plus particulièrement, dans sa capacité d'être-avec-les-hommes); elle a peur de faire confiance à l'amour. Et c'est cela qui l'a rendue malade. À travers sa maladie, toujours selon Drewermann, les blessures de son corps ne font que traduire celles de son âme, beaucoup plus profondes que les premières.

- Le fait que cette femme ait consulté nombre de médecins nous intéresse grandement. Qui plus est son état avait même empiré, nous dit le récit. Nous soutenons qu'il faut guérir et sauver pour accéder à une certaine médecine plus durable. Nous soutenons également que l'existence est une totalité unifiée. Cette femme a utilisé les médecins tout comme elle voulait «utiliser» Jésus. C'est d'ailleurs pour cette raison que nous ne pouvons endosser la position de Langres[665] lorsqu'il déclare : «mais cette femme, tout comme Jaïros, a une foi extraordinaire dans la puissance miraculeuse de Jésus : ce qui l'autorise à bien des audaces!» Culturellement, cette femme faisait contracter une impureté légale à Jésus par le simple fait de le toucher. Peut-être est-ce là un des objectifs de Marc : mettre fin à ce tabou relié au sang et à l'impureté qu'il signifie? Quoiqu'il en soit, ce n'est pas parce que les gens sont «libérés» culturellement par une quelconque sanction, tacite ou écrite, qu'ils se retrouvent «libérés» personnellement pour autant. Chacun porte en lui sa *Lebenswelt*. Ainsi, dans un contexte de psychologie individuelle, vouloir toucher aux vêtements de Jésus, de surcroît par derrière, n'a vraiment rien d'audacieux.

---

665 F. Langres, «Puissance de la foi sur le coeur miséricordieux de Jésus (Mc 5,21-43), *Esprit et Vie,* vol. 79, France, 1979, pp. 163-165.

De même, aller à Jésus parce que l'on ne peut plus se payer de médecins relève plus d'une situation de dernier recours que d'une foi extraordinaire. Elle pensait l'aborder par derrière juste en touchant son vêtement. Il y a là utilisation de la pensée magique dénudée d'une certaine responsabilité. N'est-ce pas, dans une certaine mesure, ce que notre système médical traditionnel soutient en soignant généralement uniquement des corps? Pas surprenant que l'état de nombreux patients empire, après quelque temps de rémission, et cela malgré toute la panoplie des traitements offerts. L'utilisation de la pensée magique est compréhensible si l'on tient compte que cette femme n'est nullement responsable de sa maladie et que, de plus, psycho-affectivement, elle est âgée de douze ans. La pensée magique n'est-elle pas un mécanisme d'adaptation propre à la période de l'adolescence? Nous sommes jetés-dans-le-monde et par surcroît dans un monde que nous n'avons pas choisi. Dès ma naissance au monde mon *Dasein* n'a pas le choix de s'harmoniser d'abord avec les choses du monde mais surtout avec les êtres de mon monde immédiat, avec leur *Dasein*; mère, père et fratrie. Mon *Dasein* est *co-Dasein.* Or le *Dasein* de ces derniers n'est pas et ne sera jamais l'idéal. C'est pour cela qu'inévitablement et naturellement l'enfant peut se perdre à des degrés divers. Somme toute, personne n'est responsable de ses origines. Si personne n'est responsable de ses origines, lesquelles peuvent conduire à des pathologies somatiques, personne n'est responsable de sa maladie et cela est aussi vrai pour cette femme. Il importe également de noter que même si cette femme sait que sa problématique origine de son lien avec son père elle se trouve placée dans une situation fort ambivalente. Comme tout enfant, elle aime son père. Elle l'aime tellement et veut tellement l'aimer qu'elle est restée, psycho-affectivement et somatiquement avec son problème

hémorragique donc psychosomatiquement, en attente de la réponse de ce dernier à l'appel de son amour. Si les parents sont omniscience, omniprésence et omnipotence pour l'enfant comment cet enfant peut-il leur en vouloir? Cette femme n'a jamais pu détester son père, représentant de Dieu pour elle, bien au contraire, elle l'a toujours attendu et c'est pour cela qu'elle est restée indisponible existentiellement, voire spirituellement, qu'elle s'est fermée autant physiquement *(sôma)* qu'affectivement *(psukhê)* aux autres hommes. Si elle n'agit pas, elle reste bloquée, ce qu'elle vit depuis nombre d'années. Si elle agit par contre, elle risque une rupture définitive, celle de devoir faire le deuil définitif de son père, de la relation affective père/fille qui n'a pas eu lieu certes mais qui ne pourra plus jamais avoir lieu. Si elle a douze ans, psycho-affectivement, elle en a peut-être 34 au plan chronologique. Bref cette femme doit faire le deuil de devoir mettre fin à quelque chose qu'elle avait probablement idéalisée mieux encore idéologisée. Or, le fait de savoir à l'avance qu'une relation, qu'un mode d'être, même idéologisée, que l'on entretient depuis nombre d'années doit cesser, cela peut constituer à lui seul une épreuve. Ainsi on peut en arriver à éviter l'épreuve réelle laquelle seule pourrait être source de transformation voire de conversion et ainsi se perdre dans des fuites artificielles compulsives qui ne font qu'empirer la situation parce qu'en fait le trouble réel n'a jamais été abordé. Toutefois, pour qu'une guérison soit durable il faut questionner l'âme, scruter l'existence. C'est ce que Jésus fait en ne laissant pas partir cette femme après qu'elle l'eut abordé, par derrière. Il l'oblige à se dévoiler, à lui faire face. Qui plus est il l'obligera à certains impératifs.

Le fait qu'elle avait dépensé tout son avoir nous intrigue. Comment cette femme, seule, a-t-elle pu investir apparemment tant d'argent avec tant de médecins? Un jour nous avons eu une problématique semblable en clinique, pire, la femme avait été abusée sexuellement par son frère. Nous n'étions nullement surpris d'apprendre ultérieurement que sa thérapie était payée à même l'héritage de son père qui n'avait pas su, à sa mesure, la protéger adéquatement. Se pourrait-il, aux yeux de Marc, que Jaïros, ce notable, ait pu payer pour tous ces frais médicaux? Nous savons que, souvent, moins les parents peuvent être présents psycho-affectivement et plus, dans certains cas, ils le seront matériellement. Ces deux modalités sont inséparables. Ainsi, aimer «matériellement» est une forme d'amour quoique pervertie. L'amour est harmonisation et l'harmonisation est fonction de la disposition affective elle-même reliée au passé, à la *Lebenswelt.*

> **À l'instant, sa perte de sang s'arrête et elle ressentit en son corps qu'elle était guérie de son mal. Aussitôt Jésus s'aperçut qu'une force était sortie de lui. Il se retourna au milieu de la foule et il disait : «Qui a touché mes vêtements?» : Tu vois la foule qui te presse et tu demandes «Qui m'a touché?» Mais il regardait autour de lui pour voir celle qui avait fait cela. Alors la femme craintive et tremblante, sachant ce qui lui était arrivé, vient se jeter à ses pieds et lui dit toute la vérité.**

- Le corps peut être guéri assez facilement. Cette partie du récit nous rappelle, effectivement, encore plus de nos jours, qu'il y a nombre de façons de guérir le corps. Cela peut se faire via le médecin qui peut opérer, le psychiatre qui peut prescrire un anxiolytique, le

physiothérapeute qui peut atténuer certaines tensions musculaires, etc. Toutefois, généralement, toutes ces diverses façons de guérir le corps le font bien mais rarement, sinon jamais, elles scrutent l'existence de la personne malade. Il est donc facile de traiter uniquement le corps. Or cette grande facilité comporte un danger tout aussi grand, soit celui «d'empêcher» la personne qui souffre de se laisser questionner par son existence passée, sa *Lebenswelt* afin qu'il y ait guérison globale et durable parce qu'en fait ce n'est jamais un organe isolé qui est malade. Il s'agit toujours du bras ou du sein de telle ou telle personne. Or se questionner amène toujours à des prises de conscience personnelles et les prises de conscience personnelles peuvent nous placer face à des choix, des décisions fort importantes : ou bien ou bien. Pour une personne psycho-affectivement et pathologiquement dépendante, une existence névrotique, en quelque sorte, cela est difficilement envisageable compte tenu du niveau d'immaturité affective, parfois de douze ans. Ainsi, est-il préférable de rendre le corps responsable; de la sorte on s'empêche de questionner l'existence et on laisse «l'angoisse» névrotique édulcorer l'angoisse existentielle de base (*basic anxiety = Angst = Heidegger).* De la sorte on s'illusionne et on dévale selon Heidegger.

- Or Jésus ne laisse pas la femme s'en tirer si facilement, même s'il savait ce qui s'était passé. À cet égard Jésus n'agit pas différemment des grands auteurs auxquels nous avons référé dans cette thèse à savoir que la guérison somatique est secondaire et qu'il faut aller plus loin à la racine du mal; la spiritualité; là où origine le sens que l'on accordera, à tort ou à raison, à tel phénomène de notre existence passée, présente et future. Ce n'est que par une trans-formation

du sens ou, théologiquement, conversion que l'on peut parler de guérison globale. Jésus cherche donc la femme et dès qu'il la repère la femme se jette à ses pieds, craintive et tremblante. La femme aurait bien pu, dès sa guérison, se sauver dans la foule, ce qu'elle ne fit pas. Or, à nos yeux, le récit a pour but de nous faire comprendre que toute guérison demande aussi une conversion spirituelle existentielle sinon la guérison demeure partielle et, par le fait même, temporaire. Bref, elle n'est que ré-mission alors que si la guérison s'accompagne d'une conversion spirituelle existentielle elle devient mission voire mission théologale relevant de l'Esprit. Pour qu'il y ait conversion il faut qu'il y ait confrontation. Ainsi Jésus oblige-t-il la femme à lui faire face, plutôt à se faire face : «Elle lui dit toute la vérité». Mais de quelle vérité s'agit-il et pourquoi si Jésus savait déjà qu'une force était sortie de lui et que quelqu'un avait sûrement été guéri? Nous savons que selon Léon-Dufour les synoptiques utilisent le mot vérité au sens grec (*alitheia*) ce qui signifie la «réalité dé-voilée». La réalité n'est pas le réel, la réalité réfère à des faits précis se rapportant au passé. Ainsi, ce que cette femme a dû dé-voiler c'est son passé, ce que Jésus ne savait pas. Qui plus est, devant son père, Jaïros. Mais plus important encore, était l'obligation pour elle de pouvoir expérimenter une relation d'accueil, de respect et d'amour avec un homme; une expérience qui serait fondamentale et fondatrice de toute relation éventuelle avec les autres hommes. Dans l'approche psychothérapeutique existentielle le fait pour l'analysé de pouvoir dé-voiler son existence en toute liberté, véridiquement, est en soit la partie la plus importante du traitement parce qu'en fait si l'on veut que l'analysé fasse une réinterprétation de son existence (deuxième phase de l'herméneutique) il doit y avoir eu une première phase laquelle est constituée par l'anamnèse ou le dévoilement de l'existence à ce jour. Or si ce dé-voilement n'est pas marqué par le sceau de la liberté donc

de la vérité, la réinterprétation par l'analysé ne pourra en être que basée sur le faux d'où des guérisons temporaires. Nous savons que cette première phase de l'herméneutique n'a pas beaucoup sa place dans notre système médical actuel. Serait-ce une des raisons qui ferait que tant de guérisons sont temporaires, plus particulièrement en ce qui concerne le cancer?

- La femme est craintive et tremblante. Nous considérons important de rappeler ici que la crainte ou l'inquiétude est en lien avec le futur alors que la peur s'adresse au présent et l'angoisse au passé. Cette femme n'était sûrement pas craintive du fait qu'elle avait été guérie quoique cela pourrait l'être aussi compte tenu qu'à travers ses nombreux recours médicaux elle avait sûrement eu des guérisons voire des soulagements temporaires. Elle n'était pas craintive non plus parce qu'elle aurait souillé Jésus à cause de son impureté, elle s'est bien laissé toucher par nombre de médecins à qui elle accordait probablement autant sinon plus d'importance qu'à Jésus à l'époque où elle y croyait et où elle avait de l'argent. Si elle est craintive c'est parce qu'elle sait que même si elle est guérie le pire n'est pas passé en ce sens que dans son ambivalence, face à l'épreuve du deuil psychologique du père qui s'annonce, elle a désormais choisi d'aller à la racine du mal. Ainsi, se dé-voiler, c'est aussi dé-voiler son père donc risquer de le perdre parce que lui ne comprendra pas nécessairement car il a donné son meilleur, rappelons-nous. Comment quelqu'un qui a donné tout le meilleur possible dont il disposait peut-il comprendre qu'il ait pu causer, involontairement, tant de tort? Voilà pourquoi, lorsqu'on décide de suivre Jésus, on peut avoir pour ennemis les gens de sa propre maison! C'est pour cela que cette femme est craintive, c'est en fonction d'une rupture éventuelle. Cette

femme, femme-enfant au plan affectif, a l'impression de trahir son père. Nul besoin de mentionner que cela est courant en thérapie. Plus frappant encore quand une femme est mariée et que le mari est parfois un modèle exactement semblable au père. Dans les premières minutes de la première entrevue elles nous disent qu'elles aiment leur mari, qu'il est fin, etc. alors que l'anamnèse nous révèle à quel point ce mari est tout le contraire. En d'autres termes ces femmes, dans notre culture, se sont mariées à de tels hommes comme pour re-produire la situation oedipienne bref pour s'harmoniser, se créer un monde en fonction de leur disposition affective vécue (Boss) ou de leur faiblesse (Nietzsche). Or s'harmoniser, c'est aussi s'équilibrer, se sécuriser et dans ce cas-ci, malheureusement, s'illusionner; parfois c'est se pervertir. Quelque soit sa forme l'amour est union et harmonisation. La forme de tel amour a comme substrat la disposition affective laquelle influence sur le pouvoir-être. .

Un dernier point en rapport à la confession de la femme. Où se trouve donc Jaïros à ce moment précis? N'était-il pas avec Jésus? Nous avons émis l'hypothèse que la marche de Jésus et Jaïros vers la maison de ce dernier pourrait symboliquement signifier que les deux sont sur le même pied d'égalité. En fait lorsqu'il y a transition de pouvoirs ni l'une ni l'autre des parties impliquées n'a de pouvoir, pour quelques instants du moins. Jaïros est donc là, avec Jésus. S'il était avec Jésus c'est qu'il était aussi là, face à la femme. Lorsqu'en thérapie une femme dévoile ses déboires affectifs avec son père ce dernier est d'abord là, psychologiquement et qualitativement, sans nécessairement être là physiquement, c'est d'ailleurs pour cela que le récit est muet sur cette présence physique de Jaïros.

Mais il lui dit : «Ma fille, ta foi t'a sauvée. Va en paix et sois guérie de ton mal». Il parlait encore quand arrivent des gens de chez ce chef de la synagogue qui disent : «Ta fille est morte, pourquoi ennuyer encore le Maître?» Mais, sans tenir compte de ces paroles, Jésus dit au chef de la synagogue : «Sois sans crainte, crois seulement». Et il ne laissa personne l'accompagner, sauf Pierre, Jacques et Jean le frère de Jacques.

- Jésus appelle la femme «Ma fille» tout comme Jaïros au verset 23 dit «Ma petite fille».

Selon le récit la femme est comme, pour un instant, la fille des deux hommes. Or cela confirme, pensons-nous, l'hypothèse à l'effet que Jésus et Jaïros sur leur route vers la maison de Jaïros ne faisaient, symboliquement, qu'un.

- Jésus lance un impératif à la femme : «... Va en paix et sois guérie de ton mal». Nous avons vu antérieurement que selon Léon-Dufour cette expression signifie en grec «se changer à l'égard de quelqu'un» et, au sens profane, «faire cesser une inimitié» (inimitié = hostilité, aversion). À l'égard de qui cette femme doit-elle primordialement changer d'attitude? Avec qui doit-elle faire cesser l'inimitié pour opérer l'ouverture nécessaire à faire émerger un mode relationnel d'être-aux-hommes libre et indépendant sinon avec son père, Jaïros? Or cette paix que communique Jésus n'est pas facile, elle symbolise un combat spirituel; car dans tout combat, fusse-t-il spirituel, il y a risque de pertes et de blessures. Changer le sens de certains événements est une épreuve, une rupture en soi or toute rupture comporte son lot de pertes donc de souffrance. Le risque de perte ici est celui que nous avons déjà identifié à savoir le

deuil, à jamais, que cette femme doit faire par rapport à l'attente affective qu'elle a toujours entretenue face à son père, un deuil ontologique, dirions-nous. Elle doit mettre fin à son espérance, on ne peut refaire le passé, il est dé-passé. Ce qui est exigé d'elle est une maturation affective majeure et soudaine; une conversion (= se détourner de) existentielle profonde. Cette femme a vécu la solitude dans son rapport aux hommes. Elle n'a pas été isolée des hommes, il y en avait tout autour d'elle. La solitude c'est de vivre à proximité, avec les autres, homme ou femme, sans être capable de communiquer, de se com-prendre; voilà pourquoi l'ontologique exerce une certaine primauté sur l'ontique ou l'existence sur l'essence et pourquoi on peut être «mort» tout en étant «vivant», être un mort-vivant quoi! La plus grande coupure n'est jamais physique, elle est d'abord spirituelle.

Quant au «Sois guérie de ton mal» nous avons vu en 5.2.1.1 que guérir (*apolyô*), dans le Nouveau Testament, peut être utilisé au sens de «dé-lier». L'expression de Marc (mal = *mastix* = *disease*) suggère que la maladie était une punition en lien avec le péché. Dans l'approche existentielle nous savons que la parole liante entre l'analysé et l'analyste (la femme/Jésus) est parole dé-liante (la femme/avec elle-même) et aussi parole re-liante (la femme/avec son père, les hommes, le monde). Être re-liée avec son père pour cette femme ne veut pas nécessairement dire physiquement mais plutôt spirituellement, sans inimitié. Le péché, ici, est lié aux origines sur lesquelles, malheureusement, nul n'a de pouvoir. D'ailleurs Jésus ne fait de reproches culpabilisants ni à Jaïros ni à la femme. Toutefois, lorsque Jésus dit «Sois», un impératif, cela nous amène à comprendre que la guérison, quelle qu'elle soit, n'est jamais

acquise de façon durable par la seule guérison du corps. L'existence est un «avoir à être» (Heidegger) et l'existence est un engagement continuel dont le corps n'est qu'une dimension, le mode physique, par lequel l'existence s'actualise. L'impératif «Sois guérie» utilise le verbe être par opposition, implicitement, à avoir. La conception de la maladie de la part de Jésus est donc plus un «tu étais malade... tu seras guérie» qu'un «tu avais une maladie... tu n'en aura plus» ce qui épouse entièrement notre conception de la maladie.

- Nous avons déjà mentionné que l'enchevêtrement du temps «Il parlait encore quand...» signifiait qu'à l'instant où cette femme dé-voilait toute la vérité elle acceptait du même coup de faire le deuil de ses attentes face à son père. Spirituellement elle mourait à lui.

> **Ils arrivent à la maison du chef de la synagogue. Jésus voit de l'agitation, des gens qui pleurent et poussent de grands cris. Il entre et leur dit : «Pourquoi cette agitation et ces pleurs? L'enfant n'est pas morte elle dort». Et ils se moquaient de lui.**

- Que faut-il comprendre de ceci? Il semble que pour Jésus l'enfant n'est pas morte, sur ce thème les trois récits évangéliques sont catégoriques. Quoiqu'il en soit nous retenons, à partir de 4.1.2.1.1, que dans l'évangile de Marc, les miracles de Jésus symbolisent un passage de la mort *(Bondage to sin and the Devil)* à une nouvelle vie. L'attitude de Jésus est quelque peu déconcertante : alors que tous sont en état de panique, lui, reste calme. En fait Marc ne serait-il pas en train de nous faire comprendre que peu importe ce qui se passe la situation de

la fillette, comme tout enfant, est ce qu'elle est, c'est-à-dire ni bonne ni mauvaise parce qu'en fait les parents donnent toujours leur meilleur ce qui en fait le meilleur. Par conséquent il se peut que tel enfant soit comme «mort» à l'adolescence, c'est-à-dire, être réduit à une dépendance psycho-affective à l'égard d'un ou des parents. Ainsi, il se peut qu'il embarque, inauthentiquement dirait Heidegger, dans la période adulte qui s'ouvre à lui à l'adolescence et qu'il ne se ré-veille, par grâce, qu'après nombre d'années parfois. Pourquoi s'énerver, pensait Jésus, on n'y peut rien; le *Dasein* de la fillette était et est lié inexorablement à celui de son père, de sa mère. Ce n'est pas qu'il est trop tard pour cette fillette de douze ans, pensait probablement Jésus. Il est trop tôt. Trop tôt parce qu'en fait le temps de la moisson n'est pas venu. Comme toute personne c'est l'épreuve qui viendra faire en sorte qu'elle retrouve son autonomie, son in-dépendance.

> **Mais il met tout le monde dehors et prend avec lui le père et la mère de l'enfant et ceux qui l'avaient accompagné. Il entre là où se trouvait l'enfant, il prend la main de l'enfant et lui dit : «Talitha qoum», ce qui veut dire : «Fillette, je te le dis réveille-toi!» Aussitôt la fillette se leva et se mit à marcher, car elle avait douze ans. Sur le coup, ils furent tous bouleversés. Et Jésus leur fit de vives recommandations pour que personne ne le sache, et il leur dit de donner à manger à la fillette.**

- Pourquoi lorsque Jésus guérit la femme accepte-t-il de le faire dans le milieu de la foule alors que lorsqu'il est question de l'enfant il écarte les gens : verset 37 : «... mais il mit tout le monde dehors...» et plus encore, au verset 43 : «... que personne ne le sache...». Nous avons déjà noté précédemment que rien n'était mentionné au sujet de la maladie de l'enfant. La

question qui se pose est la suivante : était-elle vraiment malade? Au verset 23 Jaïros demande que sa fille soit sauvée et qu'elle vive. Rappelons-nous que «vivre», selon Léon-Dufour, c'est l'existence (gr. *psykhè*) plus spécialement une existence près de Dieu. Marc ne parle jamais de guérison face à l'enfant alors que la femme, elle, recherchait clairement à être guérie. Si l'enfant n'était pas malade, elle ne pouvait donc pas être guérie. De là l'idée que ce récit n'est pas un récit de guérison mais de résurrection, de réanimation. Si Marc a enchâssé ces deux récits c'est qu'il avait un objectif précis. En conséquence ces récits ne doivent pas être interprétés de la même manière que lorsqu'ils étaient distincts. Il les utilise donc pour les faire parler autrement. Nous pensons que Marc, via le récit de la fille de Jaïros, pouvait vouloir nous sensibiliser quant aux origines de certaines maladies en ce qui concerne l'enfance et la relation parentale plus précisément, ici, le rapport père/fille. Ce point de vue fait sens du fait qu'à cette époque l'avenir d'une fille, enfant unique par surcroît (Lc, verset 42), ne devait pas être tellement envié. Marc prend donc position, culturellement, en faveur de l'égalité des femmes au plan strictement humain, ce que Jésus endossait d'ailleurs.

Ceci nous amène inévitablement à parler du rôle de la mère de la fillette dans toute cette histoire. Marc ne tente-t-il pas également de libérer toutes les femmes telle l'épouse de Jaïros? Pouvons-nous imaginer un seul instant, au plan contextuel, le drame de cette femme, incapable de donner un fils à son mari? C'est pour cela qu'elle n'a pas de nom parce que Marc s'adresse à toutes ces femmes de l'époque qui auraient pu vivre la même problématique. Compte tenu

des sentiments de cette mère face à sa fille unique et à ce qu'elle symbolisait, mort de la tradition, il se peut très bien que la mère fût également psycho-affectivement indisposée au moment où l'enfant dépendait d'elle de façon primordiale, soit de 0 à 1 an. Cette première relation d'être-avec-autrui, stade de confiance/méfiance, fut sans aucun doute l'émergence d'un sentiment de rejet et d'abandon initial avec tout ce que cela comporte. Ainsi cet enfant a-t-elle abordé la phase oedipienne avec une certaine fragilité. Le sentiment de rejet se re-doublait. Comme Jaïros était probablement encore plus indisposé que la mère, il s'ensuit que l'enfant fût incapable de trouver son identification et de maturer. Ce n'est pas aimer que de surprotéger un enfant au point de l'empêcher d'être-enfant c'est-à-dire de vivre son expérience d'enfant avec tout ce que cela comporte (tomberies, erreurs, etc.). La surprotection, tout comme le rejet, conduit à un sentiment d'infériorité chez l'enfant. Rappelons-nous que l'infériorité peut s'harmoniser dans la dépendance (soumission) mais, aussi, via la révolte voire la délinquance (domination). De là la peur et le besoin de dépendance. Pire encore, le parent surprotecteur s'attend, inévitablement, à une certaine gratification. C'est pour cela que l'on peut dire que la surprotection démesurée a comme racine, de façon non- volontaire et non-consciente, la haine et non l'amour. Contrairement à Dolto[666] nous ne pensons pas que la fillette de Jaïros, «elle était sa vie». Bien au contraire, elle symbolisait plutôt, culturellement (donc spirituellement), psychologiquement et physiquement, sa mort.

---

[666] F. Dolto, *Ibid.*, p. 115.

Marc semble également vouloir nous faire prendre conscience que toute guérison d'une maladie exige d'aller aux origines du mal pour qu'elle soit durable, c'est-à-dire, aux événements biographiques qui auraient pu occasionner une fermeture dans la capacité de percevoir tout ce qui vient à notre rencontre librement, d'en comprendre le sens et de pouvoir y répondre tout aussi librement. C'est pour cela que nous pensons que l'intention de Marc était de faire passer l'enfant d'un récit à l'état de femme de l'autre récit et de faire passer Jaïros, le père de l'enfant, au statut de père de la femme.

Quant au silence exigé par Jésus sur la réanimation et quant à l'isolement de son action par rapport à la foule nous comprenons que lorsqu'il est question des relations parents/enfants personne n'est en autorité de juger. D'ailleurs quand bien même Jésus aurait dit «... que personne ne le sache» nous savons très bien que tout le monde serait en mesure de constater la réanimation dès que la jeune fille sortirait de la maison. Cela ne fait pas sens. Qui plus est, l'ordonnance de Jésus aux parents à l'effet de donner à manger à l'enfant nous rappelle qu'à l'adolescence cet enfant doit quitter le giron parental. La position des parents devient quelque peu ingrate, un peu comme un pourvoyeur : voir à tout matériellement tout en n'ayant plus grand-chose à dire sur les choix existentiels des enfants. Manger, affirmait Derrett, implique un retour à une vie normale; nous, nous disons une vie libérée de la dépendance parentale.

4.3 INTERPRÉTATION DE LA PRAXIS DU TEXTE DE MARC À TRAVERS LE PRISME DE L'AUJOURD'HUI DU LECTEUR

La femme souffrant d'un problème thyroïdien grave : la fille de Gérard.

Le psychothérapeute, après avoir stationné son véhicule, gagne la clinique par le métro. Il avait un horaire chargé, ses livres, ses succès psychothérapeutiques, ses apparitions à différentes émissions de télévision faisaient accourir les foules. À son arrivée la secrétaire lui remit une note : une femme, l'ayant entendu à la télévision et étant de plus référée par une amie qui avait déjà consulté, ***donc ayant appris ce qu'on disait de lui***, désirait absolument qu'il l'appelle avant de commencer sa clinique quotidienne. Le psychothérapeute téléphona donc à la femme. Celle-ci lui raconta qu'elle vivait des problèmes de santé graves et qu'elle devait le voir le plus tôt et ***qu'elle était certaine qu'il pouvait la guérir***. Un rendez-vous fut fixé pour la semaine suivante. La femme se présenta à l'heure prévue. Le psychothérapeute, avisé par la secrétaire, alla la chercher à travers ***la foule*** des gens assis dans la salle d'attente. La confiance que cette femme avait démontrée au téléphone était tout aussi inébranlable en entrevue. Dès les premiers instants, cette confiance s'actualisa par un accueil inconditionnel de la part du psychothérapeute et par une ouverture toute aussi inconditionnelle de part de la femme. Elle raconta qu'elle avait déjà dépensé bien de l'argent dans de nombreuses approches thérapeutiques traditionnelles et alternatives mais hélas, sans succès durable, *sans aucune amélioration; au contraire, son état avait plutôt empiré.* Pendant près de cinq heures, assise face au psychothérapeute, ***elle lui dit toute la vérité***. La femme, âgée de 48 ans, célibataire, sans enfant et sans partenaire, parla d'abord de son père âgé de 80 ans. Elle raconta comment

il était autoritaire, chialeux, acariâtre, non-permissif, comment il voulait tout gérer : «Quand j'étais jeune et que mon père me fessait, je me renfermais j'avais peur d'être battue davantage». Comment, infirmière, elle avait vu à ses soins toute sa vie et comment, aussi, il ne lui donnait même pas, à sa fête, une carte de bonne fête : «je le hais». Elle souligna que le seul fait de parler de son père, Gérard, ***(Gérard = Jaïros)*** elle se sentait étouffée, prise à la gorge.

Sa mère était décédée d'un cancer du sein à 50 ans, lorsqu'elle, elle avait 24 ans. Sa mère lui avait dit en mourant : «Occupe-toi de la famille». La patiente avait d'ailleurs fait une thrombophlébite à la jambe au même instant, soit après avoir promis à sa mère. «Ma mère était très douce, très affectueuse et très soumise aussi». De son enfance elle raconte que lorsqu'elle était très jeune elle faisait plein de tâches ménagères et qu'elle n'avait jamais eu la notion du plaisir. Elle faisait des cauchemars où elle était poursuivie, elle cherchait toujours à s'échapper. Elle rêvait d'être religieuse en Afrique. Elle avait bien eu quelques relations dans sa vie mais des amours impossibles. Depuis 8 ans il n'y avait eu aucun homme dans sa vie. Quant au fait de ne pas avoir d'enfant elle disait «mon père ne l'aurait pas pris». Elle avait toujours bien fonctionné jusqu'à ce jour; or voilà qu'elle vivait beaucoup d'angoisse, depuis quelques mois elle prenait des anti-dépresseurs. Elle était en pré-ménopause. Elle sentait que son corps l'abandonnait de plus en plus. À 33 ans elle avait eu une tumeur, non maligne, à la thyroïde. Comme infirmière, elle savait les dangers ultérieurs possibles conséquents à cette tumeur bénigne. Deux ans plus tôt elle avait subi une stapédectomie (opération au niveau de l'oreille interne) afin d'éviter la surdité. Ce qui la frustrait le plus c'était d'être incapable d'exprimer sa

colère et sa haine face à son père, lui qui l'avait toujours «stoppée», qui ne l'avait jamais considérée voire écoutée. «J'ai toujours eu besoin de son approbation, j'ai jamais lutté. C'est comme si, émotivement, j'avais 5 ans», ***(tout comme la femme du récit).***

Le psychothérapeute, après avoir écouté sans jamais avoir blâmé, critiqué, rejeté ou abaissé, prit la parole.[667] À travers le récit de cette femme le psychothérapeute savait que l'enfance familiale ***(la maison de Jaïros)*** avait un lien avec les problématiques actuelles qu'elle vivait et cela tant au plan somatique que psychologique. Même si le problème apparent était avec le père il lui semblait que cette femme était encore plus soumise que sa mère, qu'elle avait d'ailleurs elle-même décrite comme «très soumise». Pourquoi elle plutôt que quiconque dans la famille avait pris à la lettre l'ordonnance de la mère à son décès : «Occupe-toi de la famille» et en arrive ainsi à sacrifier sa vie à remplacer la présence de la mère, entre autres, auprès du père? En fait le thérapeute savait qu'il fallait faire prendre conscience à cette femme que certains facteurs biographiques relatifs à son enfance, unique, avaient fait en sorte qu'elle et qu'elle seule se sente ainsi appelée par la mère et qu'elle se ferme d'autant face à la capacité d'exploiter son *Dasein*. En d'autres termes il fallait la dé-lier d'une promesse faite, alors qu'elle ne possédait pas toute la liberté requise pour accepter ou refuser; qu'elle quitte père et mère, fût-ce spirituellement, pour se re-lier à elle-même et ultérieurement se re-lier à Autrui, «suivre Jésus». Suivre Jésus devient possible uniquement lorsque l'on est sorti de la dépendance

---

667 Pour comprendre tout ce que le psychothérapeute ait pu dire à cette femme et de quelle façon il s'est pris il faut se référer au point 5.3: «Interventions dans la praxis du texte», Partie 2 de la thérapie : La synthétisation, les entrevues 1 à 7 inclusivement.

parentale, bonne ou mauvaise, parce qu'en fait les parents ne sont-ils pas omniscience, omniprésence et omnipotence pour l'enfant? Lorsqu'il eut fini de parler le psychothérapeute dit à la femme «n'acceptez jamais rien d'autre, surtout avec les hommes — père inclus, qu'une relation respectueuse comme celle que vous aviez espéré trouver ici et qu'effectivement nous avons vécu ce qui revenait à dire : ***«Ma fille, ta foi t'a sauvée; va en paix et sois guérie de ton mal».***

Post-scriptum Bien que, dans cette ré-interprétation nous ayons volontairement amplifié la renommée du psychothérapeute dans un objectif littéraire, il n'en demeure pas moins que cela s'avère vrai pour certains psychothérapeutes d'autant plus que ce cas est authentique. Un an et demi plus tard nous avons su que la patiente allait très bien et qu'elle était en amour. Elle avait pris une importante distance, ontologique, face à son père. Ainsi elle a pu devenir disponible à l'amour sous toutes ses formes : spirituelle d'abord et corporelle par la suite. L'existence précède l'essence.

CHAPITRE CINQUIÈME

VERS UNE APPROCHE PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE CHRÉTIENNE

5.1 ÉCLAIRAGE THÉOLOGIQUE

Nous voici donc rendu au moment de proposer un modèle d'intervention psychothérapeutique où une parole libératrice devient l'axe fondamental d'une théologie pratique. Ce modèle comporte certaines étapes constituant sa structure opérationnelle. Ce qu'il faut nous rappeler, avant toute chose, c'est que le modèle que nous proposons doit être perçu comme «thérapie brève» soit, généralement, de douze à quinze entrevues d'une heure. De plus, il importe de signaler ici que les gens que nous rencontrons sont généralement aptes à effectuer les prises de conscience que nous souhaitons susciter. Même à cela, il se peut que certains cas exigent davantage en termes de nombre d'entrevues et de durée au plan thérapeutique. En second lieu, notre modèle comporte deux parties : l'anamnèse et la systématisation.

Avant toute chose, nous estimons que nous devons présenter ici un court préambule afin de situer dans quel courant théologique se situe notre intervention. En ce qui nous concerne, Schillebeeckx constitue la pierre angulaire de notre positionnement théologique.

5.1.1 Schillebeeckx

Dès le début de son livre, *L'histoire des hommes, récit de Dieu,* l'auteur nous rejoint profondément dans notre recherche comme théologien et comme psychologue confronté aux «gens dans le monde» avec leurs histoires parfois in-humaines :

> Cette invincible persévérance d'une foi chrétienne pure invite le théologien à de nouveaux choix sur le plan de la recherche. Cet espoir repose sur la réalité d'une Église théologale, un peuple *de Dieu,* fait cependant d'humains, en relation à Dieu, solidairement présent aux gens «dans le monde», à leurs problèmes, grands ou petits, à leur histoire «profane», parfois humaine, mais aussi parfois «in-humaine». C'est une Église «supernaturaliste», étrangère au monde, qui de Trente à la veille de Vatican II a occupé l'avant-scène, que beaucoup de croyants quittent. Ils quittent une Église triomphaliste, juridique et cléricale, qui prétend jusque dans le détail être le porte-parole irréfutable de la volonté divine[668].

Toujours selon Schillebeeckx[669], la religion a toujours sa place. Elle a un mot irremplaçable à dire mais elle se doit d'être une religion «engagée» en ce monde-ci et située dans son contexte social et historique.

Poussant plus loin, Schillebeeckx[670] déclare que l'Église n'a d'avenir que dans la mesure où elle se débarrasse de tout surnaturalisme et de tout dualisme, et ne réduit donc pas le salut à un Royaume purement spirituel ou à un avenir dans un au-delà uniquement «céleste». Ainsi,

---

668 E. Schillebeeckx, *Histoire des hommes : récit de Dieu*, Paris, Cerf, 1982, p. 19.

669 E. Schillebeeckx, *Ibid.*, p. 31.

670 E. Schillebeeckx, *Ibid.*, p. 352.

nous croyons que la psychologie n'aura d'avenir que si elle se débarrasse de tout dualisme. Dès lors, une telle psychologie, jointe à une théologie coupée de tout surnaturalisme, peuvent rendre possible un Royaume de Dieu et un Règne de Dieu vécus simultanément, c'est-à-dire spatio-temporellement, dans un ici et maintenant marqué par la qualité soit la découverte maximale du sens des êtres et des choses bref de la Vérité et de la Justice. L'analyse existentielle que nous préconisons et qui définit l'existence comme *Dasein*, comme un avoir à être continuel, épouse la définition de l'humain de Schillebeeckx[671] dans le sens précis qu'il n'y a pas dualisme esprit/corps mais mouvement dialectique entre deux pôles; l'un des pôles ne pouvant être défini sans l'autre. C'est donc à travers le sens humain de Jésus que son sens religieux prend toute sa crédibilité. Ainsi en est-il de l'humain, de tout humain, dans la suite de Jésus. C'est d'ailleurs pour cela que Schillebeeckx peut affirmer que toute révélation divine doit passer par l'humain :

> Car c'est dans ce monde concret que des hommes aspirent à une libération qui les délivre de l'aliénation, un monde où ils sont libérés d'eux-mêmes et deviennent librement disponibles pour autrui. La médiation incontournable d'une possible révélation divine, c'est l'«humain»[672].

Toutefois, selon Schillebeeckx, cette possibilité de révélation divine n'est qu'une offre dont la réception et l'intégration n'ont jamais lieu sans que la conscience y prenne part. Comme éthicien, nous savons à quel point l'épreuve, avec sa souffrance, constitue un *kaïros* qui peut

---

671 E. Schillebeeckx, *Op. cit.*, p. 91.

672 E. Schillebeeckx, *Ibid.*, p. 39.

rendre féconde cette réception et cette intégration. Pour Schillebeeckx[673], le terme éthique doit être résumé à tout ce dont l'objet est l'humanisation, à tout ce qui rend l'homme plus humain. Dans ce sens, la rencontre psychothérapeutique, expérience fondamentale au plan existentiel, est donc expérience éthique ultime pour l'analysé. Toujours selon Schillebeeckx, l'usage des mots «religieux», «mystique» ou «théologie» vise tout ce qui a Dieu pour objet explicite. Or, s'il est vrai que l'objectif thérapeutique est de re-concilier l'analysé avec lui-même, éthiquement, cela est pour qu'il puisse ultérieurement, à la suite de Jésus, se re-lier authentiquement et librement aux autres et ainsi poursuivre l'objectif théologal avec le souffle de l'Esprit, de toute existence. L'épreuve arrête le temps en quelque sorte et devient donc une occasion de prise de conscience, de réflexion (ré = mouvement arrière) :

> Les représentations et les attentes de salut et de félicité résultent toujours, chez les humains, de projets élaborés à partir de réalités contraires et douloureuses, affligeantes et aliénantes, concrètement vécues avant de venir l'objet d'une réflexion[674].

Or, c'est grâce à la ré-flexion que l'on peut redonner un sens à certains événements passés et présents. Aux dires de Schillebeeckx[675], chaque vie humaine connaît des formes de révélation de sens. Or, ce sont principalement des expériences de non-sens, d'injustice, de souffrance non méritée qui prennent une signification révélatrice. Ce n'est pas ce qui va de soi,

---

673 E. Schillebeeckx, *Op. cit.*, p. 144.

674 E. Schillebeeckx, *Ibid.*, p. 1.

675 E. Schillebeeckx, *Ibid.*, p. 63.

sans résistance, mais la contrariété, la «pierre de scandale» d'une réalité qui ne «se donne» pas, qui devient principe d'interprétation du réel. L'autorité de l'expérience atteint son sommet dans le témoignage de l'homme et de la femme qui ont souffert : souffrances à la suite d'échecs ou d'erreurs, souffrances physiques, souffrances dues au mal, à l'injustice, aux remords, aux chagrins d'amour, etc. Ce sont là les moments forts de la révélation du réel dans et par les expériences humaines. Toujours selon Schillebeeckx[676], ce sont en effet les expériences qui s'imposent au sujet contre son gré, éventuellement en dépit de son entourage et de sa culture, qui font vraiment progresser notre «être humain». Les expériences les plus profondes, transformatrices de vie, porteuses de nouvelle vie, ont le caractère d'expériences de conversion. Ce sont des expériences crucifiantes qui obligent à une *metanoia,* à un changement de sens, d'agir et d'être. Ce sont des expériences de rupture mais elles sont l'occasion d'une nouvelle intégration. Nous ne pouvons pas passer sous silence ici la position de Genre face à ce que doit être la relation d'aide dans un contexte de théologie pratique :

> La communauté chrétienne doit en effet toujours garder conscience du fait que sa relation d'aide se réalise à travers la *faiblesse* de ses membres et non avec force. Paul nous rappelle que la relation d'aide passe souvent par des moments de «grande affliction, de coeur serré et de beaucoup de larmes» (II Cor. 2,4). La relation d'aide naît et se réalise sur ce terrain de faiblesse et d'angoisse, elle ne tombe pas du haut des chaires qui incarnent la certitude. La relation d'aide de l'Église naît justement de cette situation de «déficit» qui la caractérise; elle vit de cette réalité de pauvreté, de pénurie; le trésor dont elle se fait le témoin est «dans des vases de terre». C'est à partir de cette fragilité que Dieu opère[677].

---

676 E. Schillebeeckx, *Op. cit.*, p. 64.

677 E. Genre, «La relation d'aide dans une perspective pneumatologique» dans Genre, E., *La relation d'aide : une pratique communautaire,* Genève, Labor et Fides, 1997, p. 218.

Il est intéressant de constater que pour Schillebeeckx une expérience consciente «est avant tout, capacité d'exprimer ce qu'on éprouve» bref de «faire voir» concrètement via la parole ce qui dérange, ce qui est éprouvant, de lever le voile sur la manière dont quelque chose fait sens pour moi. N'est-ce pas là le principe de base du rapport psychothérapeutique? Un rapport, une relation, une présence voire une expérience fondamentalement révélatrice où l'analysé est amené, en se révélant librement et sans crainte aucune, à re-interpréter son passé donc, inévitablement, son futur, soit là où il pourra exprimer sa foi chrétienne comme jamais :

> L'homme, dans cette vie commune avec Dieu dans la solidarité avec le prochain, n'a plus à craindre la mort. Croire en «la vie éternelle», selon la tradition néotestamentaire, n'a pas son fondement dans ce qu'on désigne par «immortalité de l'âme», mais dans cette communauté de vie avec Dieu, l'Éternel, telle qu'elle se manifeste concrètement dans l'histoire, dans la solidarité inconditionnelle avec autrui, à commencer par l'autre dans le besoin et dans l'angoisse : *Pas de ciel sans la terre !*
>
> En de telles expériences révélatrices se découvre la possibilité du neuf. Un espace s'ouvre, qui permet de percevoir le réel autrement, qui rend possible un nouveau regard sur le monde et sur ce qui s'y passe, où s'offre une invitation à agir autrement, à agir de manière inédite et à passer à une pratique alternative. Il est donc possible de voir le monde autrement que selon nos habitudes, mais cela implique que l'expérience révélatrice conduit à une réinterprétation neuve, joyeuse, salutaire de notre propre identité, au prix d'une désintégration de notre identité routinière. Dans chaque expérience révélatrice se produit un passage bouleversant, une *pascha* qui nous fait passer d'une *intégration* acquise, *routinière* et acritique, à travers une *désintégration,* à une désintégration, à une *réintégration* avec une orientation nouvelle. Chaque expérience révélatrice implique conversion, révision de vie, réorientation[678].

---

[678] E. Schillebeeckx, *Op. cit.*, pp. 14 et 56.

Schillebeeckx est catégorique : le salut divin se réalise primairement dans la réalité mondaine de l'histoire et non dans la conscience des croyants qui en prennent connaissance. Notre tâche, comme psychothérapeute et théologien, est de libérer les hommes et les femmes de certaines souffrances dans la mesure où Dieu nous le permet. En conséquence, notre «idée de Dieu» correspond à celle de Schillebeeckx pour qui Dieu se trouve là où le mal est combattu et le bien favorisé; où il y a libération des potentialités humaines existentielles maximales. L'image de Dieu que Jésus nous offre est déterminée par l'assoiffé de justice, l'étranger, le prisonnier, le malade. En ce qui nous concerne, c'est avec le malade que nous comptons faire théologie. Comme Schillebeeckx, nous croyons que s'il peut y avoir «résurrection de la chair» cela implique et commande à une intégration homme/monde. L'utilisation du terme «corporéité» par Schillebeeckx est à retenir :

> Le salut et le bonheur parfaits de la personne individuelle (appelée *sarx*, corps ou chair dans la Bible), intégrée dans une société accomplie, s'appellent dans la tradition de foi chrétienne: *«résurrection de la chair»;* cela signifie que chaque personne humaine, jusque dans sa corporéité, une corporéité qui en est l'orchestration audible, chantera sa propre mélodie pour que d'autres puissent en jouir (ce corps glorifié qui n'a aucun rapport avec la dépouille mortelle a cependant un rapport étroit avec la forme charnelle où ma personne a trouvé son expression sur terre)[679].

Dieu est donc le coeur et la source de tout mouvement libérateur. Toutefois, si le Dieu de Jésus est le Libérateur et le Sauveur ce ne sera jamais une quelconque interprétation qui sauvera ou qui sera moyen de libération mais toujours «l'agent libérateur lui-même». Cette

---

679 E. Schillebeeckx, *Op. cit.*, p. 209.

affirmation de Schillebeeckx[680] rejoint notre compréhension de la thérapie à l'effet que le modèle même que nous préconisons se veut justement anticipatif. Dans ce modèle, nous le savons, l'analyste n'intervient pas, laissant plutôt l'analysé être «l'agent libérateur lui-même» à partir de la resynthétisation qu'il fera de sa *Lebenswelt*. Toutefois, «laisser» ne veut pas dire ne pas activer, ne pas éclairer. L'analyste est un catalyseur. Toujours selon Schillebeeckx[681], le Dieu de Jésus est «un Dieu engagé dans l'histoire de la lutte contre tout pouvoir oppressif». Ainsi, parler de Dieu n'est possible que sur la «base d'expériences humaines». À partir de là, Schillebeeckx[682] émet l'opinion que pour un chrétien l'existence d'une relation positive entre le «Royaume de Dieu» et le «royaume de l'humanité libérée» devrait être évidente. Nous abondons dans ce sens. En effet, la psychothérapie vise à libérer l'individu de certains modes d'esclavage. Elle vise à une ouverture existentielle d'être-là avec tout ce qui vient à ma rencontre. Pour Schillebeeckx, il est clair que le Dieu de Jésus est un symbole d'ouverture universelle et non d'exclusivité fermée. Avec la psychothérapie il peut donc y avoir déblocage spatial et spirituel, c'est-à-dire au plan qualitatif parce qu'en fait spatialité et spiritualité, au plan ontologique, sont indissociables. Spatiale parce qu'elle oriente mais pour orienter l'individu doit être en mesure de découvrir (être-découvrant) le sens des phénomènes qui marquent le cours de mon existence bref d'être-au-monde sous le mode de la spiritualité. À notre point de vue, la psychothérapie, telle que nous l'entendons, permet d'accéder à ce «royaume de

---

680 E. Schillebeeckx, *Op. cit.*, p. 257.

681 E. Schillebeeckx, *Ibid.*, p. 144.

682 E. Schillebeeckx, *Ibid.*, p. 145.

l'humanité libérée» donc par excès de sens au «Royaume de Dieu». Qu'est-ce donc pour Schillebeeckx[683] que le «Royaume de Dieu»? Royaume de Dieu, mot clé du message de Jésus, est la manière biblique de désigner l'essence divine : un amour inconditionnel et libérateur dans la mesure où il oeuvre et se révèle dans la vie des gens qui font la volonté de Dieu. Mieux encore, ce Royaume est un espace géographique, occupé par des concitoyens, soumis à une même législation et à un même gouvernement. Ce Royaume de Dieu devient alors l'espace total du monde, l'*oecumène,* c'est-à-dire le monde habité par les humains où le «règne de Dieu», créateur de cet univers, signifie que la paix, la justice et l'amour règnent parmi les humains; qu'ils vivent aussi en paix avec le milieu écologique total, pour autant que les humains se conduisent librement comme il convient dans ce Royaume. Toujours selon Schillebeeckx, le Royaume de Dieu est une attitude «retournée», une nouvelle *(metanoia)* de l'homme envers Dieu qui se manifeste dans un mode nouveau de relations libératrices des hommes entre eux au sein d'une société réconciliée et dans un milieu de vie naturel apaisé. Le Royaume de Dieu est la présence révélatrice et salvifique de Dieu dans le monde. C'est un «Royaume d'hommes», un Royaume humain par contraste avec les royaumes de ce monde, symbolisés dans Dn 7 par des animaux, où règne le droit du plus fort. Le Royaume de Dieu est la suppression du contraste criant entre le dominateur et le dominé (même si c'est «Dieu» qui est considéré comme étant le tyran au pouvoir). Si ce Royaume de Dieu, ce ciel théologique, auquel je peux accéder ici-bas est possible, il s'ensuit que l'enfer est de ce monde :

---

683 E. Schillebeeckx, *Op. cit.,* pp. 179-181.

> «Ciel» et «enfer» désignent avant tout des possibles anthropologiques, c'est-à-dire des décisions prises par les humains eux-mêmes. Ce n'est pas Dieu, ce sont les gens qui inventent l'enfer... de par leur conduite même. Dans sa situation libre, l'homme est en effet capable tant du bien que du mal, ce qui fait du ciel comme de l'enfer des possibilités humaines.[684]

Quoiqu'il en soit, d'ajouter Schillebeeckx[685], la foi chrétienne en une vie éternelle, en un «ciel», n'a pas pour fondement l'affirmation grecque de l'immortalité de l'âme humaine en tant qu'entité spirituelle mais la communauté de la vie de la grâce avec celle de Dieu, grâce qui s'exprime ici-bas, concrètement, dans les manifestations de solidarité humaine.

Au plan plus clinique cette fois, Schillebeeckx entretient également une conception de la névrose qui rejoint notre point de vue à l'effet que l'anxiété reliée à la finitude existentielle débouche sur l'anxiété névrotique :

> La finitude, de même que toutes les limitations de la condition humaine qui l'accompagnent, y compris donc la possibilité de souffrir, est masquée et camouflée. Mais la réalité de la limite absolue demeure, en dépit de toute aspiration mégalomaniaque. Il en résulte un syndrome culturel névrotique[686].

---

684 E. Schillebeeckx, *Op. cit.*, pp. 212-13.

685 E. Schillebeeckx, *Ibid.*, p. 214.

686 E. Schillebeeckx, *Ibid.*, p. 132.

La spiritualité missionnaire que nous accordons à la pratique de notre vocation (celle de théologien-psychologue) repose avant tout sur le fait d'avoir été saisi par l'avènement et la valeur du Royaume de Dieu. Mais que comporte donc cette mission? La réponse de Schillebeeckx répond grandement à notre questionnement :

> La mission englobe évangélisation, aide au développement et action libératrice : diaconie caritative et politique, le tout en un. La mission évangélique cherche à rejoindre les couches de la population d'où jaillit le cri suprême pour plus de liberté, de dignité humaine et de justice. L'espérance chrétienne et l'avenir qu'elle vise ne prennent un caractère concret que lorsqu'ils s'enracinent dans la tragédie humaine de pauvreté, d'injustice et d'oppression. Telle était aussi la mission de Jésus. Cela exige bien une diaconie critico-prophétique, et même politique, auprès des hommes dans le besoin[687].

En ce qui nous concerne et en regard du sujet traité ici, nous estimons que le système médical traditionnel ainsi que la majorité des approches alternatives, y inclut les approches psychologiques traditionnelles, traitant le cancer du sein, de par leur incapacité à soigner l'âme, constituent, bien involontairement, un accroc à la «dignité humaine» de toute femme atteinte de cancer du sein. Nous considérons que c'est là la raison fondamentale de notre engagement, de notre mission, de notre diaconie.

---

[687] E. Schillebeeckx, *Op. cit.*, p. 280.

5.1.2 Perrin

Nous avons consulté quelques auteurs, théologiens, qui s'intéressent à la maladie. Deux d'entre eux nous sont apparus collés à notre questionnement : Perrin[688] et Drewermann[689].

Toutefois, la position de Perrin nous apparaît plus nuancée et plus souple. De toute évidence sa conception est plus générale et plus ouverte car Perrin ne s'identifie à aucune approche comme telle, c'est plutôt son expérience auprès des malades, comme théologien et prêtre, qui soutient et structure sa pensée à cet égard. Avant de parler de son point de vue sur la maladie prenons connaissance de l'idée qu'il se fait de Dieu. Le Dieu des chrétiens, dit Perrin[690], n'est pas quelqu'un qui agirait depuis l'au-delà sur le lieu présent, ni quelqu'un qui agirait «après» la mort ou «avant» la naissance. C'est un Dieu qui se manifeste dans la mémoire du Christ portée à travers une communauté. Pour Perrin, conséquemment, le lieu et le temps où se réalise la foi chrétienne se définissent ainsi : «... son lieu est l'histoire d'une vie, [sa durée] c'est la durée de l'existence».[691] Toujours selon Perrin, la maladie, qui vient marquer le parcours d'une existence, doit être perçue comme une expérience privilégiée dans l'ordre symbolique dans la mesure où le mal s'y manifeste alors qu'on ne sait pas ce qu'il veut dire : «La maladie est au premier chef un signifiant non signifié, et, pourtant non insignifiant».[692]

---

688 L. Perrin, *Guérir et sauver : entendre la parole des malades*, Coll. "Recherches morales", Paris, Cerf, 1987.

689 E. Drewermann, *La parole qui guérit*, Paris, Cerf, 1991.

690 L. Perrin, *Ibid.*, p. 242.

691 L. Perrin, *Ibid.*, p. 242.

692 L. Perrin, *Ibid.*, p. 168.

Cette interprétation de la maladie constitue un point d'arrimage fondamental quant à notre vision de la maladie. Quant à la guérison, Perrin mentionne que la théologie chrétienne affirme que le fait de la guérison dépend de la valeur émise par un salut à venir, que la démarche présente de la foi implique l'espérance d'une nouveauté inconnue, que l'origine vient de la fin des temps, que l'acte de connaître consiste à reconnaître ce qu'on n'a jamais vu et que naître est une oeuvre qui se reçoit d'une renaissance. Nous avons déjà démontré qu'en ce qui concerne la guérison, celle-ci touche le futur, le possible. Toutefois, elle nécessite l'histoire passée de l'analysé afin que ce dernier en fasse une ré-interprétation donc qu'il y ait re-connaissance de sa part de ce qu'il n'a jamais pu voir jusqu'à ce jour, jour de l'épreuve. Voilà la vraie co-naissance pour l'analysé : connais-toi toi-même, le *Dasein* qui s'appelle (Heidegger). Voilà l'émergence d'une spiritualité éclairante, dévoilante et, aussi, orientante. Pour Perrin, «la guérison ne peut se réduire à un rétablissement de santé dans l'insignifiance d'un tour de piste sur la scène de la maladie, que l'on s'empressera d'oublier, de faire comme s'il n'avait pas eu lieu[693].» Ce serait là lui enlever son caractère symbolique, sa dimension significative, expressive. Or, comme le malade est inséparable de la maladie qu'il porte, cela reviendrait à lui «couper», lui «enlever la parole» dirions-nous. En ce qui touche la dimension psychothérapeutique nous avons déjà amplement élaboré sur toute l'importance de la temporalité soit sous forme de récit autobiographique (passé), de la rencontre psychothérapeutique comme expérience fondamentale (présence) et de la ré-interprétation ou re-synthétisation du passé par l'analysé lui-même avec

---

693 L. Perrin, *Op. cit.*, p. 206.

l'aide de l'analyste afin de l'amener à exploiter davantage son existence (futur). Bref ce que l'analysé doit être amené à réaliser, c'est qu'il doit quitter certaines traditions (passé) obturatrices, certaines structures apparemment sécurisantes, refaire alliance avec lui-même (présent) et se remettre en route (futur). Cette exigence de mise en route de l'analysé ne s'apparente-t-elle au trajet de l'Exil, de l'Exode et de l'Alliance? Perrin exprime, par cette référence aux «fils d'Abraham», l'exigence psychothérapeutique auquelle l'analysé est confronté et appelé :

> Avant, maintenant, désormais, telle est la structure du temps pour les "fils d'Abraham". Les traditions abrahamiques présentent en effet l'histoire du personnage, marquée par un départ: "Quitte ton pays" et entre dans une histoire. Avant, c'était la vie tribale, inscrite dans les habitudes sédentaires et l'organisation établie par les divinités locales. Maintenant, c'est l'appel d'un Dieu qui n'est attaché à aucun territoire donné, un Dieu qui met en route, qui demande à partir en voyage, qui déploie le chemin des nomades. Les autels dressés ne seront plus les répères spatiaux de l'orientation du village, mais les bornes qui marquent un itinéraire historique. Désormais, les fidèles auront pour se reconnaître une Promesse fondée sur une Alliance[694].

Voilà donc les bases théoriques qui servent de substrat à notre approche psychothérapeutique chrétienne. Dans la section qui va suivre nous nous attarderons sur la structure du modèle psychothérapeutique que nous proposons. Bref, nous explorerons comment et pourquoi ce modèle, idéalement, devrait s'actualiser dans la praxis.

---

[694] L. Perrin, *Op. cit.*, p. 71.

5.2 PARTIE 1 DE LA THÉRAPIE : L'ANALYSE AUTOBIOGRAPHIQUE

Avant de débuter nous visualiserons les étapes que comporte le modèle psychothérapeutique que nous préconisons.

TABLEAU 7 - SYNTHÈSE DU MODÈLE PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE PROPOSÉ		
Première partie **L'ANALYSE** **(partie rétrospective)**	**Objet**	**L'anamnèse ou le récit autobiographique.**
	Durée	Habituellement une moyenne de six rencontres. Toutefois cela peut varier en fonction de l'âge, du vécu, de la personnalité et des émotions accompagnant chaque rencontre.
Deuxième partie **RE-SYNTHÉTISATION** **(partie prospective)**	**Objet**	**Entrevue # 1 : La naissance** **Entrevue # 2 : L'existence** **Entrevue # 3 : L'harmonisation** **Entrevue # 4 : L'épreuve comme rupture de l'harmonisation** **Entrevue # 5 : La parole ou comment et pourquoi s'exprimer** **Entrevue # 6 : La maladie** **Entrevue # 7 : La réinterprétation**
	Durée	Entre une heure et une heure trente minutes hebdomadairement. Toutefois, il est évident que si l'analysé arrive perturbé à l'entrevue, suite à un événement majeur, il se peut très bien que celle-ci se transforme en psychothérapie de soutien en ce sens que l'analyste laisse tomber les objectifs planifiés de cette entrevue.

En ce qui a trait au questionnaire autobiographique à être utilisé dans le modèle projeté nous soumettons celui qui apparaît en annexe et qui a servi lors de notre étape de la cueillette des données. Nous rappellerons ici que la première partie du modèle psychothérapeutique proposé se justifie, selon Boss, du fait que l'existence est unique et que l'être-au-monde est aussi un être-avec-autrui qui se concrétise voire se temporalise dans le fait d'avoir-été (passé),

de devoir-être (présent) et d'avoir-à-être (futur). L'existence humaine est chronoholistique. En ce qui a trait à la deuxième partie du modèle proposé, la re-synthétisation, la séquence logique des entrevues découle de l'intégration de différents auteurs. L'existence débute avec la naissance comme origine. À cet égard Heidegger, Boss, Tillich, Jaspers et certains auteurs nous confirment dans notre décision à décréter les limites, subies, de l'existence que sont la naissance et la mort comme première thématique. La deuxième thématique, soit l'existence, nous paraît logique en ce sens qu'après être né nous avons à être, à exister. Lorsque l'analysée sait que la naissance est subie, qu'elle aura une fin inéluctable et que l'existence est un avoir à être nous estimons qu'elle possède suffisamment d'information pour qu'elle puisse comprendre comment elle a dû s'harmoniser. La troisième thématique vise le bris, via l'épreuve, de cette harmonisation naturelle. Dans la cinquième entrevue nous estimons le moment judicieux pour débattre du rôle de la parole dans l'existence; comment cette parole a été agissante voire mal-agissante dans le passé de l'analysée et comment elle pourrait désormais être agissante pour le futur. Cette entrevue est un moment et un tournant décisif car rappelons-nous que la guérison réside dans le futur. La thématique de la sixième entrevue, la maladie, appelle, cela va de soi, à l'interprétation du concept de maladie selon Boss. À notre point de vue la maladie de l'analysée est «secondaire», entendons ici au plan ontologique. C'est uniquement après avoir compris le sens de son existence passée que l'analysée peut comprendre le sens de son existence actuelle comme femme cancéreuse. Enfin la dernière entrevue se veut une validation de tout le processus afin de s'assurer que l'analysée aussi bien que l'analyste se sont bien compris mutuellement. Boss ne définit pas de modèle précis d'intervention toutefois la lecture de son

oeuvre, surtout des résumés de cas cliniques, conduit généralement à ce processus, à cette logique séquentielle. Notons enfin que ce modèle correspond au modèle dit anticipatif tel que Boss le définit et que nous avons d'ailleurs déjà distingué.

Nous avons déjà vu ce que nous entendons par anamnèse ou autobiographie lorsque nous avons présenté les récits de vie de femmes atteintes de cancer du sein. Au plan théologique nous pourrions dire que l'anamnèse équivaut à ce face à face (symbolisme d'horizontalité = physique) entre Jésus et la femme du récit où Jésus force cette dernière à se dévoiler (symbolisme de verticalité = psychologique) de sorte qu'elle lui dise «toute la vérité». Cette Parole de vérité à nos yeux laquelle n'était pas celle de sa guérison mais plutôt celle reliée à sa confession. Pourquoi et comment la parole peut-elle avoir plus d'effets sur la guérison que tout autre forme de thérapie? La majorité, sinon la totalité d'entre nous, sont présents dans ce monde, parce que deux personnes de sexe opposé, nos parents, se sont d'abord rencontrés. Ils se sont vus et parlés. C'est parce que les paroles qu'ils ont échangées ont fait sens qu'ils se sont plus et aimés et qu'ils nous ont conçus. Si, au plan relationnel humain, la parole peut jouer un rôle capital dans l'initiation du processus de reproduction de la vie[695], processus apparemment purement physique et physiologique voire génétique, comment ne pas croire qu'elle puisse agir sur le système immunitaire et en chasser un «corps étranger», la tumeur? Avant même mon

695 Nous savons que dans le processus de reproduction le corps de la femme «accepte» même, exceptionnellement d'ailleurs, un «corps étranger», l'embryon. En fait quelle différence y a-t-il entre embryon et tumeur, ne sont-ils pas deux «corps étrangers», l'un symbole de vie et l'autre symbole de mort? Ne sommes-nous pas avec la tumeur cancéreuse face à la question de la mort et avec le foetus face à la question de la vie? Vie et mort ne sont-ils pas inséparables?

code génétique, il y eut une Parole entre mon père et ma mère[696]. La science n'a jamais demandé de preuves concernant l'événement humain de la reproduction parce que celle-ci est en soi un acte de création et dans tout acte de pure création il y a dépassement, transcendance de l'ancien, pour produire du nouveau; elle est tournée vers le futur. Comment prouver ce qui n'est pas encore, ce qui sera créé, ce qui est possible? Au plan de l'effet psychothérapeutique de la parole sur le système immunitaire, la science n'a pas non plus à exiger de preuves parce qu'en fait il n'y a pas de différence entre le rôle que la parole peut jouer au niveau relationnel psychothérapeutique sur le système immunitaire et le rôle que celle-ci peut jouer au niveau relationnel conjugal sur le système de reproduction. Ces deux situations utilisent la parole comme moyen initial d'un acte libérateur et créateur. Enfin, ces deux situations ont à la base un même sentiment, l'Amour. Nous savons également, avec Heidegger, que la parole a pour but de rendre manifeste, de faire voir oralement, donc vocalement *(vocare)* et ce de façon fausse ou vraie. En me faisant d'abord voir, la parole est re-lation et ultérieurement rapport. Comme *summum* phénoménologique, elle montre ce qui est en retrait, dans l'occultation, c'est-à-dire, ce qui se montre sous un masque, soit l'être de l'étant, l'existence. Ainsi, d'ajouter Heidegger, l'être-occulté est donc la contrepartie du phénomène. Il y aurait donc quelque chose de plus grand que la réalité (manifestée) soit le possible (l'occulté). Or, la parole n'a de sens que lorsque l'on se sent écouté : l'ouïr est constitutif du dire. Au plan humain, l'ouïr n'est-il pas le sens primaire? Le foetus distingue, déjà avant même sa naissance, vers 7 mois, la voix de sa

---

696 Parfois cette même Parole créatrice peut prendre des formes perverties. Nous pensons ici à un homme d'un certain âge qui peut séduire une jeune fille, encore enfant, et lui faire un enfant. Que penser du viol où la parole est empêchée voire étouffée parfois et où, dans certains cas, il peut y avoir également «création».

mère alors qu'il ne verra qu'un certain temps après sa naissance. Pennebaker rappelle que dans le cadre psychothérapeutique l'effet de la parole a été démontré depuis longtemps :

> In their development of the cathartic method, Breuer and Freud (1895-1966) emphasized the importance of "the talking cure" in the relief of hysterical symptoms by encouraging the patient to discuss all major aspects of earlier traumatic experiences. Alexander (1950) noted that in some cases physiological problems such as asthma, ulcer, or high blood pressure could be relieved by allowing the patient to confess repressed desires. Jourard (1971), a pioneer of self-disclosure research, noted that either talking with others or even writing about one's problems could ultimately reduce or prevent health problems[697].

Toujours selon Pennebaker parler d'un événement traumatisant, c'est-à-dire suscitant de fortes émotions au plan affectif, en permet l'assimilation cognitive mettant ainsi fin à l'inhibition laquelle, généralement, agit de façon stressante sur le corps :

> According to our developing inhibition-disease framework, the act of inhibiting or otherwise restraining ongoing behavior, thoughts, and feelings requires physiological work. Whereas short-term inhibition is associated with brief increases in specific autonomic activity, long-term inhibition places additional stress on the body, resulting in increased rates of illness and symptom reports. A particularly relevant form of inhibition is the need to discuss an important event or feeling but not being able to do so. We hypothesized that if the event is eventually disclosed, the individual can – at least temporarily – reduce the work of inhibiting and thus lower the stress placed on his or her body[698].

---

697 J.W. Pennebaker; C.F. Hughes; R.C. D'Huron, "The psychophysiology of confession : Linking inhibitory and psychosmatic processes", *Journal of Personality and Social psychology*, vol. 52, n° 4, 1987, p. 782.

698 J.W. Pennebaker, *Ibid.*, p. 781.

Dans le même sens Fawzy déclare : *On ne sait pas comment mais plusieurs études récentes suggèrent que les interventions psychothérapeutiques peuvent avoir un rôle à jouer dans l'amélioration de la santé :*

> The influence of psychosocial group intervention for patients with cancer has been the topic of heated debate. Few dispute the reported beneficial effects in relation to improvements in affective distress, coping behavior, quality of life, and pain control. Some question the relationship of these psychological changes to disease parameters such as metastasis, recurrence, and survival. However, several recent studies suggest initial evidence that, in some unknown way, effective psychological intervention may have a role to play in improving physical health outcomes[699].

Voilà, en plus des recherches dites scientifiques dont nous avons fait mention dans le chapitre sur le cancer et qui ont démontré que la parole avait un effet positif certain sur le système immunitaire, pourquoi et comment la parole exprimée dans le cadre psychothérapeutique est si importante. Au plan théologique Hans Küng soutient que le dialogue

> permet de faire prendre conscience que la souffrance est condition-née et que, de ce fait, il existe de nombreuses possiblités de la faire évoluer, qu'elle n'est pas uniquement le fait du hasard, qu'elle n'est pas tout bonnement envoyée par Dieu. Le dialogue arrache l'individu à l'isolement d'une souffrance vécue en secret, enfouie dans la vie intime, et le rend capable de réinterpréter sa souffrance[700].

---

699 J. Fawzy *et al.*, "Malignant melanoma : Effects of on Early Structured Psychiatric intervention, coping, and affective state on recurence and survival 6 years later", *Archives of general psychiatry,* vol. 50(a), 1993, p. 681.

700 H. Küng, *Être chrétien,* Paris, Seuil, 1974, p. 677.

D'ailleurs, bien avant Heidegger, nous pouvions lire dans *Le Banquet* de Platon[701] que le *logos* (discours, parole) s'oppose à la passion (passion = passif = possédé = dépendance) et que la cohérence (de connexion = rapport logique = *connexus* = attacher ensemble) s'oppose au *pathos.*

Ainsi l'anamnèse, comme première partie, en est une d'analyse, de déconstruction. Dès lors, n'est-il pas surprenant que lors de cette première partie la personne se sente dé-bâtie, dé-nudée. En effet, les gens se racontent et le psychothérapeute écoute et note. Ce n'est pas encore, généralement, le temps d'intervenir. Ainsi, plusieurs clients et clientes nous racontent qu'après l'entrevue précédente ils ont dû faire le trajet de retour à leur résidence, parfois plus d'une heure en automobile, en pleurant à chaudes larmes. D'autres ont parfois pris deux ou trois jours à se remettre d'une entrevue d'anamnèse. Certains vivent de troublants cauchemars ou d'importantes somatisations. Par expérience, nous savons qu'il y aura de ces moments difficiles et ils sont incontournables pour ceux qui consultent mais nous savons également que ces moments comportent une énergie positive incroyable. Pennebaker est catégorique à l'effet qu'à long terme le fait de faire face à des situations déstabilisantes émotivement est associé à une amélioration de la santé tant physique que psychologique :

> In the short run, confronting upsetting experiences may be psychologically painful and psysiologically arousing. In the long run, however the act of psychologically confronting emotionally upsetting events is associated with improved physical and psychological health[702].

---

701 Platon, *Le Banquet,* Paris, Gallimard, 1973.

702 J.W. Pennebaker, "Putting stress into words : health linguistic and therapeutic implications", *Behaviour Research and therapy,* vol. 31, 1983, p. 546.

Notre intervention n'est pas de détruire la personne en face de nous. Il faut lire ici destruction en l'opposant à construction. Si par exemple un tel est propriétaire d'un seul terrain sur lequel il n'y a de place que pour une seule construction, laquelle est déjà existante, ne faudra-t-il pas déconstruire si l'on veut rebâtir? Certes ce propriétaire pourrait vendre sa propriété et en racheter une autre. Toutefois, au niveau de l'existence humaine cela est davantage compliqué. Si, au plan matériel, je peux vendre ma maison et mon terrain pour acheter ailleurs, au plan humain je ne peux me départir de mon expérience vécue. Je ne peux absolument pas me dissocier de mon *Dasein*, de cette existence qui est mienne, de mon avoir à être. À tout le moins cela est peut-être possible mais le prix est important : la schizophrénie et le suicide en sont des exemples. L'anamnèse est essentielle parce que chaque existence est unique, avec comme conséquence, une perception du monde, de tel ou tel phénomène, unique pour chacun. Nous percevons et répondons aux êtres et aux choses qui surgissent dans notre existence en fonction de notre expérience vécue, de notre historicité propre. C'est donc parce que chaque personne est unique qu'il nous faut savoir son passé. Piaget maintient que si l'enfant explique en partie l'adulte, on peut dire aussi que chaque période du développement rend compte en partie des suivantes. Qui plus est, de conclure Piaget, cela est particulièrement clair en ce qui concerne la période antérieure au langage. Faute de fonction symbolique, le nourrisson ne présente encore ni pensée, ni affectivité liée à des représentations permettant d'évoquer les personnes ou les objets en leur absence. Mais malgré ces lacunes, le développement mental au cours des dix-huit premiers mois de l'existence est particulièrement rapide et particulièrement

important, car l'enfant élabore à ce niveau l'ensemble des substructures cognitives qui serviront de point de départ à ses constructions perceptives et intellectuelles ultérieures, ainsi qu'un certain nombre de réactions affectives élémentaires qui détermineront en partie son affectivité subséquente[703]. Voilà pourquoi le récit de vie est primordial; parce que premièrement l'être humain est un être chronoholistique et que, deuxièmement, plus nous reculons dans le temps et plus les événements de son existence ont été marquants et décisifs pour lui.

Nous avons déjà dit que le cadre psychothérapeutique est un milieu privilégié où l'individu doit pouvoir se raconter librement et ouvertement sans crainte de représailles quelles qu'elles soient. Pouvoir se raconter ainsi, a-t-on dit, devient une expérience fondamentale et fondatrice; une expérience d'être-dans-le-monde et d'être-avec-autrui authentiquement vécue bref le début non pas d'une vie nouvelle mais d'une vie nouvellement vécue pour l'analysé. Voilà pourquoi, durant cette période d'anamnèse, nombre de patients se sentent soulagés et libérés de croyances et de pensées obsédantes et culpabilisantes qui bloquent d'autant l'ouverture libre sur le monde, l'exploitation libre de leur *Dasein*. Pour le psychothérapeute, l'anamnèse est importante parce qu'il aura besoin d'utiliser ce matériel pour amener, dans la deuxième phase de la psychothérapie (la re-synthétisation), l'analysé à effectuer certaines prises de conscience afin d'effectuer une re-lecture de son expérience vécue. Ces prises de conscience doivent être comprises comme une manière d'être-découvrant de l'analysé par lui-même.

---

703 J. Piaget et B. Inhelder, *La psychologie de l'enfant,* Coll. "Que sais-je?", Paris, PUF, 1966, p. 7.

L'analyste avons-nous dit est un catalyseur. Il ne fait que poser des conditions favorables à l'être-découvrant de l'analysé afin que ce dernier élabore son propre système de légitimation et de valeur.

Nous avons vu que la temporalité est vécue simultanément et que le passé nous précédait. En conséquence, si l'analysé peut, avec l'aide du psychothérapeute, ré-interpréter son passé ne vient-il pas du même coup de ré-interpréter, ré-inventer son avenir? Voilà pourquoi l'analyste doit connaître le passé de l'analysé, d'abord parce que chacun est unique. En second lieu, la guérison s'adresse au futur. Le futur n'existe pas, il est possible. S'il existe, c'est toujours dans la capacité de l'analysé à se projeter existentiellement; or, on se projette en fonction de son passé d'où le passé ne nous suit pas il nous précède. Ainsi, étant donné que la maladie somatique doit être comprise comme enlisement de l'existence et que chaque existence est unique, il s'ensuit que chaque maladie, chaque cancer du sein, est unique. Or, si chaque cancer du sein est unique, *a fortiori* certains éléments reliés à une possible guérison résident dans cette existence même, du moins, dans ce qu'elle a été jusqu'à ce jour.

5.2.1 Quelques impératifs à une analyse autobiographique valable

L'analyste doit mentionner à l'analysé que peu importe ce qu'il dira, sur qui il le dira et comment il le dira ce dernier ne sera jamais ni jugé, ni critiqué, ni rejeté, ni abandonné. C'est ce que nous identifions comme une acceptation inconditionnelle de l'analysé. L'analyste doit signaler à l'analysé qu'il peut et doit dire tout ce qu'il pense, de la manière qu'il le pense, avec

les mots qu'il pense. Il doit se sentir libre à ce point. Il doit être clairement établi que la vérité, de part et d'autre, doit être la règle de base tout au long du processus psychothérapeutique. L'analyste doit être capable d'exprimer à l'analysé qu'il l'aime, nous parlons ici d'amour psychothérapeutique, comme personne humaine et que le but de leur rencontre est de comprendre, ensemble, la problématique existentielle que vit l'analysé. Pour qu'il y ait processus libérateur et créateur, au plan psychothérapeutique, l'analyste doit être humble au point de pouvoir mentionner que sans la présence de l'analysé il n'est rien comme psychothérapeute. Ainsi, les deux deviennent co-chercheurs, co-acteurs d'un processus qui les englobe et qui se nomme Dieu. Somme toute, que cette co-création sera possible en autant que l'analysé se sente inconditionnellement accepté afin que, librement, il puisse se dé-voiler en toute vérité. En ce qui concerne la disponibilité, l'analyste doit être disponible en tout temps à son patient, à tout le moins le temps que dure la psychothérapie. Ce qui veut dire que l'analyste doit accepter que le client puisse le rejoindre, par téléphone, à tout moment. Cela ne signifie pas qu'il doit être disponible physiquement en dehors de l'heure hebdomadaire convenue; bien au contraire, chaque séance doit être fixée d'avance et faire preuve du maximum de régularité. L'engagement psychothérapeutique est une forme de co-existence entre deux personnes dont l'un, l'analysé, est invariablement et affectivement, plus vulnérable que l'autre. En conséquence, la disponibilité de l'analyste doit pouvoir se rendre jusque-là. L'analyste existentiel théologien exerce une mission et une vocation plus qu'une spécialisation. Telle est l'obligation de la mission pastorale.

Au sujet du partage maintenant. L'analyste doit pouvoir partager ses propres expériences de vie; épreuves, souffrance, anxiété, etc. Ainsi, l'analyste offre à l'analysé la possibilité de constater qu'il n'est pas un sur-homme, qu'il a lui aussi été blessé et éprouvé si tel est le cas. Qui ne l'a pas été rendu au mi-temps de sa vie? Du même coup, l'analysé pourra réaliser, à travers le discours de l'analyste, que si la souffrance a pu être pour lui une occasion de croissance personnelle, elle peut aussi l'être pour lui. Bref, ce partage peut devenir une expérience fondamentale d'espoir pour l'analysé. D'ailleurs l'analyse existentielle ne doit-elle pas être empreinte de cette profondeur si elle veut se «conformer» à son statut d'expérience fondamentale et fondatrice? C'est là que joue, à un premier niveau, l'autoplacebogénèse. L'autoplacebogénèse s'exerce à un deuxième niveau soit la réputation du thérapeute. Pensons par exemple à l'effet que pouvait produire d'avance une rencontre éventuelle avec Jésus pour un paralytique. De nos jours on pourrait penser à l'anticipation positive d'une personne souffrant psychologiquement et qui aurait obtenu un rendez-vous avec Milton Erikson. Le «miracle» psychothérapeutique ne réside-t-il pas dans le niveau de confiance qui s'établit entre l'analysé et l'analyste? En conséquence, si l'analyste sent que le niveau de confiance entre l'analysé et lui n'est pas suffisamment établi, il doit pouvoir faire ce constat avec l'analysé quitte à mettre fin au processus psychothérapeutique si cela l'exige tout comme l'analysé est justifié de le faire.

Voilà pourquoi l'analyse du vécu existentiel de l'analysé est nécessaire et comment le cadre psychothérapeutique doit être perçu afin que la rencontre psychothérapeutique soit une

expérience co-existentielle fondamentale et fondatrice pour l'analysé et pour l'analyste qui grandit tout autant que l'autre, chacun à sa façon propre. Bref l'auto-biographie constitue une forme d'auto-analyse qui permet à l'analysé de se «voir» lui-même tel qu'il est. Elle est d'abord com-préhension (com = avec; préhension = prendre) spontanée liée à l'expérience fondamentale et fondatrice de la relation psychothérapeutique avant d'être compréhension intellectuelle. Somme toute la com-préhension est constitutive de la compréhension voire de l'interprétation du sens de son existence que l'analysé doit d'abord faire pour ensuite re-faire. Compréhension et interprétation sont un seul et même processus. En d'autres termes il faut d'abord avoir «vu» le sens de son existence, qui relève parfois du non-sens, pour pouvoir à tout le moins pouvoir le «voir» autrement. L'amour est la ré-conciliation des contraires; voilà où commence l'amour de soi. Voilà également où commence l'éternité comme vie nouvellement vécue, soit en ré-conciliant passé et futur.

5.3 PARTIE 2 DE LA THÉRAPIE : LA SYNTHÉTISATION

Tel que nous l'avons déjà mentionné, il conviendrait mieux d'appeler cette deuxième partie de l'herméneutique que représente le processus psychothérapeutique, la re-synthétisation. En fait l'analysé n'est-il pas appelé à faire une synthèse de son existence passée à partir de ce qu'il en a dé-voilé en anamnèse? D'où la justification du préfixe «ré» comme mouvement vers l'arrière, vers le passé lequel passé, rappelons-le, doit être perçu différemment du passé de l'approche psychanalytique. En ce qui nous concerne, c'est là que s'enclenche la dimension

spirituelle «authentique»[704], comme capacité de réinterpréter certains phénomènes de son existence et cela jusqu'à être capable de soutenir d'avance sa propre mort soit l'être-en-faute le plus propre au sens heideggerien. Quoiqu'il en soit, cette deuxième partie comporte, normalement, sept rencontres d'une heure chacune ayant un objectif majeur. Nous fournissons ici l'essentiel que devrait comporter, au minimum, chaque rencontre. Ce qui importe c'est que l'objectif majeur de chacune d'elles soit rencontré, la façon d'y arriver pouvant donc varier d'un analyste à l'autre.

Tel que le stipule le titre de notre recherche le modèle que nous proposons est du type intégratif. Nous avons établi au début de cette thèse que des trois modèles de counseling pastoral actuellement connus, celui qui rejoignait le plus notre conception était en l'occurrence le modèle intégratif et ce en opposition aux modèles dits «counseling biblique» et «counseling psychologique». Rappelons-nous seulement que le modèle de counseling pastoral ou intégratif est ce modèle qui utilise à la fois les principes de la psychologie, en ce qui nous concerne ceux de l'analyse existentielle, et ceux de l'Écriture. Le troisième chapitre a largement fait état des principes psychologiques, plus précisément la vision de Médard Boss, que nous soutenons. Nous estimons que la présente section du chapitre V devrait, quant à elle, être le lieu où nous pouvons démontrer quand et comment, à notre point de vue, l'analyste peut utiliser les principes de l'Écriture. Ainsi, après chaque section des cinq premières entrevues nous ajouterons une

---

704 Nous verrons avec Tillich comment s'enclenche une spiritualité authentique mieux encore, quel doit être le commandement éthique fondamental de toute personne.

sous-division que nous nommerons «apport des Écritures». Cette sous-division contient quelques passages de l'Écriture que l'analyste peut utiliser non pas pour justifier un quelconque concordisme bien au contraire. Ceci dit, nous puisons à partir des Écritures pour tendre, pour nous coller au vécu de l'analysé, à l'aujourd'hui plutôt que l'inverse, qui serait de partir du vécu de l'analysé pour aller aux Écritures. Voilà comment la théologie, via les Écritures, peut devenir éclairante dans l'aujourd'hui de l'analysé et voilà également comment l'intégration somato-psycho-spirituelle que nous visions comme objectif peut être réalisée.

5.3.1 Entrevue 1 - La naissance

L'objectif majeur de cette rencontre a pour fonction de faire baisser, au maximum, le sentiment de culpabilité vécu par l'analysé. Nous débutons en émettant l'idée que la vie n'est pas éternelle. L'éternité a son fondement non pas dans l'immortalité de l'âme (Schillebeeckx) mais dans notre capacité à manifester, concrètement, dans notre histoire personnelle, un être-avec-autrui témoignant d'une spatialité (Royaume) et d'une temporalité (Règne) divines. Selon Jaspers[705] l'immortalité est synonyme d'une éternité dans laquelle avenir et passé sont surmontés. Pour Tillich :

> L'éternité transcende et comprend la temporalité, mais une temporalité qui n'est pas soumise à la loi du devenir fini et passager, une temporalité où le passé et le futur sont unis sans être niés par la présence de l'éternité[706].

---

705 K. Jaspers, *Initiation à la méthode philosophique,* Coll. "Petite bibliothèque Payot", Paris, Payot, 1968, p. 135.

706 P. Tillich, *Religion biblique et ontologie,* Coll. "SUP", Paris, PUF, 1970, p. 72.

L'entrevue commence donc par une question. Si, par exemple, l'analysé est né le 28/05/48, nous lui demandons où il était le 28/05/47? Les réponses sont étonnantes. Dans la majorité des cas, sinon la totalité, tous les patients que nous avons eus à notre clinique répondent «J'étais pas là», «C'était le néant» ou «Y'avait rien». Cette question est suivie d'une seconde question : «S'il n'y avait rien avant votre conception, parce que vous n'étiez tout simplement pas là, c'est vous qui le dites, pourquoi y aurait-il quelque chose après la mort?» Rendu à cette deuxième partie de la psychothérapie l'anamnèse a déjà révélé à l'analyste les croyances de l'analysé. Somme toute ces deux premières questions ont pour but d'amener l'analysé à réaliser que l'existence ne nous est accordée que pour un temps donné et qu'elle est, en plus, non renouvelable. Que si le monde existe pour lui c'est bien parce qu'il est là, lui. Nous tentons, ici, de faire en sorte que l'analysé réalise sa condition de mortel; ce qu'Heidegger appelle la marche-d'avance-vers-la-mort. Il s'agit, de dire Heidegger, de s'élancer à cette extrémité, non de la «vie», mais du *Dasein;* la naissance. Ainsi, avec la mort le *Dasein* a rendez-vous avec lui-même, dans son pouvoir être le plus propre, c'est-à-dire, sans possibilité de relation avec autrui, tout comme avant la conception. Dans cette résolution[707], d'affirmer Heidegger, c'est-à-dire, dans le fait d'avoir dans sa marche rattrapé la possibilité de la mort dans son pouvoir être, l'existence propre du *Dasein* ne peut plus être dépassée par rien; là réside la vérité originale de l'existence et la vérité ultime à pouvoir soutenir (soutenir = *sorge* = *care)*. Être libre vis-à-vis de la mort donne seule au *Dasein* le but par excellence et confronte l'existence à sa finitude.

---

[707] Il faut comprendre résolution dans le sens de ré-solution, c'est-à-dire soutenir, dans un mouvement arrière, le fait qu'avant la conception il n'y avait rien. Or, comme le passé nous précède la résolution permet de garder à l'esprit le fait inéluctable de la facticité de l'existence, de ce fait que je suis mortel.

Le *Dasein* se voit placé dans la simplicité de son destin, la mort; possibilité héritée mais cependant choisie. Hollenweger[708] soutient que, pour Tillich, la relation d'aide doit conduire à «l'acceptation de soi» de façon concrète. Ainsi, pour Tillich, acceptation de soi veut dire acceptation de la *finitude* dont nous sommes marqués : d'où l'angoisse, le sentiment de non-être, de la mort qui menace : *"Healing in the sense of salvation includes the conquest of death"* [709]. L'homme est capable d'assumer sa finitude, son non-être, mais uniquement s'il sait qu'il peut les dépasser, c'est-à-dire participer de l'*éternité* de la force du divin. La relation d'aide se pose donc comme la science capable de «dire quelque chose sur cette force» afin de donner à l'humain le courage d'accepter sa finitude. S'il y a une expérience commune à tout le genre humain, c'est bien celle de l'*aliénation* de l'existence. La relation d'aide doit dans ce domaine aussi pouvoir amener l'humain à s'accepter tel qu'il est : accepter l'aliénation de soi comme un fait inévitable et une réalité à laquelle nul ne peut échapper par sa propre force. La relation d'aide mène le sujet à se dire oui à lui-même malgré l'ambiguïté de sa situation existentielle. La relation d'aide doit également se manifester sur le plan de l'acceptation du doute qui tenaille l'existence du sujet : ce doute doit pouvoir être pris en compte avec lucidité, c'est-à-dire dans la conscience qu'on ne pourra le dépasser que *partiellement* et jamais de manière définitive. La relation d'aide devra donc se prémunir contre le risque que l'agent (le psychothérapeute) soit considéré comme un sujet qui a dépassé le niveau du doute. Peelman dit : «la transcendance

---

708 W. Hollenweger, «L'expérience de l'Esprit» dans Genre, E., *La relation d'aide : une pratique communautaire,* Genève, Labor et Fides, 1997, p. 146.

709 P. Tillich, *The meaning of health - Essays in Existentialism, Psychanalysis, and Religion,* Chicago, Exploration Press, 1984, p. 20.

appelle à l'inscendance[710].» Peelman signifie par inscendante le retour à la terre, comme terre mère. Nous, nous ajoutons qu'inscendance peut aussi vouloir dire retour à la terre mais cette fois en ce qui concerne notre destinée (la facticité heideggerrienne), c'est-à-dire le fait que nous sommes mortels et que cette mort est immanente. Ainsi, toute psychothérapie, si elle veut conduire à la transcendance de l'analysée doit appeler à l'inscendance.

L'entretien se poursuit en demandant à l'analysé s'il connaît quelqu'un au monde qui peut avoir la prétention d'avoir pu décider de venir au monde; de telle mère, de tel père, avec telle fratrie, dans telle époque, etc. La réponse est connue d'avance : c'est «non». En conséquence, nous sommes en mesure de poser comme principe que la naissance est subie. Qui plus est nous pouvons lui faire réaliser que si la naissance est subie il appert qu'il n'avait aucun choix, aucun pouvoir quant à l'environnement physique et psychologique qu'a été le sien à sa naissance. Être né (rejeton), de dire Heidegger, c'est se trouver jeté dans l'existence sans en pouvoir décider. Naître équivaut à un avoir-à-être sans pour autant posséder la capacité d'exploiter son propre *Dasein* librement. Le *Dasein* est mis devant le fait accompli d'être, d'avoir à être, il tombe dans son «là». L'analysé est amené à réaliser que la naissance, en plus d'être subie, nous place dans une position de dépendance psychologique et physique unique, naturelle et inévitable. Encore une fois, l'analysé est amené à cette question de l'inévitable de la dépendance ce que Heidegger appelle l'être-déchu ou l'être-en-dévalement. L'analyste pose

---

710 A. Peelman, «Spiritualité et conscience planétaire» dans Ménard, C. et Villeneuve, F., *Spiritualité contemporaine : défis culturels et théologiques,* Actes du Congrès 1995 de la Société canadienne de théologie, Coll. "Héritage et projet", Québec, Fides, 1996, p. 39.

la question suivante : «Pouvez-vous imaginer un enfant de trois mois, un an et demi ou même quatre ans en train de faire ses valises et disant par exemple à sa mère qu'elle doit mettre fin à la symbiose qui la lie à sa propre mère ou à son père de régler son problème d'alcoolisme?» La réponse est évidemment encore «non».

Comme la question de l'inévitable de la dépendance est insurmontable pour l'enfant, nous expliquons par la suite comment celui-ci peut et doit s'harmoniser. Naître-au-monde fait de nous un être-dans-le-monde et, par voie de conséquence, un être-avec-autrui parce que ce qui nous distingue des objets c'est que nous, nous pouvons «sortir» de nous pour entrer en relation, communiquer avec les autres. En plaçant deux crayons côte à côte sur le bureau nous expliquons à l'analysé que ceux-ci sont bel et bien présents mais ils ne peuvent communiquer entre eux. On les dit objets matériels dont la substance ou l'essence est plastique. Or, au plan humain, c'est différent. Nous avons bien cette dimension matérielle (l'analyste se touche le corps) mais, à la différence des crayons, nous pouvons «sortir» de nous pour communiquer entre nous et cela se fait initialement par les sens. L'espace séparera éternellement les crayons. Au plan humain ce même espace peut nous réunir à condition, toutefois, que nous puissions le supporter, le gérer. Cet espace n'est pas l'ouverture, c'est l'ouverture qui qualifie la spatialité. Si, pour l'animal, la communication se limite aux sens, au plan humain elle se concrétisera dans le *summum* qu'est la parole. Nous faisons remarquer à l'analysé que la parole est utilisée pour dépasser les sens et accéder au sens des choses ce qui est d'ailleurs le but de la psychothérapie : par la parole, dépasser les symptômes qui s'offrent aux sens pour accéder au sens caché que

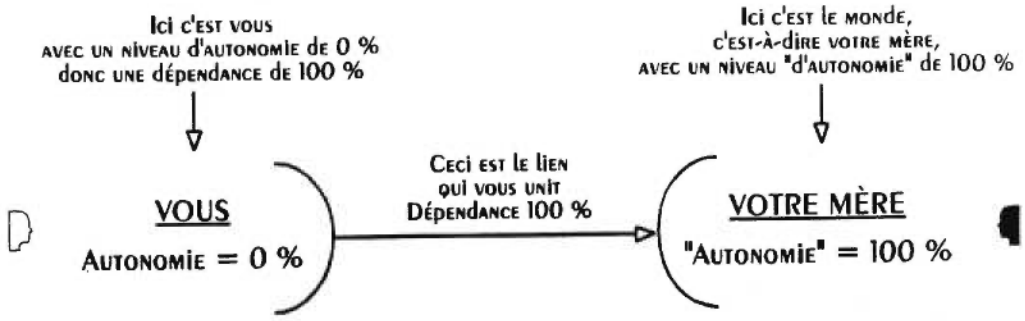
portent ces symptômes. Donc à la dimension matérielle il y a, chez l'humain, deux autres dimensions : psychologique et spirituelle.

Nous voici rendu au moment de rappeler à l'analysé que, dès sa naissance, sa qualité d'être humain à part entière, fait en sorte qu'il doive, naturellement et inévitablement, entrer en relation avec le monde qui l'entoure, qu'il n'a pas choisi. Un mode d'être-avec-autrui caractérisé par une dépendance qui commence à un niveau maximum pour s'amenuiser graduellement tout au long du processus de son existence. Donc, plus nous reculons dans le temps, plus la dépendance avec le monde environnant sera grande. La question qui suit à ce moment précis est la suivante : «Mais quelle est donc la personne qui, initialement et prioritairement, c'est-à-dire lorsque vous aviez entre 0 et 1 an, représentait le monde pour vous, comme pour tout enfant d'ailleurs?» Cela va de soi que la réponse est «la mère». Par ceci nous voulons amener l'analysé à réaliser que l'existence s'enclenche naturellement et inévitablement sous le mode de la dépendance et plus spécifiquement avec la mère.[711]

Nous utilisons souvent de simples dessins, sous forme de croquis, pour aider ceux qui sont plus visuels à mieux saisir la portée de ce que nous voulons leur faire saisir. Ainsi, à ce stade-ci, nous faisons un croquis qui reviendra tout au long de la psychothérapie :

---

711 Nous tenons à souligner que nous profitons généralement de cette occasion pour signaler à l'analysé que la grossesse est une période encore plus importante en ce sens que le lien mère/enfant est marqué non pas uniquement par une dépendance physique et affective mais aussi biologique c'est-à-dire hormonale. Supposons, par exemple, qu'une femme très attachée à sa mère perde sa propre mère ou qu'elle perdre un enfant alors même qu'elle est enceinte. Nous savons pertinemment que la façon dont sera vécue cette épreuve par la mère pourra être tout autant marquante pour l'enfant qu'elle porte.

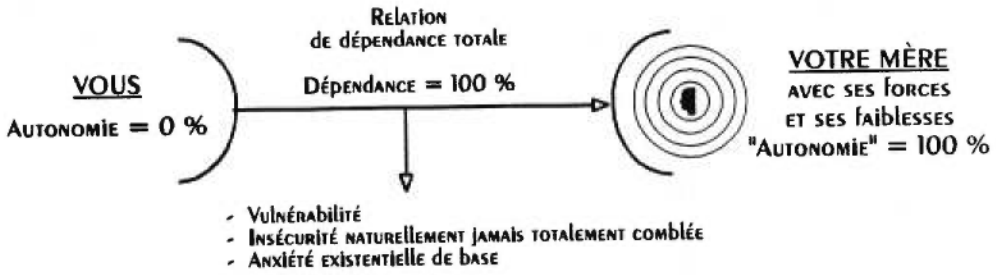


À ce point, nous avons fait reconnaître à l'analysé qu'à cette étape de son existence sa dépendance est totale; ce qui revient à dire que son indépendance ou autonomie est nulle. L'étape suivante est de lui faire saisir que plus une personne est dépendante et plus elle est vulnérable. Des exemples sont donnés. Imaginons par exemple quelqu'un dont la vie est marquée par la dépendance à l'alcool ou par l'accumulation d'argent. Ces personnes sont vulnérables parce qu'en fait toute leur existence est centrée sur leur dépendance à l'alcool ou à l'argent. Or, qui dit vulnérabilité dit insécurité. Il est assez facile de démontrer à l'analysé que plus quelqu'un est vulnérable, plus il est insécure. Ceci parce qu'une telle personne sait que toute sa vie dépend de telle ou telle chose et que si cette chose venait à manquer ou à être empêchée elle se retrouverait devant rien bref devant la possibilité d'être incapable d'exister comme cela était possible, comme il l'entendait, que ce soit bon ou mauvais car ce qui importait pour elle c'était sa seule façon d'exister, de s'harmoniser, de s'aimer. L'expérience clinique nous a permis de constater que toute personne souffrant d'une dépendance majeure, pathologique, connaît généralement très bien son état. Ce qu'elle ne sait pas c'est pourquoi elle est comme cela et comment elle pourrait être autrement. C'est alors qu'il nous faut faire

comprendre à l'analysé que plus quelqu'un est insécure, plus il est habité par l'anxiété. Cet état d'être incapable d'exister, de ne plus jamais être, constitue, en soi, une situation comparable à celle de la mort, cette possibilité de l'impossibilité d'être. En conséquence, comme la position du nouveau-né en est une de dépendance totale, cela va de soi que vulnérabilité, insécurité et anxiété sont vécues à leur maximum. Nous savons tous que là réside l'anxiété existentielle de base *(Basic anxiety = Angst* pour Heidegger).

Abordons maintenant un point très délicat : la mère. L'analyste doit ici être très prudent et très nuancé. Sa tâche, à cette étape, réside dans le fait qu'il doit amener l'analysé à comprendre toute l'importance du rôle de sa mère dans sa vie et, également, le fait que ce rôle n'a jamais été rempli idéalement de même qu'il ne le sera jamais par aucune mère d'ailleurs. D'abord quel est donc ce rôle? Nous savons que l'enfant est, situationnellement, en position de vivre l'insécurité à son maximum. Il s'ensuit donc que le rôle maternel, à cette étape précise, est de combler l'insécurité du nouveau-né. Le nourrisson sentira que la mère exerce adéquatement son rôle à travers des attitudes et des comportements adaptés aux besoins de l'enfant. Ici, l'analyste doit donc démontrer que ce rôle peut, dans un premier temps, difficilement être comblé idéalement parce qu'en fait la mère, comme toute personne humaine, a subi elle aussi sa naissance et qu'elle a hérité, malgré elle, à sa mesure, de l'environnement immédiat propre à son enfance. Imaginons, par exemple, une mère ayant perdu sa propre mère à 3 ans ou une mère ayant été abusée par son propre père à l'âge de 5 ans. Dans notre esprit,

les parents, quels qu'ils soient, ici la mère, donnent leur meilleur à leurs enfants et leur meilleur devient le meilleur parce que, nous l'avons déjà dit et le répétons, «le meilleur» que tous les livres et les théories veulent inculquer aux parents est un meilleur théorique déraciné de l'expérience humaine, du vécu expérientiel de la mère et du père. C'est un meilleur a-culturel et a-social parce que chacun d'entre nous sommes une totalité culturelle et sociale (Ferrarotti). En conséquence, chacun de nous, de façon unique et à des degrés divers, verra son insécurité de base comblée. Tel a été aussi le cas pour l'analysé dont nous connaissons déjà, via l'anamnèse, nombre d'événements biographiques marquants. Le croquis devient donc celui-ci :



La rencontre se termine donc avec deux questions auxquelles l'analysé doit répondre. En voici la première : «Vous êtes venu en psychothérapie parce que vous aviez besoin d'aide, parce que vous souffrez, et aussi parce que l'existence vous apparaît de plus en plus difficile[712]». Nous avons également réalisé, ensemble, que certains traits de votre personnalité ont contribué à la situation présente qui est la vôtre, par exemple; votre incapacité à exprimer vos sentiments

712 Nous ajoutons ici différents événements biographiques que l'analysé a, dans son anamnèse, considéré comme des échecs; par exemple un avortement, un divorce, etc.

face à votre conjoint de peur qu'il se fâche, etc. L'analyste ici doit être clair : «ce que je veux savoir ici est votre opinion». Après ce que nous avons partagé sur la naissance, c'est-à-dire, qu'elle était subie, sur notre dépendance naturelle inévitable, sur l'impossibilité de notre environnement immédiat à combler idéalement et naturellement tous nos besoins de base, et plus particulièrement nos besoins affectifs dont la sécurité entre autres, d'après vous à quoi les troubles que vous vivez actuellement sont-ils attribuables? Y a-t-il quelqu'un de responsable pour cela?» La grande majorité répondent d'abord «moi» mais se reprennent très rapidement pour dire «c'est personne, c'est la vie». Dans quelques cas, certains diront «ma mère». Dans ce cas, nous reprenons certaines questions et certains drames rattachés à l'existence de la mère. Une correction suit toujours très rapidement et l'on entend généralement des phrases comme celle-ci : «Oui, c'est vrai ma mère ne pouvait pas faire mieux avec tout ce qu'elle vivait, ce qu'elle avait vécu...». Une patiente, anorexique, avait vécu une semaine d'enfer après cette première entrevue. Elle acceptait que sa mère ait ses «couches» mais acceptait difficilement le tort que cela lui avait causé à elle. Toutefois, après la deuxième rencontre un grand apaisement avait pris place et cette cliente ne ressentait presque plus d'agressivité envers sa mère.

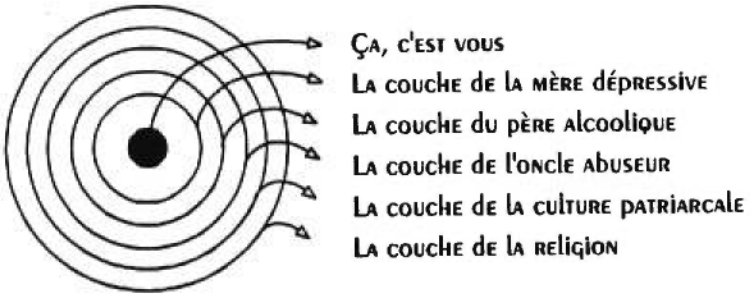
À ce stade, un objectif majeur vient d'être atteint soit de déresponsabiliser et déculpabiliser toute personne significative en cause, y compris l'analysé et cela par rapport au passé. Ceci est capital parce qu'il n'y a de culpabilité que dans la mesure où il y a responsabilité, que cette responsabilité soit imputée à la mère, au père, à la culture en général ou à l'analysé

lui-même. Bref, s'il n'y a personne de responsable il n'y a personne de coupable[713]. À ce moment précis, nous amenons l'analysé à réaliser que s'il n'y a personne de coupable c'est donc que tout ce qui a été fait auparavant, tant au niveau de l'analysé que des personnes significatives de sa vie passée, doit être considéré comme «bien fait», ce qui veut dire que l'analysé, peu importe ses antécédents, a toujours agi avec ce que la vie lui a donné en héritage. Il a donc toujours donné, tout comme ses parents d'ailleurs, «son meilleur» qui devient par le fait même «le meilleur». Nous comprenons ici toute l'importance de l'anamnèse dans le sens que c'est d'abord du passé qu'il nous faut dé-lier le patient parce qu'en fait la capacité d'ouverture voire de présence libre et authentique au monde est toujours relative à notre capacité de nous être détaché d'un passé trop obstructeur. Bref, il est très difficile «d'être-là» qualitativement alors que l'on est encore «là-bas» qualitativement. Le niveau de pathologie est toujours fonction d'une temporalité ou d'une capacité-de-présence-au-monde entachée soit par une trop grande emprise du passé ou du futur sur le présent. Dans ce contexte la capacité de présence (présent) libre, autonome, mature et équilibrée ne serait-elle pas en relation avec la pensée formelle piagétienne au sens où la personne est en mesure d'élaborer des hypothèses et des déductions par rapport à une action ponctuelle? N'est-ce pas, dans l'apparition de ce processus de réflexion, l'émergence de la conscience éthique comme réflexion critique sur ce qui faisait légitimation et axiologie sur l'analysé?

---

713 Nous parlons ici de culpabilité névrotique.

Par la suite, l'analyste s'adresse à l'analysé en ces termes. «Votre histoire personnelle est unique. À partir de notre naissance (le psychothérapeute s'inclut) nous avons vu que certaines «incapacités» de notre environnement immédiat font en sorte que certaines couches se posent autour de nous et viennent assombrir nos capacités d'exploiter librement et pleinement toutes nos potentialités et cela, naturellement et involontairement, à des degrés divers pour tous et chacun». Une mère dépressive, un père alcoolique, un oncle abuseur, une culture patriarcale, une religion, etc. sont autant d'exemples d'un récit de vie que l'analyste peut utiliser et qui viennent confirmer ces risques. Nous reprenons ici notre croquis :



Nous tentons de faire comprendre à l'analysé que si ce cheminement existentiel est valable pour lui il l'est aussi pour tous et chacun à des degrés divers, tout comme il l'a d'ailleurs été pour sa mère et son père. Quelques instants auparavant, nous avons amené l'analysé à être conciliant avec lui-même, à lui faire admettre que tout ce qui a été fait auparavant était «bien» en fonction de son héritage à lui. Maintenant, il nous faut l'amener à être conciliant avec autrui, à comprendre et à accepter que tous et chacun ont leurs couches à eux. Pour cela il nous fallait, avant toute chose, faire en sorte que l'analysé comprenne d'abord sa réalité et l'accepte comme

telle et cela avant même de lui demander de comprendre la réalité des autres et de les accepter : l'amour des autres passe par l'amour de soi. En théologie nous disons, via le plus grand commandement : «tu aimeras ton prochain comme toi-même». Selon Tillich[714] l'existence éthique et sociale de l'humain dans la Bible repose sur son existence religieuse. Le terme biblique pour désigner l'existence religieuse est celui de «foi». Toujours selon Tillich la foi sera donc cette capacité d'être saisi par une préoccupation ultime soit le sens de notre vie. Ainsi la foi est cette préoccupation concernant notre propre existence dans son ultime «d'où» et «où». Voilà où réside la base d'une spiritualité qu'on pourrait dire plus «authentique». Arrive maintenant la dernière question : «Nous avons vu tout à l'heure qu'en regard de votre passé personne ne peut être tenu responsable comme tel. Vous êtes venu ici dans l'espoir d'obtenir de l'aide pour améliorer votre existence, votre futur. D'après vous qui sera donc responsable de votre futur?» Infailliblement la réponse ici est «moi».

APPORT DES ÉCRITURES

- L'ivraie et le bon grain : En ce qui a trait au fait que nous nous développons, immanquablement, avec du bon et du mauvais (au sens privatif toujours). L'ennemi qui vient durant la nuit étant cette période où nous ne pouvons réagir adéquatement à cause de notre dépendance tant physique, psycho-affective que spirituelle.

---

[714] P. Tillich, *Op. cit.*, p. 52.

- Heureux ceux qui pleurent : Personne ne peut être heureux à souffrir dans une existence faite d'épreuves et de misère humaine; à moins qu'à travers cette souffrance il y ait un appel à une certaine transcendance.

- Tu aimeras ton prochain comme toi-même : N'est-ce pas l'un des objectifs majeurs de cette rencontre? L'analysé doit d'abord s'accepter, lui et son histoire passée avec ceux qui y ont été impliqués, avant même de penser à pouvoir aimer son prochain.

- La poutre et la paille : Si l'analysé comprend comment ses couches se sont installées il comprendra aussi comment et pourquoi les autres ont tous leurs couches d'où la diminution des jugements obturateurs et l'ouverture au monde, aux autres.

- La onzième heure : Peu importe ce qu'a été le passé et l'âge de l'analysé, ce qui compte c'est le futur, là où réside la guérison, la conversion, la résurrection. L'existence recherchée est d'ordre qualitatif. Dans un tel contexte, la temporalité est transormée, le présent devient présence et prend un goût d'éternité.

- La résurrection : La mort comme étant d'abord l'état de celui dont les couches sont tellement épaisses; la mort au sens théologique comme spirituelle, comme coupée de la lumière (ontologique). Plus les couches sont épaisses et moins la personne est elle-

même; plus elle est «superficielle», c'est-à-dire, sans capacité de profondeur. La résurrection comme vie nouvellement vécue, comme un passage des ténèbres à la lumière, comme passage du superficiel à la profondeur.

- Le trésor caché : par tellement de couches...

5.3.2 Entrevue 2 : l'existence

L'entrevue numéro 2 a pour but de sensibiliser l'analysé à la question de l'existence, ceci dans un but avoué à savoir : l'amener à saisir que si le passé n'existe plus comme tel, parce que dépassé, le futur, quant à lui, n'existe pas non plus sinon comme potentialités, comme possibilités et aussi comme non nécessaire. Nous avons déjà mentionné pourquoi l'analyse existentielle se tourne d'abord vers le passé. Nous voici rendu au moment de constater comment elle se tourne vers le possible, le futur, là où réside la guérison. Rappelons-nous que ce possible de l'être-possible du *Dasein* signifie ce qui n'est pas encore réel et ce qui n'est jamais nécessaire. Ontologiquement, le possible est inférieur à la réalité et à la nécessité mais il est toutefois la détermination ontologique du *Dasein* la plus originale, il n'y en a pas de plus positive et cela par opposition, naturellement à l'être-en-faute (négatif) qui peut être renversé par la résolution.

L'entrevue commence en ramenant à l'analysé une réponse qu'il a fournie à l'anamnèse. La question était la suivante (cf. #11.4 du questionnaire autobiographique) : «Si vous aviez à résumer votre existence passée, comment la résumeriez-vous?» Généralement, les personnes qui prennent la décision de consulter en psychothérapie suite à des perturbations existentielles importantes. Ainsi, il n'est absolument pas surprenant, même qu'il est «normal» d'entendre des réponses du genre : «Ma vie, être au service des autres»; «Ma vie, un cauchemar»; «Mon passé, une source d'épreuves»; «De la marde»; etc. ou tout simplement de la «souffrance». Par la suite, nous sommes en mesure de rappeler à l'analysé que s'il est venu en thérapie c'est effectivement qu'il souffrait mais également qu'il reconnaissait qu'il avait besoin d'aide. Or, s'il est ici présent c'est parce qu'il veut, qu'il désire, qu'il espère (espoir par opposition à *hopelessness*) et qu'il croit qu'il peut agir (puissance par opposition à *helpnessness*) sur son existence à venir, son futur, donc que son existence peut être meilleure sinon il ne serait pas là. Ainsi s'enclenche cet entretien.

L'analyste doit, de façon simple et vulgarisée, amener l'analysé à comprendre et à intégrer la notion d'existence. Ceci est incontournable du fait que c'est cette notion qui permettra à l'analyste de faire en sorte de conserver vivante cette lueur d'espoir qui anime l'analysé. Peu importe que cette lueur soit faible, précédée d'un passé excessivement lourd et que l'analysé ne sache absolument pas comment il va faire pour s'en sortir; le fait est que si l'analysé est là c'est qu'il espère. C'est, dit autrement, qu'il est sorti de sa position d'inespoir

(hopelessness) et d'impuissance *(helplessness)*. Nous avons déjà effleuré le triptyque inespoir/désespoir/espoir. Il est temps ici de le développer davantage. Pour Marcel[715], l'inespoir est un état d'inertie inférieure au sein duquel le monde est vécu comme stagnation. L'inespoir est un état d'inertie intérieure parce que l'être est recouvert de cette membrane que constitue l'angoisse et la temporalité :

> Peut-être est-il désespéré [l'homme enfermé dans le cercle des tâches journalières], mais il ne le sait pas, il ne prendra conscience de ce désespoir que lorsqu'il sera dégagé suffisamment de cet étau pour en prendre conscience[716].

Dans un tel contexte, d'ajouter Marcel : «Je tends à me rendre indispensable [dans l'inespoir] dans la mesure précise où je traite ma vie ou mon être comme un avoir en quelque sorte quantifiable[717].»

Selon notre compréhension l'inespoir chez Heidegger s'apparente à l'inauthenticité naturelle où mon être-propre n'a rien de mon être-à-moi. Si l'humain peut se perdre au point de ne pas s'en sortir parfois, c'est que le *Dasein,* est, à sa base, être-en-faute; il se développe par la négative. Ainsi, le *Dasein*, à l'origine, est lui-même une négative de lui-même donc de soi-même. En conséquence, sa projection sera négative. Voilà pourquoi l'humain recherche

---

715 S., Plourde, *Gabriel Marcel et le prophétisme de l'espérance*, Science et Esprit, vol. XXXIX, n° 2, 1987, p. 231.

716 G. Marcel, *Le mystère de l'être - Vol. II : Foi et réalité*, Paris, Aubier, 1951, p. 162.

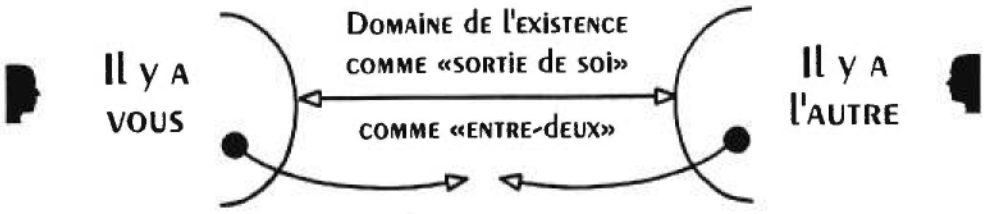
717 G. Marcel, *Être et Avoir*, Paris, Aubier, 1935, pp. 141-142.

ce qu'il craint. Pour Kierkegaard[718], l'inespoir est la forme la plus grande du désespoir. Ce désespoir-là s'ignore lui-même, il croit fonder toute son existence sur la sécurité, sur la réalité d'un monde temporel vide d'esprit, mais au lieu d'un moi il ne devient qu'un chiffre, qu'un être humain de plus, qu'une répétition de plus d'un éternel zéro : «Le désespéré qui s'ignore s'éloigne doublement de la vérité, car à son désespoir s'ajoute le fait qu'il ne sait pas qu'il désespère». Voilà l'inespoir ou le «désespoir-faiblesse» chez Kierkegaard : une situation où l'homme doit correspondre au moule commun, un désespoir-faiblesse qu'il subit passivement. Voilà pourquoi la rencontre psychothérapeutique devient si importante, parce que l'analysé est passé de l'inespoir au désespoir. Or, c'est seulement lorsqu'il y a désespoir que l'espoir devient possible bref c'est lorsqu'il y a fermeture que l'ouverture devient possible.

Si l'espérance s'adresse au futur, elle est, souventes fois, obnibulée naturellement par le passé. Voilà pourquoi la notion d'existence est importante parce qu'elle ramène à l'espérance et que toutes les deux passent par la temporalité. En faisant un court détour par la sémantique, l'analyste explique l'étymologie du mot existence : ex pour «sortie de», et *sistere* pour «position». Ainsi, exister c'est toujours occuper une position en dehors de soi. Le graphique du début est réutilisé:

---

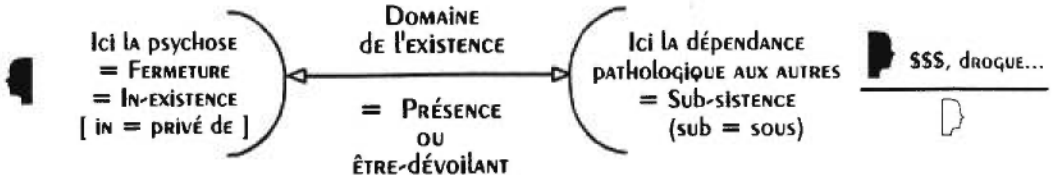
[718] S. Kierkegaard, *Le devenir chrétien,* Paris, Éditions du Centurion, 1967, p. 98.



L'existence n'est donc pas une fermeture sur soi. Sortir de soi ne veut pas dire non plus se perdre dans l'autre quel qu'il soit c'est-à-dire être ou objet, bref de dépendre de lui comme à la naissance dans le rapport mère/enfant. Comme l'analysé a généralement répondu qu'un an avant sa naissance il «n'était pas là» il est facile de lui faire admettre que dès sa naissance il a commencé à «être-là», à être-présent-dans-le-monde, que ce sera ainsi jusqu'à sa mort. On pourrait dire que quelqu'un qui se ferme sur soi de façon totale, comme dans la psychose, est en quelque sorte privé d'existence, il est in-existant[719]. Encore là, ces personnes ont besoin de se créer un monde «artificiel» pour survivre. Ainsi, ils entendent parfois des voix ou voient des choses dans une perspective d'«autosuffisance» quoique pathologique et illusoire. Ils se créent un monde où les cinq sens restent utilisés, peu importe la façon, même si ça n'a pas de sens pour nous. De l'autre côté, il y a ceux qui dépendent totalement des autres, êtres ou objets, pour exister. Parfois la dépendance est tellement forte qu'ils ne subsistent que par la présence de ces êtres et ces choses un peu comme dans la relation mère/enfant. L'analyste reprend le graphique suivant :

---

719 Jeune je me souviens avoir entendu des gens parler de ces personnes comme étant des «insignifiants». Je comprends aujourd'hui le sens de ces paroles, c'est-à-dire, que rien ne faisait sens à leurs yeux, tout était privé de signification.

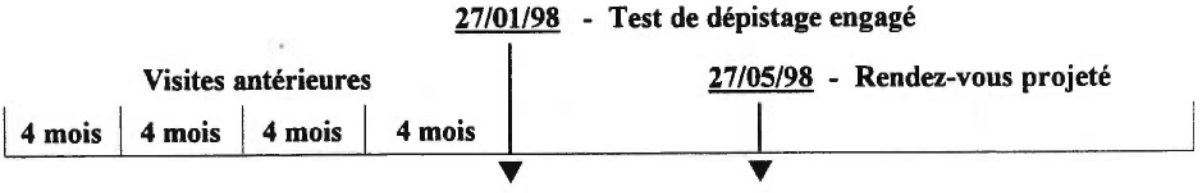


C'est seulement ici que l'analyste, en référant à l'anamnèse, peut remémorer à l'analysé certaines relations de dépendance relatives à son existence. L'analyste doit maintenant faire en sorte que l'analysé réalise que l'existence ne se résume pas simplement à une présence physique. Le malheureux qui est affligé par la psychose n'a pas l'opportunité de découvrir grand sens à son existence; il est au monde, certes, mais tout en étant «coupé» du monde. L'homme dont la vie est marquée par une dépendance pathologique à l'égard de l'argent verra son existence drainée par cette idée qui l'obsède constamment. Bref, il n'existe que pour l'argent. D'avance le sens qu'il donne à son existence est marqué par sa dépendance. Ainsi, quelqu'un peut avoir une excellente vue mais ne pas «voir» grand-chose du monde, au plan ontologique cela va de soi.

L'analyste reprend à nouveau l'exemple des deux crayons. Ces crayons ne peuvent ni communiquer ni entrer en relation. Au plan humain, c'est très différent. Bien sûr nous avons une partie (dimension) matérielle, c'est-à-dire la chair, les os, le sang, etc. toutefois nous avons de plus la possibilité de «sortir de nous» pour communiquer et entrer en relation avec les autres. Voilà pourquoi l'être humain existe. L'analyste doit rappeler que notre capacité d'entrer en

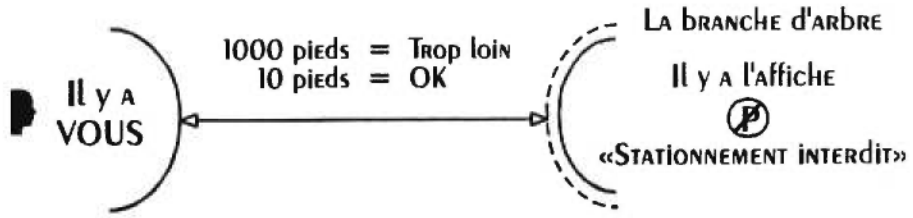
relation librement avec les autres peut toutefois être obstruée. Il rappelle à l'analysé que dès notre naissance, tous et chacun, de façon naturelle, nous vivons, à des degrés divers, certaines expériences relationnelles auxquelles nous avons dû nous harmoniser et donner ainsi, inéluctablement, un sens particulier à tel ou tel phénomène. Nous lui rappelons ici les couches.

L'analyste, s'adressant à l'analysé, lui rappelle que du fait que l'existence est «sortie de soi» elle est donc, par le fait même, tournée vers l'avenir, le futur. Bref, sortir c'est toujours «aller vers», «aller ailleurs» et en même temps «se distancer de», «s'éloigner de». La tâche de l'analyste ici est considérable. Il doit arriver à ce que l'analysé comprenne, subtilement et facilement, toute la question de la temporalité parce qu'en fait il doit lui faire comprendre que le passé ne nous suit pas, il nous précède. Nous verrons l'utilité capitale de ce cheminement ultérieurement. Nous recommandons un exemple fort simple qui est le suivant. Supposons que, depuis un an, vous consultez votre médecin à tous les quatre mois, ce n'est qu'une formalité. Or à la dernière visite, suite aux symptômes que vous avez déclarés, il recommande un test de dépistage du cancer des intestins. Les examens sont programmés dans une semaine et il est convenu de vous revoir dans quatre mois. L'analyste fait ce simple croquis :



L'analyste signale à l'analysé qu'il va laisser cet exemple pour y revenir un peu plus tard. Il poursuit en ces termes. Supposons, qu'à chaque visite précédente vous êtes venu à la clinique en auto et que vous avez garé celle-ci dans la rue juste en face. Or il y a, à certains endroits, des affiches interdisant de stationner. Imaginons que lors d'une de ces visites, vous stationnez votre voiture et que l'affiche «Stationnement interdit» se trouve à mille pieds. Est-ce possible pour vous de la voir? La réponse est assurément non car «elle est trop loin» nous dira l'analysé. Nous reprenons en confirmant sa réponse : l'espace est trop grand entre vous et l'affiche, ainsi elle ne peut pas vous signifier le message, le sens qu'elle porte. Supposons maintenant que l'affiche se trouve à dix pieds, est-ce possible pour vous de la voir? La réponse est «oui». Ici l'analyste signale qu'en effet, à cette distance, l'affiche peut révéler le sens dont elle est porteuse : ne stationnez pas sous peine de pénalité. Ainsi, l'analysé peut choisir et décider ce qu'il peut faire. L'être-découvrant dévoile un sens et permet un choix qui oriente, qui donne une direction, un sens.

Supposons maintenant que l'espace entre vous et l'affiche est toujours de dix pieds mais qu'il y a une branche d'arbre devant l'affiche : pensez-vous que l'affiche peut vous signifier le sens qu'elle porte? La réponse est évidemment non car «elle n'est pas visible». L'analyste rappelle à l'analysé que ce n'est pas tout qu'il y ait un espace adéquat entre lui et l'affiche; il faut que cet espace, cette ouverture soit libre afin que l'affiche puisse dévoiler le sens dont elle est porteuse. L'analyste tout au long de ses questions utilise ce croquis :



Bien évidemment, l'analyste aura tôt fait de signaler à l'analysé que si cela est vrai pour l'affiche, cela l'est aussi pour tous les êtres et les choses qui surgissent dans notre existence. Ainsi, l'existence est un champ lumineux, une clairière où tous ces êtres et ces choses peuvent se dévoiler librement, voire spirituellement, tels qu'ils sont, avec le message ou le sens qu'ils portent. Or, c'est à travers une pluralité de sens que l'on peut choisir et décider, que l'on peut donner tel sens voire telle direction à sa vie.

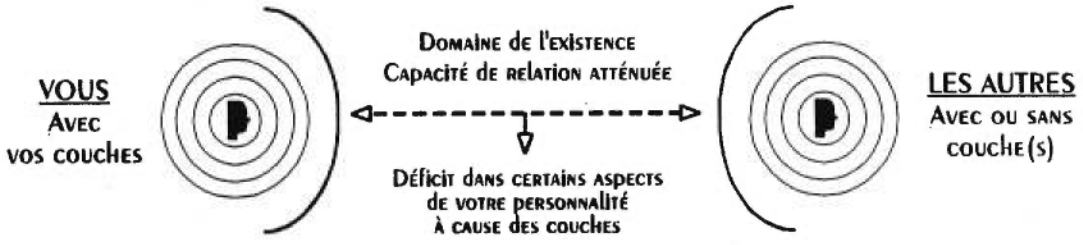
Une autre étape reste à accomplir. L'analyste revient à l'exemple premier, soit le rendez-vous du 27/01/98 chez le médecin. Maintenant que le sens de l'existence humaine est saisi, l'analyste peut poursuivre en ces termes. Supposons maintenant que le médecin que vous deviez revoir seulement le 27/05/98, 4 mois plus tard, vous rappelle mais 48 heures après que vous ayez passé le test de dépistage du cancer et vous convoque avec insistance à venir le rencontrer la journée même en vous mentionnant qu'il a eu les résultats de vos examens et que cela ne peut attendre jusqu'au 27/05/98. L'analyste pose ici la question suivante à l'analysé : se peut-il que lorsque vous stationniez votre voiture, que même si l'affiche «Stationnement interdit» se trouve à dix pieds, qu'il n'y ait pas de branche d'arbre, se peut-il, madame,

monsieur, que vous ne la voyiez pas? La réponse saute aux yeux : «Oui ça se peut». En fait, de dire l'analyste, la branche d'arbre est de votre côté :

L'analyste rappelle à l'analysé que suite au coup de téléphone du médecin, il s'ensuit que la perception du monde de l'analysé se trouve influencée par tout le poids que porte en lui le mot cancer : chimiothérapie, radiothérapie, rémission, souffrance, mort, etc. L'analysé a peut-être perdu un proche d'une semblable maladie. Il se «voit» dans toutes sortes d'expériences inhumaines, se demande ce que le médecin va lui dire, comment lui-même va l'annoncer à ses proches, etc. Bref, il n'est plus disponible au monde comme il l'était auparavant. Il ne voit plus et il n'entend plus comme auparavant. Plus rien ne le touche comme avant : les sens sont altérés sans pour autant être diminués. C'est à ce moment que l'analyste doit amener l'analysé à l'idée que le passé ne nous suit pas, il nous précède. Voilà pourquoi l'existence précède l'essence, pourquoi l'ontologique peut influencer l'ontique voire le corporel et plus précisément; le système endocrinien, le système nerveux central, le système immunitaire. En d'autres termes, dès que l'analysé a déposé l'appareil téléphonique mettant fin à sa conversation avec le médecin, ce coup de téléphone fait désormais partie de son histoire personnelle, de son expérience vécue

(*Lebenswelt*), de son passé. Or l'humain existe, se pro-jette dans le futur, en fonction de son passé propre et inaliénable, ici un passé teinté par le spectre de la douleur, de la souffrance et de la mort. Pour Heidegger, la projection, c'est l'être en ouverture par rapport à son pouvoir-être, lequel relève du passé, de la disposition affective.

Par la suite, l'analyste doit amener l'analysé à sa propre expérience vécue, à son passé en posant la question suivante : se pourrait-il que durant votre enfance (0 à 12 ans) des événements biographiques importants aient pu venir mettre comme une branche d'arbre, un filtre vous empêchant, dans certains aspects de votre personnalité, d'exister librement, c'est-à-dire de pouvoir vous projeter pleinement? En fait, des événements biographiques marquants de notre existence à chacun de nous agissent sur nous, tel ce coup de téléphone du médecin. En conséquence, vous percevez le monde en fonction de votre passé, de ces couches, lesquelles sont uniques pour chacun :



L'existence, à ses origines, s'enclenche par une harmonisation marquée par la dépendance aux êtres et aux choses de mon monde quel que soit ce monde. Ici, l'analyste doit

amener l'analysé à réaliser que certaines attitudes comportementales actuelles peuvent être conséquentes à une situation dé-passée et, qu'ainsi, ceux-ci n'ont plus raison d'être. Se peut-il que les mécanismes d'adaptation, pour vous harmoniser et que vous avez développés durant votre enfance, donc en fonction des situations que vous viviez avec les moyens dont vous disposiez, puissent l'avoir été en fonction de «certains manques ou erreurs»[720] de ceux dont vous dépendiez? Il importe ici de se rappeler que Nietzsche disait que le mal peut parfois se présenter sous l'apparence du bien et ainsi nous séduire. Nous estimons que l'enfance est un de ces moments privilégiés où cet aphorisme peut se vérifier comme jamais parce que les parents représentent pour l'enfant l'omniscience, l'omniprésence et l'omnipotence dont il dépend totalement.

APPORT DES ÉCRITURES

- Les vieilles outres et le vin nouveau.
- Le jour et l'heure : La foi ne se transmet pas lorsque quelqu'un est en situation d'inespoir. Pourquoi se questionner quand tout fonctionne, même illusoirement? Bref tant qu'il y a des fuites, de l'éclairage artificiel... Marcel disait de façon merveilleuse : quel sens y a-t-il à faire de la lumière dans une pièce déjà éclairée?

---

[720] Encore une fois nous atténuons grandement ce terme. Ainsi, il faut le comprendre au sens privatif.

- Royaume des cieux : Un royaume spirituel tout comme la spatialité existentielle qualitative, découverte de sens.
- Règne de Dieu : Un règne temporel tout comme la temporalité de l'existence, comme présence qualitative.
- Vie éternelle : Éternité de l'instant comme capacité de présence dévoilante, d'être-là débarrassé de ses couches.
- Ne vous amassez pas de trésors : Liberté et sécurité sont en avant, dans notre capacité à être, pas en arrière, dans une dépendance à un conjoint, etc. Cela peut m'être enlevé par les mites et les voleurs. Quoiqu'il en soit l'existence elle-même est avenir.
- Je suis la lumière du monde : L'existence comme champ lumineux si l'on se conforme aux directives du Maître.
- Suivre Jésus : Quitte ton père, ta mère... à tout le moins les quitter spirituellement, afin d'hériter d'un royaume, fusse-t-il spirituel.

5.3.3 Entrevue 3 : l'harmonisation

Dans la première entrevue, l'analysé a pu prendre conscience de façon générale que, dès sa naissance, comme la «fuite» n'était pas possible, il a dû supporter son environnement immédiat quel qu'il soit et s'y harmoniser. Ne pas avoir pu réaliser cette harmonisation, si «malsaine» qu'elle puisse être, l'aurait probablement conduit à de pires conséquences. Selon

Horney s'il y a des gens qui sont réfractaires à la psychothérapie c'est bien parce que leur vie semble parfaitement harmonisée voire «réussie» :

> Peu importe comment s'accomplit l'affirmation «réussie» d'une tendance névrotique : le résultat est une barrière plus ou moins solide qui s'oppose à l'évolution par le moyen de l'analyse[721].

En ce qui nous concerne cette forme d'harmonisation correspond à ce que nous nommons «névrose de couverture». C'est également cette période qui correspond, selon Kierkegaard, à l'inespoir.

L'entrevue 2 a permis d'expliquer la notion d'existence comme «sortie de soi», comme «entre-deux» disons. La troisième entrevue a pour but de lui expliquer de façon plus précise comment, pour lui, dans son milieu environnant propre, telle ou telle couche a pu s'installer et ainsi opérer une certaine fermeture face à tel ou tel aspect de sa personnalité (névrose). En ayant recours à l'anamnèse, l'analyste récupère certaines informations quant au type de personnalité de la mère et du père de l'analysé. À cet égard, certains événements biographiques peuvent être très pertinents tel par exemple le fait que la mère ait perdu son père lorsqu'elle avait 3 ans ou que la mère du père ait été placée en institution psychiatrique lorsque celui-ci était encore très jeune.[722] L'analyste connaît également les grands traits de personnalité du conjoint si l'analysé vit en couple. Ceci pourrait être important par exemple quand l'analyste voudra faire réaliser

---

721 K. Horney, *L'auto-analyse,* Paris, Stock, 1978, p. 233.

722 Nous tenons à signaler que tous les exemples que nous donnons nous les avons déjà rencontrés au cours de notre expérience clinique.

à l'analysé qu'il a reproduit le modèle parental à travers son couple et cela bien involontairement dans le but de se sécuriser[723]. Fort de toutes ces connaissances l'analyste sera donc en mesure de démontrer à l'analysé quel contexte affectif pouvait régner; avant sa conception même, durant la grossesse de sa mère en ce qui le concerne et, enfin, pendant les premières étapes de son développement.

L'analyse existentielle ne rejette absolument pas l'apport magistral que Freud a apporté au développement de la psychologie, bien au contraire. Dans ce sens, les stades de développement élaborés par Freud[724] demeurent une découverte très valable. Les voici :

1. Le stade oral (première année de la vie, où la grande volupté naît de la bouche);
2. Le stade sadique anal (deuxième et troisième année), où l'intérêt se déplace sur les fonctions d'excrétion;
3. Le stade phallique (quatrième et cinquième année) : les parties génitales deviennent prévalentes;
4. La période de latence (de la sixième année à la puberté), où l'on assiste à un assouplissement de la pulsion sexuelle sous l'effet des instances socioculturelles;
5. Le stade génital (qui correspond à la puberté), où la sexualité apparaît sous sa forme adulte.

---

723 Bien d'autres modes d'adaptation, parfois marqués par l'exagération ou la disproportion, propres à l'adolescence, peuvent être constatés chez certaines personnes dont la personnalité est impréparée face à cette étape du développement humain que constitue l'adolescence. Nous pensons ici, en plus du mariage voire du choix d'un conjoint ou conjointe futur, très hâtif, à la folie (hébéphrénie chez l'adolescent surtout), l'armée (recherche d'autorité), la religion (recherche de spiritualité), la drogue, l'alcool, le suicide, le sport, la musique, etc. Enfin toutes formes d'harmonisation, d'être-au-monde, où la relation à l'autre ou à l'objet d'amour devient dépendance. Ainsi peut-on entendre dire par quelqu'un pratiquant trente heures de plongeon par semaine : «c'est ma drogue».

724 N. Sillamy, *Dictionnaire de la psychologie*, Paris, Larousse, 1989, p. 261.

> Ces différents stades ne sont pas rigides; ils se chevauchent et n'apparaissent pas chez tous les sujets à des dates précises. D'un individu à l'autre, on observe des différences, parfois importantes, qui sont dues aux conditions héréditaires et à celles du milieu (climat, culture, ...).

Notons également les stades de développement élaborés par Erik Erikson, psychanalyste américain, qui a élaboré, à côté des stades psychosexuels de Freud, des stades psychosociaux au cours desquels l'individu établit de nouvelles orientations, importantes pour lui-même et pour son monde social. Nous les reproduisons ici[725] :

1. La première année est le moment de la confiance ou de la défiance;
2. De 2 à 3 ans, celui de l'autonomie ou du doute;
3. Entre 4 et 5 ans, celui de l'initiative ou de la culpabilité;
4. De 6 à 11 ans, c'est l'époque industrieuse, où s'affirment les habiletés, ou celle de l'infériorité;
5. De 12 à 18 ans, l'adolescent acquiert son identité (identité psychosociale, sens de ce qu'il est, d'où il vient et où il va) ou, au contraire, voit naître une diffusion du rôle (sentiment de ne pas savoir ce que l'on est, où l'on va, à qui l'on se rattache);
6. Le sixième stade, qui s'étend de la fin de l'adolescence au début de l'âge mûr, est celui de l'intimité (capacité de partager sa vie avec une autre personne ou de l'isolement);

---

[725] N. Sillamy, *Op. cit.*, p. 104.

7. À l'âge mûr, le sujet a le choix entre la générativité (s'intéresser à d'autres personnes que les membres de sa famille, à la société) ou le souci exclusif de soi-même;
8. Enfin, le dernier âge de la vie est marqué d'un côté par l'intégrité personnelle (l'individu considère sa vie passée avec satisfaction), de l'autre par le désespoir, le sentiment d'échec, le regret de ce qui aurait pu être.

Une telle conception de l'existence, qui relativise l'importance des conflits de l'enfance et de l'influence des parents, n'ignore pas le rôle que peuvent jouer la société et le sujet lui-même dans la formation de la personne. De plus, elle est porteuse d'espérance puisque, à chaque âge de la vie, les échecs antérieurs peuvent être corrigés.

À cela nous ajoutons également la contribution de Klein[726] en ce qui trait à la première année de l'existence de l'enfant :

1. Le premier de ces moments, dit «position schizo-paranoïde», couvre les trois ou quatre premiers mois de la vie.
2. À la suite de cette période, vers le quatrième mois et jusqu'à la fin de la première année, une meilleure organisation des perceptions permet au bébé de mieux se situer. Sa mère est appréhendée dans sa totalité, en tant que personne distincte de lui et qui, tantôt présente, tantôt absente, établit des relations avec d'autres individus. C'est alors que s'instaure la *position dépressive* dont le point culminant est atteint vers le sixième mois.

---

[726] N. Sillamy, *Op. cit.*, p. 153.

Quels sont, en ce qui concerne ces stades, ceux qui jouent un rôle important dans le développement de l'analysé et qui cadrent avec les objectifs que nous visons? Ces objectifs, rappelons-le, sont de démontrer à l'analysé qu'à telle époque de son développement tel événement biographique survenu a pu influencer soit plus profondément la mère, le père, le couple parental ou même la dynamique familiale et ainsi marquer son propre développement. Voici donc la grille que nous utilisons et qui nous servira pour faire visualiser à l'analysé l'origine de certaines de ses problématiques existentielles actuelles parce qu'en fait nous sommes aujourd'hui la somme de nos expériences vécues (*Lebenswelt*) et que cette expérience vécue remonte même avant notre conception.

TABLEAU 8
LES STADES DE DÉVELOPPEMENT

PÉRIODE	STADE	ÉVÉNEMENTS BIOGRAPHIQUES
Inexistence	Pré-conception	
Intra-utérine	Pré-natal	
De 0 à 1 an	• Oralité • Confiance/Défiance • Schizo-paranoïde (4, 5 m) • Dépressif (7 m)	
2 et 3 ans	• Analité • Autonomie / Doute	
4 et 5 ans	• Oedipien • Initiative / Culpabilité	
De 6 à 11 ans	• Latence • Époque industrieuse	
De 12 à 18 ans	• Puberté • Identité sociale • Adolescence	

À partir de l'anamnèse, l'analyste, dûment préparé, introduit dans chaque section appropriée les événements biographiques correspondants qu'il juge marquants. Ainsi, il pourrait inscrire, dans le stade «pré-conception», certains éléments pertinents qu'il sait susceptibles d'influencer le développement de l'enfant. Par exemple, le fait qu'avant même la conception de l'analysé, le père a eu un diagnostic de cancer, la mère a vécu une dépression majeure, le couple a perdu un enfant (même le sexe peut-être important), etc. Tout événement majeur, ainsi que les traits de personnalité particuliers des parents, pour ne pas dire névrotiques, influencent le milieu, l'éthos existentiel relatif à la conception, duquel l'enfant sera-jeté-dans-le-monde. L'analyste complète le tableau pour chaque période. En passant chacun des stades, en lien avec les événements biographiques qui ont pu être significativement source d'empêchement à une ouverture au monde libre de l'enfant, l'analyste, grâce à ses connaissances, peut expliquer assez facilement pourquoi un décès vécu par la mère durant le stade «pré-natal», stade marqué par une dépendance prioritairement physiologique voire hormonale (*Umwelt*), peut créer un impact important au plan affectif vu la grande vulnérabilité du foetus, vulnérabilité «symbiotique» dirions-nous. De même, il peut expliquer comment, au moment de l'«oralité», alors que la dépendance physique et psychologique[727] (*Miltwelt*) est prégnante, le fait que la mère ait été donnée en adoption à l'âge de deux mois a pu influencer négativement la relation de l'analysé avec cette dernière. Ainsi en est-il avec tous les stades.

---

[727] Rappelons-nous que la dépendance est également spirituelle compte tenu que le *Dasein* du nourrisson est absorbé par le *Dasein* de la mère.

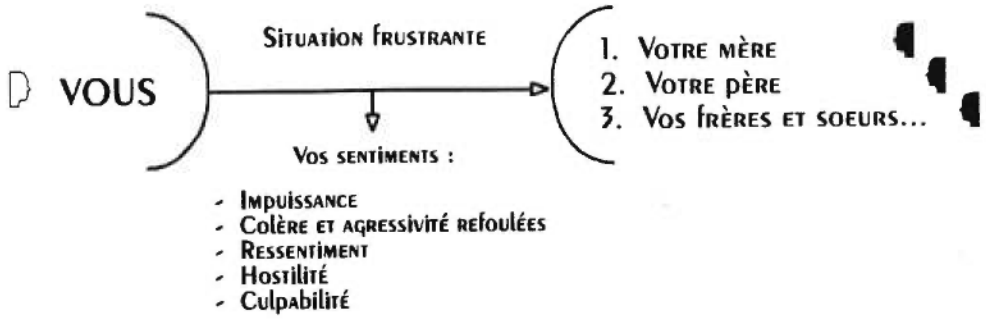
L'analyste existentiel, avec ses connaissances de la psychologie, doit insister sur le fait qu'étant dépendant par nature de parents généralement «incapables par nature» à combler idéalement le niveau d'insécurité du nourrisson, il s'ensuit que ce dernier vit cette situation comme une frustration. En effet, toute carence dans les besoins affectifs de base essentiels à l'enfant est une situation de frustration. Or, toute situation frustrante conduit à un sentiment d'impuissance.[728] Bref, l'expérience de frustration vient en quelque sorte rendre effective voire concrétiser l'insécurité ontologique de base et l'anxiété conséquente. Rappelons-nous que cette insécurité est due au fait que la dépendance est vécue à son plus haut niveau. Ainsi, par certains mécanismes, en lien avec son niveau de développement, l'enfant peut «fuir» ou «lutter» pour sa survie, pour son adaptation. À cet égard, nous avons déjà vu que plus un organisme était archaïque, telle l'amibe, et plus sa réaction était globale. Il est très facile d'expliquer à n'importe quel analysé que si l'enfant ne peut entamer une discussion avec sa mère ou son père à l'âge de trois mois, deux ans ou davantage cela ne signifie nullement qu'il ne peut pas s'exprimer. Ainsi, nous pouvons très bien «faire voir» à l'analysé, par exemple, qu'au moment où sa mère a eu une petite soeur il a recommencé à mouiller son lit alors qu'il était déjà propre depuis trois années. Les maladies infantiles sont, comme les maladies adultes, une forme de langage. Langage est différent de parole; le langage étant un ensemble de signes reconnus dans une culture alors que la parole est l'utilisation et l'organisation de ces signes dans le but de communiquer. La parole au sens où nous l'entendons est d'abord relationnelle. L'enfant ne

---

[728] Nous utilisons le terme impuissance comme synonyme de nombreux autres termes tels : inutilité, inadéquacité, infériorité, etc.

possède pas et ne peut utiliser la parole comme nous l'entendons dans cette thèse, c'est-à-dire au sens «formel» tel que Piaget l'entend, soit de niveau hypothético-déductif. Pour être plus précis la parole à laquelle nous référons est une parole «initiale» soit une parole comme appel du *Dasein* qui s'appelle donc qui ouvre sur le fondement de la dimension spirituelle de l'existence. L'écoute des autres passe d'abord par l'écoute de soi. Il y a plus au sujet de l'enfant. Comment un enfant pourrait-il exprimer sa frustration alors même qu'il est en situation de dépendance? Mieux encore cette dépendance parentale, qu'elle soit saine ou malsaine, elle est toujours, pour l'enfant, omniscience, omniprésence et omnipotence. Voilà pourquoi l'enfant ne peut en vouloir à ses parents. L'enfant réagit et s'adapte certes, mais cette réaction est archaïque pour le foetus *(biologique = Umwelt)* et immature pour l'enfant *(interrelationnel = Miltwelt).*

Or nous savons que tout sentiment bloqué dans son expression, entendons ici expression mature véhiculée par la parole, se transforme en re-sentiment. À partir du re-sentiment, ce n'est qu'une question de temps pour passer à l'hostilité puis tôt ou tard à l'agressivité laquelle peut très bien être retournée contre soi, involontairement. Chez l'adulte l'hostilité peut, parfois, s'exprimer par l'homicide, par le suicide radical ou toute maladie conduisant à la mort. Plus le trouble est lointain, plus l'hostilité est grande et plus le trouble est lointain et plus aussi il nous rapproche de nos origines, de nos parents. Ainsi, l'analyste peut griffonner le schéma suivant très simple à l'analysé :



À ce moment, nous rappelons à l'analysé qu'il est un être-dans-le-monde à part entière, un être avec-autrui, un être-de-relation. Comme il est très dépendant à ce stade, il n'a pas le choix de s'harmoniser parce qu'il ne peut jamais être-seul, être-coupé-du-monde, tout comme d'ailleurs il ne peut jamais être-sa-mère ou être-son-père. Ici, pour lui, c'est-à-dire dans telle situation d'impuissance (inutilité, inadéquacité, infériorité = insécurité, anxiété), tel que le disait *Nietzsche*, l'enfant se définira un monde en fonction de sa faiblesse. Du pire, il tire le meilleur pour lui à ce moment, il s'est donc naturellement harmonisé. Ainsi, ne faut-il pas se surprendre que telle personne puisse sembler se nourrir d'insécurité ou de méfiance. La disposition affective méfiance, par exemple, fait en sorte que cette personne reste ouverte sur le monde, toutefois cette ouverture est caractérisée par le fait que, d'avance (dis-position = séparé de) pour ces personnes, tout est suspicieux et menaçant. Ainsi, se protègent-ils de toute relation profonde car entrer en relation, pour eux, est risque de frustration, de rejet, donc de souffrance. Kierkegaard avait raison d'affirmer que l'humain recherche ce qu'il craint. Tout simplement parce que la méfiance a initialement été pour lui une façon de s'harmoniser pour survivre, pour exister. Dans un tel contexte l'anxiété initiale de base, comme antithèse anthropologique de

l'amour et existential, perdure parce qu'en fait la méfiance s'oppose à l'accueil inconditionnelle propre à l'amour quel qu'il soit. L'analyste doit rappeler à l'analysé que c'était naturel et normal qu'il s'harmonise, qu'il s'identifie à son milieu de telle ou telle façon parce que c'est cela être-humain, être-dans-le-monde et être-avec-autrui[729]. Voilà pourquoi l'on peut dire que l'enfant s'identifie généralement au parent le plus frustrateur[730] et comment il a pu hériter de certains traits de personnalité encore, malheureusement, agissant dans sa personnalité actuelle.

À cette étape-ci l'analyste, toujours en se référant à l'anamnèse, doit démontrer à l'analysé à quel point l'assertion «l'humain recherche ce qu'il craint» peut être vrai dans son cas. Par exemple, le cas de ce jeune homme. Il disait craindre les femmes, il ne voulait pas se livrer, laisser tomber ses masques, entre autres de «macho», parce que derrière toute femme disait-il il y avait une panthère. L'anamnèse avait révélé que, juste avant sa phase oedipienne, la mère de ce jeune homme, antérieurement surprotégé par surcroît, avait eu un second fils. Ce jeune homme avait été doublement surprotégé parce que la mère avait été donnée en adoption dès sa

---

729 Nous tenons à signaler ici que peu importe les problématiques fonctionnelles de telle ou telle personne chacun s'harmonise à sa façon. Dans ce contexte la position de Feifel† sur la névrose se comprend très bien : «Il est faux de définir la névrose comme un manque d'adaptation. *Car la névrose est justement une adaptation et là réside tout le problème.* C'est une adaptation nécessaire pour protéger l'intériorité, une façon d'accepter le *non-être,* si je puis employer ce terme afin de conserver un peu *d'être.* Et dans la plupart des cas c'est un bienfait lorsque cette adaptation vient à échouer». †H. Feifel cité dans May R. *et al.*, *Psychologie existentielle,* Paris, EPI, 1971, p. 80.

730 Encore une fois nous insistons pour que ce terme soit compris dans son contexte c'est-à-dire un contexte où les parents donnent toujours leur meilleur avec ce qu'ils ont reçu eux-mêmes en héritage, surtout en ce qui touche notre mode de reproduction sexuée, culturo-personnel et aussi en fonction de ce que la vie leur réserve comme épreuve. Nous avons déjà mentionné que plus l'on reculait dans le temps et plus l'enfant était vulnérable. Or plus nous reculons dans le temps et plus nous réalisons que la relation qui prévaut, initialement et normalement dans notre culture, est celle de l'enfant à sa mère.

naissance à elle. Dans un tel contexte, le premier enfant revêt, pour une femme, un cachet particulier. Au moment même où il a un épanchement pour le parent de sexe opposé, avec la mère, arrive ce «concurrent» à ses yeux d'enfant avec lequel la mère entretient un lien privilégié, lui devenant par le fait même affectivement non disponible totalement, surtout compris ici au plan relationnel affectif. Voilà comment s'est enclenchée sa première relation hétérosexuelle. Voir une panthère en toute femme c'est une façon de se protéger, de s'harmoniser pour ne pas souffrir. Toutefois, le «macho», on le sait, développe une certaine facilité à établir des liens avec certains types de femmes. Or ces liens sont souvent très éphémères, superficiels et également nombreux. Ce dont ce jeune homme avait peur, c'était d'entrer en rapport affectif profond (psychologique) pour ne pas souffrir. Ce dont il avait peur ce n'était pas des femmes comme telles, bien au contraire. Bref, le sens qu'il avait tiré de l'expérience avec sa mère faisait en sorte qu'il pouvait facilement remplacer le qualitatif (le spirituel profond) par le quantitatif (le corporel et le psychologique superficiels). Toutefois, cette façon avec laquelle il s'était harmonisé dans son rapport aux femmes faisait en sorte qu'il se retrouvait continuellement d'une rupture à l'autre, en compétition avec tous les «machos» de son espèce (ces concurrents semblables à son jeune frère). Somme toute, sans savoir pourquoi et bien involontairement, il recherchait ce qu'il craignait parce que psycho-affectivement il s'était harmonisé au monde des femmes en fonction de sa faiblesse. La tâche de l'analyste est de faire réaliser à l'analysé les liens entre ses phobies, ses peurs, ses craintes, ses inquiétudes, etc. qui marquent son existence actuelle et certaines étapes antérieures de cette même existence. Ainsi, ayant démontré à ce jeune homme, entre autres choses, l'impact de l'arrivée de son petit frère à cette époque précise,

nous sommes en mesure de lui faire comprendre le pourquoi de ses comportements actuels dans ses rapports aux femmes. Si, à 4 ans, il a vu sa mère comme une «panthère» c'était pour survivre et pour ne pas lui en vouloir directement. Bref, nous lui disons que son adaptation a été parfaite compte tenu de son âge et de ses capacités, sans oublier que, quelle qu'ait été l'attitude de sa mère, elle a toujours donné son meilleur en regard de ce qu'elle était et de ce qu'elle vivait. Somme toute, nous lui rappelons qu'il s'est harmonisé en fonction de son sentiment d'impuissance du moment. Toutefois, toutes les relations aux femmes n'ont pas à être comme celle qu'il a eue avec sa mère, cette première femme de sa vie. À la suite de cette explication l'analysé déclara que là il comprenait pourquoi, lorsqu'il avait 5 ans, il avait taillardé son jeune frère de 1 an au couteau, pourquoi il voyait une panthère derrière chaque femme, pourquoi il était «macho», pourquoi... pourquoi... En ce qui a trait au type de relation conjugale dans laquelle certaines personnes peuvent s'harmoniser, de façon saine ou «malsaine», Calabrese est catégorique : *"The results also confirm assortative mating between patients and spouses indicating the tendency of chronic pain patients to select spouses with similar dynamic problems*[731] *"*.

APPORT DES ÉCRITURES

- La parabole du semeur : Comme la graine du semeur nous sommes jetés-dans-le-monde sans avoir de recours sur certains éléments relationnels qui constituent notre terreau.

---

731 S.N. Mohamed; G.M. Weisz; E.M. Waring, "The relationship of chronic pain to depression, marital adjustment, and family dynamics", *Elsevier*, vol. 5, p. 291.

- Exil : Parce que nous ne pouvons pas ne pas nous harmoniser ainsi sommes-nous sujets à un certain exil inéluctable.
- Exode : Comme étant la source des déchirements que l'analysé vit en voulant se sortir de son exil, de sa dépendance.
- Enfer : Un tel exil peut devenir infernal pour certains.
- Purgatoire : Ne serait-ce pas la situation souffrante de l'analysé? La réminescence de souffrances omniprésentes.
- Ciel : Si l'enfer est sur terre, pourquoi le ciel devrait-il être ailleurs? Le ciel théologique comme «accession» à un niveau de conscience théologale soit cette capacité d'être avec Autrui :
    - Conscience morale - être selon autrui/enfer.
    - Conscience éthique - être pour soi/purgatoire.
    - Conscience théologale - être avec Autrui/ciel.

5.3.4 Entrevue 4 : l'épreuve comme rupture de l'harmonisation

Cette entrevue pourrait s'appeler «Heureux ceux qui souffrent...». L'objectif visé ici est très important en ce sens que l'analyste, par grâce, peut amener l'analysé à transformer une situation de mort en situation de vie. L'analyste doit transmettre à l'analysé l'espérance que sa situation de mort peut se transformer en une situation de vie.

D'abord, l'analyste doit rappeler à l'analysé les grandes étapes de la vie auxquelles la majorité d'entre nous sommes soumis de l'enfance jusqu'à la puberté. À cela s'ajoutent, entre autres, le mariage, le premier enfant, le départ des enfants, le décès des parents, la retraite et la ménopause pour la femme ou l'andropause pour l'homme. Quoiqu'il en soit, une étape est une rupture en ce sens qu'elle ouvre à une autre dimension de l'existence tout en commandant une fermeture à autre chose : ouverture et fermeture sont indissociables. À ces étapes normales de l'existence humaine s'ajouteront les épreuves ou fatalités tels : l'accident avec séquelles permanentes graves, la maladie, le divorce, la perte du conjoint, la perte d'un enfant, les déboires professionnels, etc. Étapes et épreuves peuvent être vécues différemment pour chacun. Ainsi, la souffrance relative vécue est toujours en fonction de l'importance de la rupture que ce soit au niveau de l'étape ou de l'épreuve. En lien avec l'anamnèse, l'analyste a déjà pu démontrer (Entrevue 2 - Harmonisation) comment certaines étapes de l'enfance ont pu, naturellement et involontairement, faire en sorte que l'analysé s'harmonise, de telle ou telle façon. Nous savons également que plus les frustrations dans les besoins affectifs de base, soit ces événements biographiques marquants, sont arrivés en bas âge et plus l'enfant risque d'être marqué vu sa grande fragilité. Krishnamurti utilise un terme que nous trouvons très significatif : «fragmentation» de l'être. Conséquemment, l'enfant abordera toutes les étapes ultérieures avec une certaine fragilité voire une certaine appréhension caractérisée soit par l'insécurité, le doute, la méfiance, la haine, l'anxiété, etc. Ainsi, la réaction de l'analysé face à telle épreuve sera toujours en fonction de sa dépendance par rapport à telle personne, objet ou idéologie.

L'épreuve est toujours subjective et dépend de l'investissement antérieur dans l'objet perdu affirme Lanouzière[732].

Après avoir expliqué la différence entre étape et épreuve, l'analyste doit définir le sens de l'épreuve dans notre existence. Dans des mots simples, il doit expliquer qu'une épreuve est une rupture. Une épreuve c'est la fin d'une certaine continuité relationnelle, c'est l'écroulement d'une structure relationnelle. Bref, une épreuve c'est la fin, la mort d'une relation quelle qu'elle soit. Cette relation peut donc avoir été saine ou malsaine. Bernard Spilka[733] rappelle que dans la perspective de Maslow et Mittelmann il y a deux critères importants soit la capacité de satisfaire aux exigences du groupe ainsi qu'une reconnaissance adéquate du groupe ou de la culture[734]. Pour Karl Menninger la maladie mentale doit être une réaction à certaines émotions conséquente à une rupture avec l'environnement social. Enfin Spilka évoque que pour Mowrer l'angoisse suprême pour l'humain provient *"from the rupturing of his sociality"*. Ces prises de positions confirment l'inéluctable obligation pour le *Dasein* d'avoir-à-être et ce comme être-dans-le-monde et être-avec-autrui bref comme être-social. Rappelons-nous, par exemple, que la voie d'entrée majeure dans la schizophrénie chez la femme est la venue du premier enfant, un événement pourtant grandiose pour la grande majorité. La libéralisation de l'homosexualité,

---

732 J. Lanouzière, «Dépression et cancer du sein - Revue critique», *Revue de médecine psychosomatique*, n° 3, tome 23, 1981, p. 309.

733 B. Spilka, "Theology and Therapy", dans Maloney H.H., *Wholeness and Holiness : Reading in the psychology/theology of mental health*, Grand Rapids, Michigan, Baker Book House, 1983, p. 76.

734 Dans ce contexte nous pensons que la symbolique du sein en tant que symbole de maternité, même cancéreux, doit être étudiée et comprise en tenant compte de l'individuel, du familial, du social et du culturel.

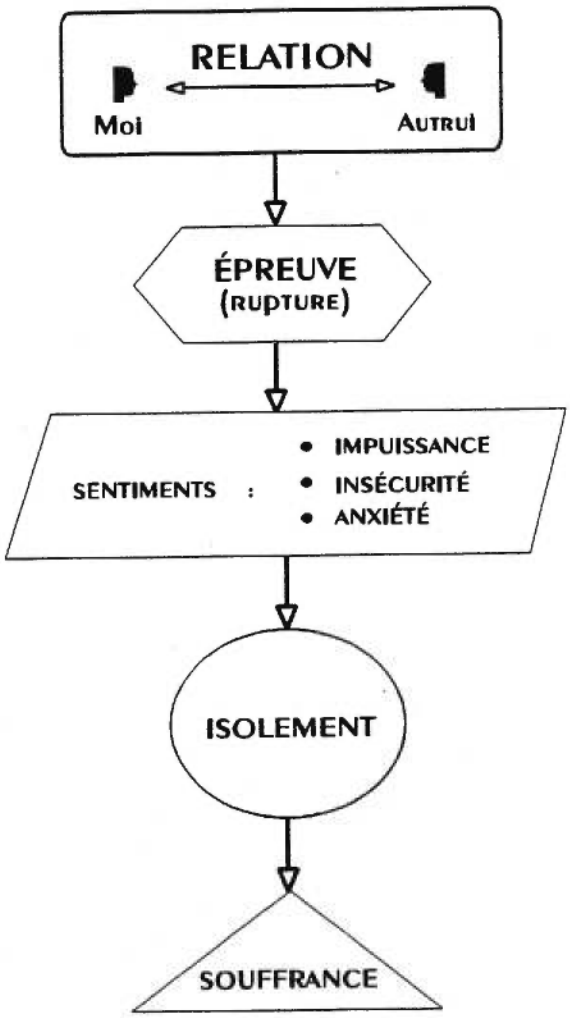
par exemple, peut également constituer une épreuve pour certaines personnes. Ce n'est pas parce qu'une charte des droits et libertés reconnaît la libre expression de l'homosexualité que chaque personne vivra pour autant cette nouvelle manière d'exister librement. En fait cette personne s'est harmonisée toute sa vie d'une certaine façon. La libéralisation de son homosexualité, généralement secrète, devient une épreuve en soi parce qu'une épreuve est une rupture dans un mode d'être, dans une continuité. Pour certaines personnes la libération juridique vient mettre fin à une certaine forme d'harmonisation qui siégeait depuis toujours. Or, nous soutenons que ce qui constitue le danger n'est pas tant l'épreuve comme l'harmonisation qui est empêchée ou désormais non nécessaire. Ainsi, n'est-il pas curieux de constater que la montée fulgurante du SIDA coïncide étrangement avec la libéralisation de l'homosexualité? En ce qui concerne le cancer du sein Love[735] mentionne qu'une étude du *National Cancer Institute*, faite par Suzanne Haynes en 1993, que le risque de cancer du sein passait de 1 à 3 au lieu de 1 à 8 chez la population homosexuelle féminine.

Le fait est que pour ces femmes, avoir un enfant c'est également, en même temps, devoir faire un deuil important, celui de la mère qu'ils n'ont jamais eu, affectivement. Par exemple, si la vie de quelqu'un a été centrée totalement et pathologiquement sur l'argent, il n'est pas surprenant d'apprendre que cette personne puisse se suicider à la seule annonce d'un effondrement boursier. De même a-t-on déjà vu des mères mourir de chagrin après la perte d'un enfant. Boss nous cite l'exemple d'un homme qui s'est suicidé en sortant de chez le dentiste qui venait tout juste de lui arracher les dents.

---

[735] S. Love, *Dr Susan Love's breast book*, USA, Addison-Wesley, 1995, p. 185.

L'analyste peut référer à l'anamnèse pour y puiser une ou des épreuves que l'analysé a lui-même vécue. Par la suite, l'analyste doit expliquer à l'analysé comment l'épreuve peut être source de souffrance. Ce point est central ici parce que la majorité, sinon la totalité, des gens qui viennent consulter sont souffrants. Qui plus est cette souffrance est toujours liée à une épreuve quelle qu'elle soit.



La souffrance est un mode d'être avec quelque chose qui n'est plus. C'est parce que nous sommes être-de-relation, être-dans-le-monde et être-avec-autrui que nous pouvons souffrir; deux crayons ne peuvent pas souffrir. Or, la souffrance sera d'autant plus forte qu'aura été ma relation avec l'être ou la chose disparue. Si cette relation était vécue sous le mode d'une dépendance pathologique elle risque de m'emporter. Souffrir c'est être atteint dans ce que l'on a pour autant que ce que l'on a est constitutif de ce que l'on est, disait Marcel. Ainsi, l'analyste doit mentionner à l'analysé que plus une personne est dépendante de quelqu'un ou quelque chose, plus elle risque de souffrir, d'être anéantie même *(nothing-ness)*. Une telle personne est, et a toujours été, aussi vulnérable que le nouveau-né dans son rapport à la mère. Tant que l'existence permettait de s'harmoniser en nourrissant sa «faiblesse» par le biais de la dépendance, pourquoi se questionner? Même si le mode d'harmonisation est malsain et pathologique, il y a «équilibre». Le danger surgit lorsque l'harmonisation est empêchée et c'est ce que l'épreuve apporte. L'ampleur de la souffrance témoigne donc de notre dépendance, du niveau de notre perte dans l'autre, être ou objet, de notre inauthenticité, de notre illusion jusqu'alors. L'épreuve est là pour nous faire prendre conscience, et cela en fonction de notre niveau de dépendance, à quel point le sens de notre existence était lié à cet être ou cette chose. Si cette dépendance m'apportait, à mes yeux, l'Amour véritable, alors comment et pourquoi un tel Amour pourrait-il être source de désir de mort? La souffrance occasionnée par l'épreuve, quelle qu'elle soit, vient questionner cet Amour comme pour le valider, l'épurer. Dans un contexte de dépendance pathologique, mon passé et mon futur ont toujours été un passé et un futur en fonction des autres. Bref, dans un tel contexte l'individu n'a pas de temps propre,

d'existence propre. Voilà pourquoi l'épreuve peut être tant signifiante et ce, jusqu'au point de me faire prendre conscience de l'insignifiance de ma vie. L'épreuve peut donc devenir une occasion fécondante. Bref, elle constitue un appel à me laisser questionner sur le sens de mon existence jusqu'alors. Elle est un appel à me re-trouver, à retrouver mon in-dépendance, mon autonomie donc à me responsabiliser également. L'analyste doit amener l'analysé à ce constat : l'épreuve constitue un appel à une ré-vélation particulière et privilégiée. Malheureusement, et cela involontairement, cette occasion privilégiée qui s'adresse à une personne, à telle occasion, et à tel moment de son existence, peut ne pas être vue et ressentie comme un appel à se dépasser. Déjà l'analysé connaît le sens et l'importance de la temporalité : passé, présent, futur. C'est donc le moment pour l'analyste de lui signaler que si le passé nous précède, il s'ensuit que l'épreuve ne peut pas menacer le passé mais bien l'avenir. Or l'existence est avenir, en conséquence, face à l'épreuve, c'est être comme sans avenir, c'est faire face à la possibilité de ne plus être *(nothing-ness)*. Or la mort est cette ultime possibilité de l'impossibilité d'être. L'épreuve nous ramène donc, d'une certaine manière, à notre propre mort. Jaspers est très clair sur ce point : «L'existence *(existenz)* ne s'éveille qu'avec l'ébranlement de l'existant *(Dasein)* par l'idée de la mort»[736]. Ce n'est pas surprenant dès lors que certains, parfois, veuillent faire mourir ceux qui sont la cause de leur souffrance; l'homicide. Que d'autres veuillent en mourir volontairement, par le suicide, ou, involontairement, par la maladie. Ici l'analyste peut partager ses propres expériences éprouvantes ainsi que les sentiments les plus profonds qu'il a pu vivre

---

[736] K. Jaspers, *Initiation à la méthode philosophique,* Coll. "Petite bibliothèque Payot", Paris, Payot, 1968, p. 135.

par rapport à celles-ci. Ceci a un effet d'autoplacebogénèse sur l'analysé.[737] Probablement qu'il se dira dans sa tête «il a réagi comme moi, je suis pas fou de vivre tant de désespoir, de colère, de ressentiment. S'il s'en est sorti et en est ressorti grandi, pourquoi ne serait-ce pas possible pour moi?»

Toutefois comme l'être humain est un être lié au temps, plus particulièrement au futur, il s'ensuit que personne ne peut facilement supporter le vide existentiel causé par l'épreuve. Ainsi, les fuites artificielles sont naturelles et nombreuses. Ici l'analyste relève à partir du tableau chronologique comment, face à certaines étapes et épreuves, l'analysé a réagi et comment, du même coup, il retardait, bien involontairement, certaines occasions de transcendance. L'analysé est du même coup sensibilisé[738] à saisir comment certaines épreuves non intégrées peuvent conduire à des problématiques plus graves allant jusqu'à inclure, généralement, la dimension corporelle et ce à des niveaux et des degrés divers. Si une épreuve est intégrée, si on lui fait face et que l'on répond à l'appel qu'elle porte, elle peut devenir une occasion de grandir, de s'ouvrir à autre chose et plus particulièrement à soi-même parce qu'en fait ce qui se ferme avec l'épreuve c'est l'autre dans lequel on s'était perdu. L'épreuve isole et esseule, elle me coupe de la quotidienneté, de la mondanité. L'inverse est aussi vrai : si face

---

737 L'analyste doit être capable de définir et partager les symptômes qu'il a vécus comme par exemple: incapable d'être bien à nulle part, avec n'importe qui, sentiment d'étouffement et de manquer d'air, la boule dans la gorge, les pleurs, vouloir mourir, etc. La souffrance, comme la joie, ont cette propriété de rapprocher les gens, dépassant ainsi toute théorie ou concept et c'est là un point fort qui différencie l'analyse existentielle de certaines autres approches c'est-à-dire l'engagement personnel de l'analyste.

738 Nous disons sensibilisé parce qu'en fait c'est à l'entrevue #5 que l'analysé sera plus directement confronté aux épreuves de sa vie et à ses maladies.

à l'épreuve la réponse à l'appel est la fuite, il s'ensuit donc qu'au lieu de grandir, de s'ouvrir à soi on se referme davantage sur soi, donc on se rabaisse, on se diminue. Par exemple, l'analyste peut ici reprendre la période de l'adolescence de l'analysé si celle-ci montre qu'à cette étape l'analysé a connu une certaine dépendance aux drogues. Il peut lui faire prendre conscience que compte tenu de la fragilité de sa personnalité, quitter pour lui le giron parental pouvait représenter une épreuve extrêmement difficile. Ainsi, la drogue était une fuite face à cette éprouvante situation qu'est l'adolescence et au lot d'insécurité et d'anxiété qu'une telle épreuve comportait pour lui. Encore là, ce sont autant de constats qui visent à diminuer le niveau de culpabilité donc qui augmentent, par le fait même, la confiance et l'estime de soi : l'analysé doit toujours croire qu'en ce qui concerne son passé, ce qui a été fait a toujours été le meilleur qu'il pouvait faire, que sa manière d'être était «normale» si l'on tient compte de ce que la naissance, subie, lui a donné en héritage.

L'analyste peut conclure cette rencontre par un exemple très simple pour s'assurer que le sens de l'épreuve a bien été saisi par l'analysé. En ce qui nous concerne nous utilisons l'exemple du cerf-volant et du moulin à vent. Le cerf-volant monte-t-il avec ou contre le vent? La réponse est naturellement avec et contre bien que la majorité répondent soit avec soit contre, rarement avec et contre. Ainsi en est-il au plan humain. Le vent c'est parfois la tornade, c'est l'épreuve dans ma vie. Je peux me laisser emporter par elle mais je peux aussi y faire face, c'est-à-dire de me laisser questionner afin de savoir pourquoi telle épreuve me déstabilise tant. Comprendre, voire com-prendre le passé, c'est y faire face dans le but de l'apprivoiser; or com-

prendre et apprivoiser le passé c'est en même temps com-prendre et apprivoiser le futur, l'avenir, l'existence dû au fait que la temporalité est vécue simultanément. En ce cas-là, c'est-à-dire quand je me laisse questionner par la tornade ou l'épreuve, comme le cerf-volant je monterai. De même en est-il du moulin à vent. C'est parce que les pales font face au vent qu'elles peuvent actionner les énormes engrenages qui se tiennent au «sous-sol», permettant du même coup de transformer le blé en farine, en pain, en énergie. Ainsi en est-il de l'épreuve au plan humain. Plus une personne est capable de soutenir (*care* = *sorge*), tout ce qui vient à sa rencontre, jusque dans la perspective de sa propre mort ce que Heidegger nomme l'être-en-faute propre, cela demande toujours une certaine humiliation cela va de soi, et plus il peut s'élever. Ainsi, «celui qui s'abaisse sera élevé».

APPORT DES ÉCRITURES

- L'amour des ennemis : Faire face à ses ennemis : dépendance malsaine, incapacité d'exprimer ses émotions, etc. Il faut d'abord avoir appris à aimer ses ennemis avant de pouvoir aimer avant de prétendre aimer son prochain, avec ses ennemis à lui.
- Heureux ceux qui pleurent : L'épreuve comme occasion fécondante, comme transcendance.
- Les deux portes : La facilité et, aussi, le danger des fuites artificielles.

- Il ne suffit pas de dire Seigneur! Seigneur! : Répondre oui à l'appel de l'épreuve exige des changements dans la conduite, dans l'agir. La valeur quelle qu'elle soit doit être incarnée, éprouvée.
- Non la paix, mais le glaive : Se choisir, donc choisir d'être plus, de se rapprocher de Jésus fait que l'on doive assumer certaines pertes d'où certaines confrontations. Plus un tel était au service des autres, plus il passera pour un hérétique à leurs yeux.
- Tu auras pour ennemis les gens de ta propre maison : Se choisir conduit souvent à cette situation. L'analysé devient un sans-coeur, un traître, un hérétique pour ses proches et plus particulièrement pour sa famille. C'est compréhensible que la famille soit impliquée parce que se questionner c'est questionner ses origines et celles-ci nous conduisent directement aux personnes les plus significatives de notre existence.
- Le jour et l'heure : L'épreuve comme moment de la moisson... pour séparer l'ivraie du bon grain. Cette heure n'est jamais la même pour personne car chaque existence, chaque *Lebenswelt* est unique.
- La vraie famille de Jésus : Tous ceux que je découvrirai spirituellement et qualitativement. Tous ceux que je pourrai accueillir sans jugements préconçus, après m'être débarrassé de mes couches.
- Le trésor caché dans un champ : Face à l'épreuve il ne faut pas trop se débarrasser rapidement de sa souffrance, il y a un trésor qui est généralement enfoui dans ce champ existentiel, ce vécu. Tout vendre pour acheter ce champ c'est peut-être, aussi, investir pour le «creuser» par le processus psychothérapeutique.

- Pour être prêt à suivre Jésus : Accepter des pertes, laisser les morts, spirituellement parlant, avec les morts.
- Le Déjà là et le Pas encore : L'existence sous le mode de la plénitude comme jamais acquise, toujours projective, expectative bref comme avoir-à-être continuel mais, malheureusement et naturellement, recouverte par les couches.

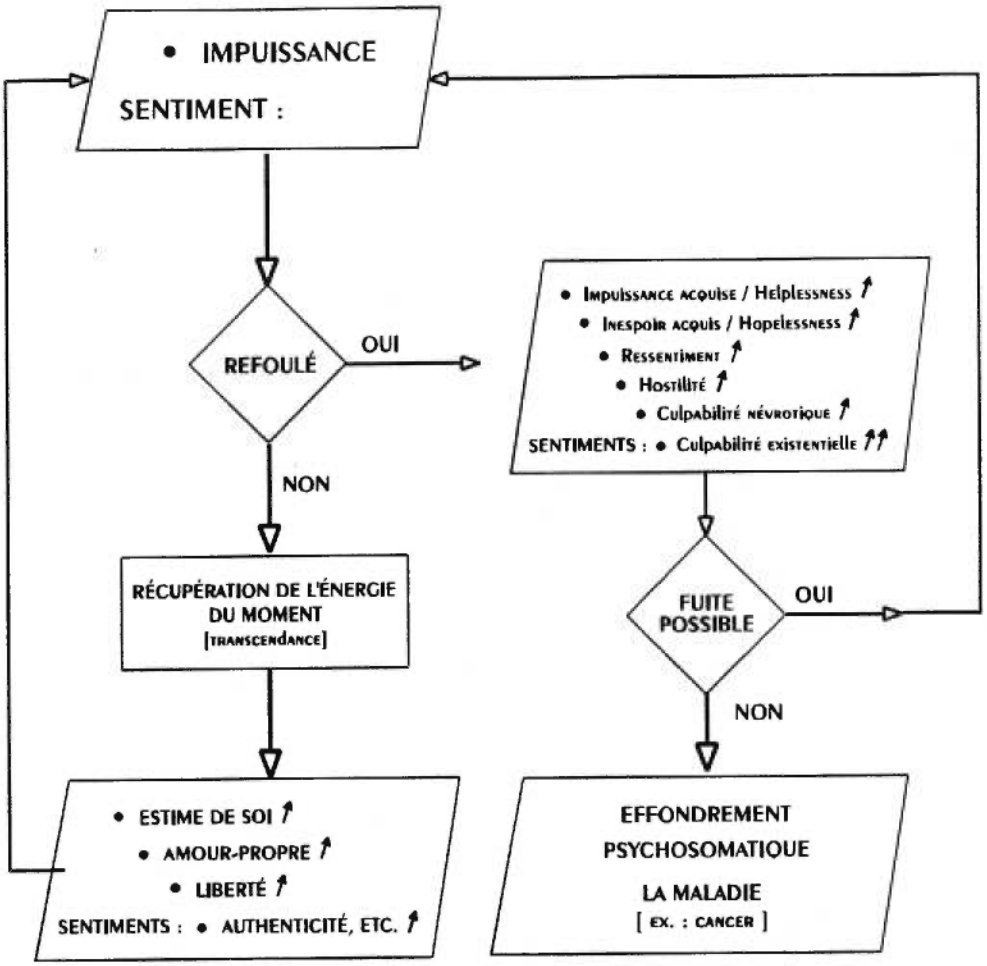
5.3.5 Entrevue 5 : la parole ou comment et pourquoi s'exprimer

L'objectif de cette entrevue est d'amener l'analysé à réaliser l'importance de la parole. Entendons ici parole comme médiation pour entrer en relation avec l'autre au niveau du sens de certaines expériences émotives vécues; parole comme expression des sentiments donc parole découvrante de sens. Déjà, grâce à l'anamnèse, l'analyste sait à quel niveau l'analysé peut ou ne peut pas exprimer ses sentiments (frustration, colère, déception, agressivité, peur, insécurité, etc.). Dans la majorité des cas, les gens qui consultent ont une certaine difficulté à exprimer leurs sentiments : ou bien ils n'expriment rien et «ravalent» comme ils disent ou bien ils «explosent». Nous savons très bien que l'une ou l'autre de ces deux façons empêche la présence relationnelle immédiate et la capacité de compréhension au plan ontologique soit cette façon d'être-découvrant.

L'analyste doit, toujours aussi simplement que possible, expliquer à l'analysé que s'exprimer signifie faire pression vers l'extérieur (ex. = hors de, *pressio* = pression). Ainsi, s'exprimer c'est faire sortir hors de soi des sentiments du moment qui pourraient facilement être cachés, c'est un faire voir en quelque sorte. S'exprimer est donc différent de tempêter ou critiquer. Prenons l'exemple suivant. L'analyste place l'analysé en situation : vous avez rendez-vous avec un ami à 19:00 heures. À 20:00 heures il n'est toujours pas arrivé. Supposons que vous êtes en colère, déçu ou frustré d'être traité ainsi. 20:30 heures, votre ami arrive. Exprimer ses émotions ici c'est exprimer ses sentiments (frustration, colère, déception, etc.) alors que critiquer ou tempêter ce serait s'adresser à l'autre en disant «t'es pas correct... t'aurais pu... C'est toujours comme ça avec toi...». Exprimer ses sentiments consiste à faire voir comment on se sent à cet instant précis. Si l'analysé a certaines difficultés à ce niveau c'est que s'exprimer n'est pas si facile. Pourquoi? Parce que du moment où une personne fait voir ses sentiments l'autre est obligé de se faire voir et cela de deux façons. Soit qu'il accueille les sentiments de celui qui s'exprime ou soit qu'il les rejette. Supposons dans l'exemple de l'ami que celui-ci, dès que vous avez exprimé vos sentiments, vous réponde ceci : «Si t'étais pas content t'avais rien qu'à t'en aller». Supposons maintenant qu'il vous dise : «T'as raison d'être fâché Pierre, ça n'a pas grand bon sens ce que j'ai fait. J'en prends note. Je m'excuse et ça ne se produira plus». Nous sommes ici devant la réponse accueil alors que l'exemple précédent constituait plutôt la réponse de type rejet. La parole est médiation certes mais, intrinsèquement, elle est aussi possibilité de rejet, d'abandon donc de souffrance. La parole est donc éprouvante.

La capacité d'expression de ses sentiments du moment par la parole, du sens que prend telle ou telle expérience relationnelle pour soi, est donc capacité de présence immédiate et authentique. L'être-avec demeure existentiellement constitutif de l'être-au-monde. Ainsi, le *Dasein* qui m'est propre ne l'est qu'en tant que coexistence à la rencontre d'autrui d'où, justement, le phénomène du souci comme capacité de soutenir cet être-avec, chaque fois en avant de moi. L'analyste doit amener l'analysé à réaliser que chaque expérience relationnelle où il subit une certaine frustration devient par le fait même une épreuve non récupérée positivement et, par le fait même, une occasion génératrice de sentiment d'impuissance *(helplesness)*. Nous savons comment et à quel point l'épreuve peut être source de transcendance si elle est intégrée. Comme l'épreuve peut être source d'une certaine énergie au plan ontologique, il s'ensuit que si elle n'est pas utilisée positivement, c'est-à-dire dans le sens de me permettre de me transcender, c'est l'inverse qui prévaudra en ce sens que cette énergie se retournera contre moi parce que l'être humain, continuellement en situation voire en relation, ne peut pas ne pas être-dans-le-monde; le *statu quo* n'est pas possible. N'est-ce pas pour cela que la maladie somatique surgit comme actualisation d'une existence enlisée ou surchargée? L'esprit ne peut illusionner le corps sinon que de façon temporaire, l'inverse est aussi vrai. - Ainsi, dans une situation relationnelle éprouvante, si les sentiments authentiquement vécus ne peuvent être exprimés librement, ils ont tôt fait de se transformer en ressentiment. À chaque occasion que je m'empêche de m'exprimer, d'être-moi-même, je me mens à moi-même. Se mentir à soi-même ce n'est pas s'aimer. Chaque situation ultérieure où je me mens à moi-même

à nouveau entache l'estime que j'ai de moi. Comme le passé nous précède, il s'ensuit que si ce passé est marqué par la mésestime de soi, le non-amour de soi, le futur s'en trouve projeté de la sorte. Un tel individu a donc toujours, de plus en plus, besoin de fuites pour trouver l'amour qu'il n'a pas même pas pour lui jusqu'au jour où la fuite n'est plus possible. Ce jour est jour du jugement, c'est-à-dire, le jour où l'épreuve prend tout son sens, lorsqu'elle vient me montrer à quel point je m'étais illusionné, je m'étais empêché d'être moi-même, je m'étais éloigné de ma propre vérité (E = éloignement; preuve = vérité). Nous pouvons comprendre ici tout le sens du *«being-in-debt»* de Heidegger, c'est-à-dire qu'essentiellement si l'on est coupable c'est primairement envers soi, soit de ne pas avoir, involontairement, su exploiter son *Dasein*. La culpabilité névrotique, quant à elle, fait intervenir l'autre quel qu'il soit (le sociétal, le culturel, l'hérédité, le médical, etc.) et m'éloigne toujours plus de moi, ce qui est moins menaçant. En ces cas-là il est facile de dire : c'est parce que mon père est alcoolique si je suis comme cela... c'est à cause des insécurités que ma mère m'a transmises si je suis tant dépendante... si la médecine pouvait trouver un remède à mon cancer je pourrais guérir. Dans ces cas-là l'autre vient faire écran en m'empêchant de me questionner. Comment quelqu'un qui ne s'est jamais aimé peut-il se laisser questionner sur lui-même, comment peut-il espérer qu'il peut y avoir quelqu'amour inconditionnel pour lui lorsque la vie lui a toujours démontré le contraire? Pour ces personnes, la psychothérapie, telle que nous la concevons, peut être une révélation particulière pour l'émergence d'une telle expérience relationnelle fondamentale et fondatrice. De là le schéma :



L'analyste peut ici reprendre certains éléments de l'anamnèse afin de sensibiliser l'analysé face à certaines de ses attitudes, par exemple : sa facilité de reporter sur les autres ses difficultés, sa grande difficulté, plus souvent qu'autrement, à exprimer ses sentiments, surtout avec le conjoint, la mère, etc... Une chose importante, qui permettra à l'analyste d'aller encore plus loin sur le thème de l'expression des sentiments, est qu'il sait pourquoi l'analysé a peur de

s'exprimer. Généralement la réponse lors de l'anamnèse était la suivante : «J'ai peur qu'il se fâche», «J'ai peur de blesser», «J'aime pas la chicane», etc. L'analyste pose donc une question sans équivoque à l'analysé : «Expliquez-moi comment il est possible de blesser quelqu'un lorsque l'on exprime comment soi-même on est blessé?» Certes, on ne peut pas blesser quand on s'exprime de la manière dont nous l'avons expliqué préalablement. Derrière cette incapacité de s'exprimer se cache, en jachère, une peur du rejet et de l'abandon parce que face à l'expression de mes sentiments l'autre peut m'accueillir certes mais il peut également me rejeter. Si quelqu'un éprouve une certaine incapacité à s'exprimer, face à certaines personnes — généralement il s'agit des personnes les plus significatives dans sa vie — c'est qu'il croit d'avance (disposition affective) qu'il ne sera pas accueilli parce qu'en fait s'il pouvait croire un seul instant qu'il serait accueilli, il n'hésiterait absolument pas. Ne pas s'exprimer devient donc un mode d'être, une façon d'être-avec-autrui dont le but est d'éviter le rejet.[739] L'analysé a beau dire qu'il ne s'exprime pas «pour ne pas blesser», il s'agit nettement plutôt ici d'un «pour ne pas être blessé».

L'objectif ultime de cette entrevue est de faire prendre conscience à l'analysé que peu importe la réponse de l'autre : accueil (la voie A) ou rejet (la voie B), il est toujours gagnant. Si c'est la «voie A», il vient de vivre une expérience authentique marquée par la profondeur, le sens de l'existence et de l'expérience humaine. De plus, il vient d'être vrai avec lui-même, de

---

[739] Ici le rejet inclut tous les sentiments qui accompagnent cette expérience : impuissance, infériorité, inadéquacité, inutilité, etc.

se respecter, de s'aimer. Il vient de vivre un moment de présence authentique au lieu de refouler ses sentiments, de se perdre dans le re-sentiment, le superficiel. De plus, il vient de libérer son futur, son existence. En effet, s'exprimer est libérateur du fait que si on ne s'exprime pas, on se bâtit un passé marqué par la mésestime de soi, le mensonge, l'impuissance acquise (*helplessness*) et l'inespoir acquis (*hopelessness*). Or comme le passé nous précède, il s'ensuit que le futur, l'existence, est perçue comme ce passé, c'est-à-dire marquée du sceau de l'impuissance (*helplessness*) et de l'inespoir *(hopelesness)*. Que se passe-t-il si c'est la «voie B» qui s'offre en réponse à l'expression de mes sentiments, c'est-à-dire, que l'autre me rejette? L'analyste doit amener l'analysé à comprendre que même face à cette alternative, il est gagnant. Tout ce qui a été dit dans le cas de la «voie A» reste vrai, soit : présence authentique, effet libérateur, estime de soi. La différence est à l'effet qu'avec la «voie B» l'autre vient apposer une fin de non-recevabilité à mon exigence de présence véritable, de profondeur, d'authenticité. Autrement dit la branche d'arbre est de son côté. La question qui m'interpelle à ce moment précis n'est-elle pas la suivante : qu'est-ce que je fais avec ce refus? Le fait de m'exprimer, de me dévoiler est et sera toujours une expérience dévoilante parce que je me dévoile toujours face à l'autre. Rappelons-nous que le *Dasein* est *co-Dasein*. Or, que la réponse de l'autre soit l'accueil ou le rejet, une révélation, agréable ou désagréable, vient d'être amenée à la lumière, à ma lumière. Rappelons-nous que l'existence est un champ lumineux où les êtres et les choses se dévoilent et c'est à travers une pluralité de sens que le mot choisir prend son sens et c'est en

pouvant choisir que je peux donner une direction à ma vie. Selon Tillich[740] la parole a pour fonction de médiatiser le sens qui doit être compris[741], jugé, accepté ou rejeté et ce dans le cadre d'une libre interprétation et d'une libre décision. L'analyste doit maintenant expliquer à l'analysé que ce n'est pas tout de s'exprimer, cela commande de se responsabiliser dans le sens de devoir choisir. Or choisir, implique qu'il faut aussi devoir abandonner. C'est ici que prend sens l'être-en-faute heideggerien; en faute, au sens privatif toujours, de ne pas avoir su et pu choisir (naissance). C'est donc dire que de par notre naissance bien des choses nous demeurerons à jamais inaccessibles. Être-en-faute, également, parce que dès qu'il peut choisir il doit abandonner certaines autres possibilités. Être-en-faute enfin parce que l'existence humaine au départ est vouée à la mort. La liberté n'est jamais en arrière, dans le matériel, elle se trouve en avant, dans l'acte libérateur qu'est ma capacité de m'exprimer. La liberté n'existe donc pas; elle est à faire. Peut-être est-ce là le seul lieu où l'on peut mettre des trésors à l'abri des voleurs et des mites... S'exprimer exige donc une grande humilité, soit celui de courir le risque de se faire rejeter. Or même si c'est cette réponse qui s'offre, ce rejet devient lui-même une occasion de me transcender même si au départ j'y vois le contraire. Un abaissement qui m'élèvera infailliblement.

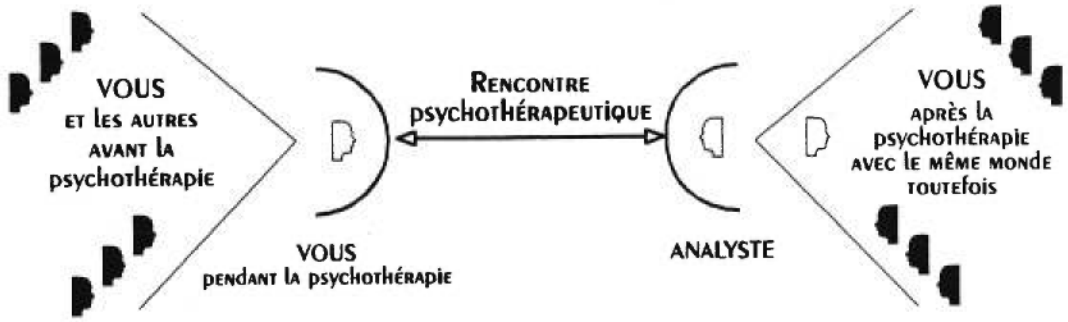
L'expérience clinique nous démontre que déjà à ce stade-ci du processus psychothérapeutique l'analysé a généralement effectué d'importantes prises de conscience. L'analyste doit

---

740 P. Tillich, *Op. cit.*, p. 37.

741 Le sens compris n'est-ce pas ce que permet la spiritualité comme capacité de donner un sens aux différents phénomènes de notre existence. La parole est donc médiatrice spirituelle par excellence.

alors profiter de l'occasion pour lui signaler que si tel est le cas, n'est-ce pas dû au fait que l'analysé a pu s'exprimer librement en se sentant accueilli? Il s'est exprimé, puis s'est senti accueilli. L'analyste doit ici être convaincant : si nos rencontres ont déjà changé certaines choses dans votre existence, n'exigez rien de moins que ce que vous avez vécu ici. Si vous vous aimez à ce point comme vous l'avez fait ici, l'amour surgira dans votre vie, un amour authentique et mature marqué par le sceau du respect, de l'accueil, de la profondeur et de la transcendance. L'analyste doit aussi mettre l'analysé en garde à l'effet que même s'il a effectué des prises de conscience marquantes, sources de changements profonds, ce ne sera pas nécessairement le cas pour ses proches :



Toutefois, d'ajouter le psychothérapeute, vous savez que chacun a ses couches. De plus, si j'étais allé vous voir pour vous suggérer de venir me rencontrer en vous disant que vous aviez besoin d'aide, vous m'auriez probablement envoyé promener, avec raison d'ailleurs. Ainsi, en est-il des autres; ce n'est pas parce que vous vous avez changé qu'ils ont changé, bien au contraire. Comme vous, c'est suite à une épreuve personnelle qu'ils seront, peut-être,

disponibles à se laisser aider, comme vous l'avez fait vous-même. Vous êtes donc en mesure de comprendre qu'il se peut fort bien que vous vous distanciez par rapport à certaines personnes. Cela ne signifie pas que vous vous couperez physiquement de ces personnes, vous l'avez fait psychologiquement, c'est cela qui était prioritaire[742]. Toutefois, il se peut aussi que vous vous rapprochiez d'autres qui vous étaient totalement inconnues. Ces rencontres seront marquées par leur dimension profonde et authentique. Bref, vous changerez la quantité, le superficiel par la qualité et la profondeur. Comme théologien nous savons que là, avec tous ces autres inconnus, réside la vraie famille de Jésus.

APPORT DES ÉCRITURES

- Heureux les humbles de coeur : S'exprimer c'est pousser l'humilité jusqu'à accepter d'être rejeté dans ses sentiments les plus profonds.
- Qui s'abaisse sera élevé : Peu importe la réponse face à l'expression de mes sentiments j'apprendrai toujours donc je m'élèverai toujours.
- Le Logos : Le verbe ou la parole peut se faire chair pathologiquement s'il est refoulé (violence «explosive» envers l'autre ou violence retournée contre soi : maladie, suicide).

---

742 Nous pouvons comprendre ceci par l'exemple suivant. Ce n'est pas parce que Newton a découvert la gravité que celle-ci a existée, elle existait auparavant. De même elle n'a pas cessé d'exister lorsqu'il l'a découverte. Toutefois, le génie de Newton a permis que l'on comprenne les principes de la gravité et que, par la suite, on l'apprivoise en développant nos propres lois qui permettent d'en annuler mieux encore de profiter de ses effets antérieurement nuisibles. La thérapie n'efface pas le passé. Toutefois, en permettant à l'analysée de transformer le sens de certains événements qui faisaient «force de loi» elle instaure du même coup l'énergie de ces événements-lois.

Il peut aussi se faire chair de façon constructive, lorsqu'il est exprimé; d'où il devient éclairant, libérateur et créateur.

- La parabole des deux maisons : Ne jamais laisser passer une occasion de s'exprimer : voilà une façon de bâtir sur du roc, le solide, la vérité.
- L'homme sera jugé sur ses paroles : Les dangers de «ravaler» puis d'«exploser» comparativement au fait d'exprimer ses sentiments de l'instant, sa blessure, sa vérité.
- La parabole de la lampe : La parole n'est-elle pas cette lampe éclairante quelle que soit l'issue?

5.3.6 Entrevue 6 : la maladie

L'objectif de cette entrevue est de sensibiliser l'analysé au sujet des liens qu'il y a entre certains éléments biographiques de l'existence de ce dernier et certaines des maladies qui ont marqué son existence. C'est ici que se démontre toute l'importance du tableau «Autobiographie chronologique». C'est également ici qu'entre en jeu la compréhension du concept de maladie propre à Médard Boss. Avant toute chose, l'analyste doit fournir, par des exemples et des éléments très simples, suffisamment d'informations pour que l'analysé détienne une assez bonne compréhension du concept de maladie. Depuis l'exemple des deux crayons, l'analysé sait que l'existence humaine est constituée de trois dimensions : spirituelle, corporelle et psychologique.

L'analysé doit savoir que l'existence est spirituelle parce qu'elle est ouverture.[743] Ouverture d'abord à soi-même puis ensuite aux autres. Selon Boss ma capacité d'ouverture libre peut être empêchée par certains événements biographiques liés à l'enfance voire les couches qui se sont agglutinées à moi malgré moi, de façon naturelle et involontaire, de la part de ceux qui constituaient mon monde. Bref, l'analysé doit être amené à pouvoir comprendre que le corps ne fait qu'actualiser, somatiser parfois, ce qui se dévoile dans mon existence. Boss dit le corps est le médium somatique de l'existence. Le corps est peut-être fondamental mais il n'est pas premier. L'existence précède l'essence. L'analyste peut rappeler ici l'exemple de l'affiche et du coup de téléphone du médecin. Même si la vue, comme fonction des sens, est demeurée pratiquement identique, la perception visuelle de l'affiche est rendue impossible par l'enlisement dramatique et subite de l'existence à ce moment. Ce qui fait dire à Boss que nous ne voyons pas parce que nous avons des yeux (tout autre organe pourrait être cité) mais nous voyons parce que nous avons à voir, à être-voyant, à être-découvrant.

L'analyste doit ici passer à un exemple radical, comme le suivant. Il y a trois ans une jeune fille de quinze ans, championne de natation, tombe follement amoureuse d'un jeune homme du même âge; pour elle c'est le premier amour. Moins de deux mois plus tard, le jeune homme l'abandonne. Le père de la jeune fille arrive chez lui et la trouve pendue au sous-sol. Le corps pendu est le même corps que celui de la championne, ce n'était pas ce corps qui était

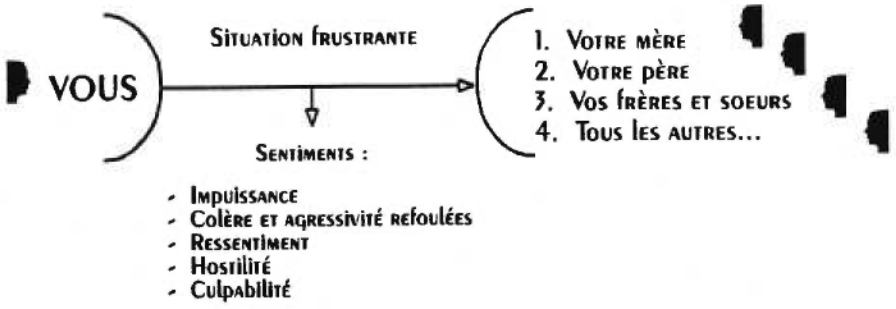
---

[743] Spirituel dans son étymologie latine nous ramène à *spirare* (souffler) → *spiritus* (souffle vital, âme) → *spiraculum* (ouverture). Nous avons déjà exprimé l'idée que la valeur que nous accordons à tel ou tel phénomène détermine le sens que prendra notre existence ainsi que sa «valeur d'âme».

malade. Qu'est-ce donc qui était malade sinon l'existence de cette jeune fille comme possibilité de se projeter en avant? L'épreuve de la rupture amoureuse, dans son cas, a pathologiquement occasionné une rupture existentielle bref une fermeture radicale sur l'existence. L'ouverture sur le monde est continuelle par conséquent l'ouverture possible sur le futur n'étant plus possible, parce que cela aurait été pour elle accepter de vivre comme une morte vivante, il restait l'ouverture sur le passé, un passé également marqué par le non-être surtout lorsqu'une telle personne «sait d'avance», par son expérience, que la relation voire le retour à la mère était impossible. Mieux vaut, dans de tels cas, trépasser et décéder en même temps que trépasser (être morte vivante) immédiatement mais décéder uniquement cinquante ans plus tard. La dimension spirituelle authentique est d'abord ouverture sur soi. Par conséquent, si l'ouverture sur soi est vue comme totalement impossible, l'existence, par elle-même, devient impossible. Il importe ici de rappeler que la manière dont je réalise voire j'actualise mon *Dasein* matériellement se fait par ce que Boss appelle la corporéité *(bodyhood)* ou le prolongement du corps et cela se fait, initialement, avec les organes des sens. Ainsi, le «corps suicidé» de cette jeune fille n'a fait qu'actualiser l'impossibilité voire l'enlisement de son existence. Il n'y avait, malheureusement pour elle, à cet instant précis, plus rien de beau à voir, à entendre, à toucher, à sentir et à goûter. Une si grande dépendance amoureuse à cette période de l'adolescence dénote une toute aussi grande fragilité ou manque d'indépendance.

Maintenant que l'analysé sait ce qu'est la maladie somatique au plan existentiel, comment elle surgit, il doit maintenant savoir comment celle-ci se développe. Rappelons-nous

que selon Boss, un trouble fonctionnel, au plan existentiel, peut se transformer en névrose hystérique ou en névrose d'organe. Voici donc l'information que l'analyste transmet à l'analysé. Il doit lui rappeler ce qui a déjà été compris à l'entrevue précédente, à l'effet que la parole, dans le sens d'être capable d'exprimer librement ses sentiments du moment, constitue le plus haut moyen de communication permettant de réaliser notre inéluctable obligation humaine d'être-dans-le-monde et, plus particulièrement, d'être-avec-autrui. Ainsi, le premier niveau à contrôler pour éviter certains troubles de santé est celui de toujours pouvoir s'exprimer de façon mature dans quelque circonstance que ce soit et, surtout, face à qui que ce soit. Si quelqu'un ne peut soutenir *(sorge = care)* une telle situation, il se place en position d'infériorité :



Devant toute situation générant une forme d'agressivité, le corps humain réagit totalement.[744] Ainsi le taux d'adrénaline monte, la respiration change, le taux de sucre dans le sang, etc. Que se passe-t-il lorsque la «tête» ne peut gérer adéquatement la situation

744 Depuis maintenant plus de 100 ans que Cannon a découvert ce fait. Par la suite ce fut Seley et bien d'autres.

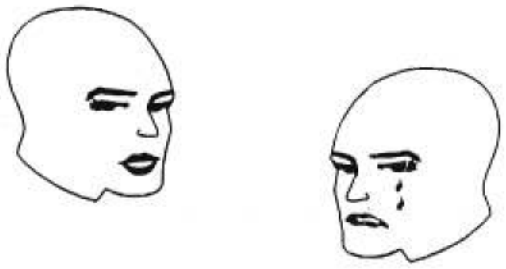
relationnelle par la parole? Dès lors, soutient Boss, c'est le système végétatif ou système nerveux autonome (SNA) qui prend le contrôle, le centre hara, le centre des émotions, le plexus solaire pour certains. Il importe pour l'analyste d'utiliser ces noms en se touchant le ventre par exemple parce qu'en fait la grande majorité des analysés connaissent l'une ou l'autre de ces expressions. L'analyste se doit de le rejoindre dans son univers langagier[745]. Ici l'analyste donne un exemple fort simple. Vous rencontrez, par hasard, une connaissance avec qui vous entrez en conversation. À un certain moment vous vous sentez insulté et devenez très fâché. Toutefois, vous êtes incapable d'exprimer votre colère pour toutes sortes de bonnes raisons valables, pour vous. Nous savons très bien que dans certains cas ces connaissances peuvent, en plus, nous être très significatives : conjoint, enfants, patron, père, mère, etc. Vous allez donc «ravaler» vos sentiments et vos émotions au lieu de les exprimer librement. La parole, la tête, n'est donc pas utilisée à sa juste valeur, soit à titre de *summum* de communication au niveau de la relation humaine et, dans ce cas précis, comme médiateur apportant à la lumière le sens précis de tel ou tel événement qui pourrait autrement être voilé. La parole est dé-voilante, dé-couvrante de sens. Comme vous êtes «rouge de colère» il n'est donc pas surprenant que votre corps le démontre. Parce que la «tête» n'a pas pu jouer son rôle via une parole mature, c'est le système nerveux autonome (SNA) qui prend la relève. Il se peut dès lors que vous deveniez «rouge comme une tomate», que vous partiez en pleurant, que vous invectiviez l'autre tout en lançant quelque objet que ce soit. Même pleurer, selon Boss, serait également un symptôme

---

745 Deux cultivateurs sortaient d'une conférence d'un ministre de l'Agriculture en leur patelin. L'un d'eux demande à l'autre : «Comment as-tu trouvé la conférence?» L'autre répond : «Le ministre y'a rien compris, ce qu'il nous faut c'est pas des infrastructures c'est des routes et des ponts». L'autre d'ajouter «T'as bien raison».

somatique. Ce sont là, dans ce contexte, des réponses «normales» parce que le corps actualise ce qui se passe existentiellement. Cette somatisation, le fait de devenir rouge, n'aurait pas pu se concrétiser une heure auparavant parce que cette rencontre était le fruit du hasard avons-nous dit donc une heure auparavant elle n'avait tout simplement pas eu lieu. Toutefois, nous savons que le fait de penser ou d'anticiper (pro-jeter = être déjà là [là-bas] sans pour autant être là [ici]) que vous auriez rencontré cette personne, tout en sachant d'avance qu'elle vous «écraserait», peut à lui seul occasionner certaines réactions somatiques. Il y a dans toutes ces réponses corporéisées que nous avons données en exemple une dimension que Boss nomme hystérique, c'est-à-dire qui peut être vue par un certain public.

Ce petit dessin peut aider à comprendre toute cette question de la réalité existentielle inséparable, à savoir que le corps actualise, sous le mode physique, ce qui est vécu psychologiquement et ce en fonction du sens que prennent certains événements de l'existence. Ces simples croquis sont des signifiants conduisant à des signifiés plus profonds. Quelques changements sur le visage (somatisation) du personnage de droite témoignent de certaines émotions (psychologiques) en lien avec certains événements existentiels (spirituels par le sens qu'ils prennent) actuels ou sous le mode de la re-présentation.



Ces réponses corporéisées ont valeur de langage quoique déformé parce qu'en fait elles se substituent au langage véritable, la parole. Grâce à l'anamnèse, l'analyste est en mesure de rappeler à l'analysé la difficulté qu'il éprouve à s'exprimer avec telle ou telle personne et jusqu'à quel point il a développé (involontairement et justement) certaines manières ou modes d'être qui lui ont permis, tout en masquant la réalité, d'oublier tel trouble fonctionnel relationnel avec telle ou telle personne et ainsi survivre. Parfois, la fuite d'une telle réalité a pu sublimement c'est-à-dire de façon compensatoire, se concrétiser à travers un conjoint, un enfant, une religion, d'études, des sports, la boisson, l'armée, l'argent[746], etc.

Des gens peuvent survivre toute leur vie comme cela, en «fuyant», et vivre très heureux. Le danger survient lorsque certaines épreuves viennent déstabiliser drastiquement leur existence en empêchant la sublimation «choisie» de se réaliser; la fuite devient impossible et, avec elle, la «réussite». Toute fuite contribue, existentiellement parlant, à rechercher et à apporter une «lumière artificielle» à sa vie. L'être humain ne peut vivre sans lumière. Sans lumière ontologique, il lui reste l'opportunité de se tourner vers toute autre source de lumière artificielle quelle qu'elle soit. Sans cette lumière ontologique, l'existence tend vers la mécanicité, le structurel, le fonctionnel, l'opérationnel. Même les plantes se tournent et s'orientent vers la lumière. La fuite ne réglera jamais le trouble fonctionnel existentiel ontologique à la base, à savoir, par exemple, telle relation conflictuelle avec le conjoint ou la conjointe. Le problème

---

[746] Rappelons-nous que nous appelons «névrose de couverture» ce genre de vie «réussie».

avec un trouble fonctionnel, en apparence anodin, c'est qu'il peut fausser toute une existence. Quand la personne en arrive à se réaliser grâce à la fuite, qui est une dépendance artificielle, elle se trompe elle-même. Or le problème avec la dépendance, c'est qu'elle exige toujours de plus en plus, ses effets sont de moins en moins durables, élargissant de plus en plus le fossé entre existence authentique possible et existence inauthentique originelle. En d'autres termes l'harmonisation sous le mode de la dépendance perpétue l'être-en-faute ou le dévalement au sens heideggerien. Le mot anglais *addiction* traduit très bien cette dynamique. Ainsi, de dire Boss, certains troubles fonctionnels peuvent conduire à des troubles lésionnels graves et irréparables, voire certaines névroses d'organe. Prenons l'exemple suivant. Vous avez une voiture, vous avez un certain problème au niveau de l'enlignement de la conduite. Pour diverses raisons, toutes aussi bonnes les unes que les autres (vous êtes débordé de travail, elle est garantie, vous ne vous rendez plus ou moins compte de l'importance de ce fait, etc.) vous vous présentez chez le concessionnaire après six mois. Durant ces six mois, vous avez compensé ce trouble fonctionnel en faisant subir au volant de votre voiture une légère pression sur la gauche et ça allait. Six mois plus tard donc le concessionnaire monte votre voiture sur le cric hydraulique et il vous demande de venir constater les dégâts. Les pneus sont hors d'usage. Qui plus est, vous auriez pu vous tuer dans un simple détour où la chaussée aurait été recouverte d'une mince couche d'eau. Que vous ayez une Mercedes ou pas, une telle négligence[747] n'est jamais garantie. La compensation vous a permis de rouler six mois avec un trouble fonctionnel;

---

747 Hélas notre système médical change beaucoup de pièces, même des «moteurs» et des «transmissions». Qui plus est tout est garanti, du moins c'est l'idée qu'on véhicule. Pire encore, jamais le conducteur n'est responsabilisé face à sa manière de conduire, de se conduire.

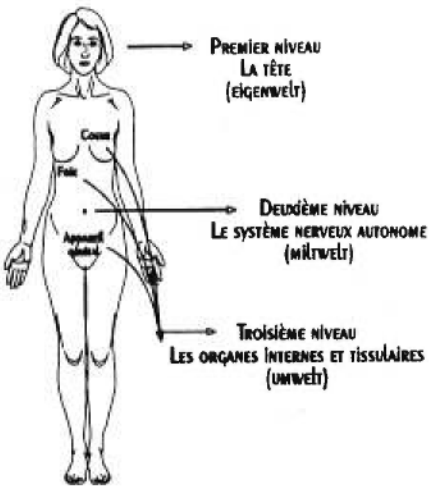
toutefois elle vous a conduit droit à un trouble lésionnel, il y a désormais des organes d'atteints. Voilà comment on peut, avec le temps, avec des compensations ou des fuites possibles, passer d'un trouble fonctionnel (existentiel) à un trouble lésionnel (somatique) tout en se donnant l'illusion que ça marche. Rappelons-nous que, selon Boss, cette période de temps est généralement fonction du degré d'enlisement existentiel. Ce qui importe, ce n'est donc pas le genre de la relation au monde en question, mais son degré de recouvrement, soit la mesure dans laquelle elle dévie de sa réalisation normale sur le plan d'un comportement social mature et responsable[748].

En fait le plus grand danger est le suivant : plus certaines personnes se sont perdues dans des objets ou êtres de dépendance, pour compenser ou sublimer, plus elles se sont éloignées d'elles-mêmes et plus la rupture d'avec ces êtres ou ces choses risque d'avoir un impact sur la santé. À lui seul le vieillissement (étapes butoires; 30, 40, 50 ans) nous force à réaliser à quel point nous avons pu nous éloigner de nous-même. Nous savons maintenant, comme notre partie sur le cancer du chapitre premier en fait foi, à quel point de telles épreuves peuvent affaiblir le système immunitaire. Devant une situation d'inespoir acquis *(hopelesness)* et d'impuissance acquise *(helplesness)* maximale, la parole, ainsi que les expressions corporelles ou langage hystérique, deviennent inutiles. Le niveau ultime, dans le développement de la maladie, plus privé celui-là, atteint donc le niveau organique d'affirmer Boss : la névrose d'organe.

---

[748] Nous avons vu qu'au niveau du cancer de l'intestin cette déviation était malheureusement et dramatiquement plus marquée qu'au niveau du cancer du sein.

Pour englober l'idée que la maladie (névrose hystérique ou névrose d'organe) est toujours fonction du degré d'enlisement de l'existence face à certaines situations éprouvantes, l'analyste doit y aller de certains autres exemples. Il peut placer l'analysé en situation.



Supposons, par exemple, que vous ayez gagné un voyage au Costa Rica. Vous prenez une marche, juste avant le déjeuner, dans la cour arrière de votre hôtel. Vous marchez dans un petit sentier et soudain un énorme serpent surgit à quelques pieds de vous. La discussion (la tête) avec le serpent est inapplicable. Une chose est certaine c'est que le système nerveux autonome va prendre la relève et vite : adrénaline, respiration, taux de sucre dans le sang, etc. Il se peut que vous courriez comme jamais vous ne l'avez fait dans votre vie. Voilà un exemple où devant une situation menaçante le système nerveux autonome peut être utilisé adéquatement. Certes si la distance qui vous sépare du serpent se mesure en pouces et qu'en plus son apparition survient comme l'éclair, c'est-à-dire du haut d'une branche d'arbre par exemple, vous pourriez très bien mourir, terrassé par un arrêt cardiaque ou figé par la peur et ainsi être victime du serpent directement. Voilà pourquoi dans la vie nous nous adaptons, en apparence, assez bien; simplement parce que nous avons généralement la possibilité de compenser par la fuite

devant des situations éprouvantes et stressantes. Ici l'analyste doit recourir à ce qu'il sait de l'analysé pour le placer face à ses comportements de fuite. Toutefois, dans certains cas, l'enlisement ou la surcharge est tellement intense que la fuite n'est absolument pas impossible ou inimaginable donc que la «réussite» voire l'harmonisation ne l'est plus d'autant. Ne serait-ce pas le cas de notre jeune championne de natation qui a opté pour le suicide? Rappelons-nous simplement les trois récits de vie de femmes atteintes d'un cancer de l'intestin que nous avons développé exhaustivement pour comprendre le paradoxe existentiel de ces dernières.

Selon Boss, l'organe impliqué dans la maladie est toujours l'organe empêché ou surchargé dans la relation physique empêchée[749]. Ainsi, l'analyste peut reprendre l'exemple antérieur ayant trait au fait qu'une personne devienne enragée ou rouge de colère dans le cours d'une discussion. Généralement la rougeur ne s'actualise pas au ventre ou aux mollets mais bien au visage. En fait n'est-ce pas la face que l'on est en train de perdre dans la discussion? Le visage ça se voit, c'est visible à autrui. Or c'est dans cette dimension publique que réside le geste hystérique. Fort de son expérience, l'analyste doit s'assurer que cette question du «choix de l'organe» est bien établie avec l'apport d'autres exemples tout aussi pertinents que son expérience peut lui fournir. Cela est capital d'autant plus que la dernière partie de l'entrevue consiste à repasser le tableau «Autobiographie chronologique» avec l'analysé et

---

749 Nous estimons que le sein n'est pas exclu de cette dynamique. Il s'agit, pour l'analyste, de connaître le symbolique ayant trait au sein soit tout ce qui découle de la maternité. Si Boss n'a pas traité du sein nous pensons qu'à son époque (Introduction à la médecine psychosomatique parue en 1959) le cancer du sein n'avait pas l'ampleur qu'il a aujourd'hui.

l'amener à constater qu'il y a une coincïdence dans le temps entre les troubles fonctionnels existentiels qu'il a pu vivre et les maladies somatiques qu'il a aussi vécues, soit par exemple, un phénomène d'énurésie secondaire après l'arrivée d'un petit frère ou d'une petite soeur, une période anorexique à l'adolescence, une baisse importante de la vue après le mariage, une opération du foie après un congédiement au travail, etc.

APPORT DES ÉCRITURES

- Nous pourrions citer ici nombre de récits de guérisons. Toutefois, comme nous avons fait une étude détaillée d'un tel récit en 4.1 nous nous rapportons à ce récit. Ainsi, nous avons pu constater à quel point la problématique somatique de la femme était liée à certains événements existentiels et qu'en conséquence sa guérison somatique était inéluctablement liée à une conversion existentielle voire spirituelle; entendons ici non pas l'adhésion à une religion mais la trans-formation du sens de certains événements.

5.3.7 Entrevue 7 : la réinterprétation

La dernière entrevue a comme objectif de vérifier comment l'analysé peut maintenant réinterpréter certaines attitudes ou certains comportements antérieurs dans ses relations aux autres. En fait il s'agit de vérifier et de s'assurer à quel point le sens (= spiritualité) qu'il accordait à tel événement, souvent source de manque d'ouverture, a pu évoluer voire se trans-

former. Pour ce faire, l'analyste utilisera le document «Tableau des énoncés de sens catégorisés et classés». Supposons qu'à la thématique «mère», l'analysé ait répondu entre autres choses : «Je me souviens que je lui disais je t'aime pas» ou encore «Pour elle, j'avais tous les défauts». L'analyste reprend l'énoncé textuellement et demande à l'analysé quelle interprétation il refait maintenant de cette affirmation. En a-t-il une compréhension différente? En pire? En mieux? De ce fait, l'analyste peut valider la qualité de son intervention et corriger certaines interventions de sa part qui auraient pu être mal interprétées. Dans un second temps le fait que l'analysé puisse verbaliser, généralement de façon bonifiée, sa propre ré-interprétation de certains événements existentiels relationnels a pour effet de lui faire constater à quel point il est devenu maître de son passé au lieu d'en être l'esclave avec tout ce que cela comporte comme sentiments. Or comme le passé nous précède, il s'ensuit que devenir maître de son passé, c'est aussi devenir maître de son futur, de son existence. Or n'est-ce pas dans le futur que réside la guérison parce que le passé nous dit Heidegger c'est le possible et le non nécessaire. L'analyste aura donc appris à l'analysé à «aimer ses ennemis...». L'analyste reprendra chacun des énoncés de sens du tableau de cette manière.

5.4 PROSPECTIVE - VISÉES PASTORALES CONSTRUCTIVES

Jusqu'à quel point nous est-il permis d'idéaliser un modèle psychothérapeutique tel que celui que nous soutenons? Soyons clair : un des principes de base de la présente recherche est que esprit, corps et psyché sont trois dimensions d'une seule réalité totale unifiée que constitue

l'existence humaine. Un corollaire conséquent à cela est le fait qu'il ne faut pas seulement guérir, soigner le corps mais qu'il faut également sauver l'âme. C'est d'ailleurs dans ce sens que notre modèle se veut intégratif. Complémentaire, parce qu'il ajoute à toutes les thérapies déjà existantes sans s'opposer à celles-ci; bref, c'est là que réside son originalité. Originalité qui n'en est pas vraiment une parce qu'en fait le substrat de notre recherche repose sur la théologie chrétienne. Or, généralement, pour l'ensemble de la communauté scientifique, plus spécifiquement dans la pratique médicale, s'il est une science peu originale à notre époque c'est bien la théologie. Voilà donc en quoi consiste notre plus grand défi et, aussi, notre rêve, utopique peut-être, c'est-à-dire, de redonner à la théologie la place qui lui revient et ce, à la mesure de son histoire, de sa tradition pratique et théorique. Pratique à travers l'existence des hommes et des femmes qui ont constitué sa tradition dont le *summum* se réalise avec la personne de Jésus et théorique à travers les Écritures. Si la révélation chrétienne se fonde sur l'existence humaine, c'est donc qu'elle n'est pas déracinée de l'existence humaine contemporaine parce qu'en fait une existence humaine demeurera toujours une existence humaine. Ainsi, la théologie reste et restera pertinente à l'égard de la compréhension de l'existence humaine et plus particulièrement sa dimension spirituelle. Or comme l'ontologique surpasse l'ontique en ce sens que le corps est fondamental sans être premier, que l'existence précède l'essence, il s'ensuit que la théologie, de par son domaine d'activité, le spirituel, peut amener une perspective éclairante sur notre réalité contemporaine en souffrance et, surtout, en recherche de réponses et de solutions en ce qui concerne la compréhension d'une existence malade.

Toutefois, comme le mentionne Ménard[750], pour rendre le message évangélique compréhensible aujourd'hui, l'exigence herméneutique nous oblige à déconstruire les langages interprétatifs proposés par notre culture moderne afin de surmonter l'oubli de l'autre, de la souffrance, de la mort. Cette exigence herméneutique nous invite donc à ouvrir les yeux par le dialogue sur le sens du spirituel[751]. En ce qui nous concerne, cette exigence herméneutique d'ouverture à cet autre en souffrance, nous voulons la réaliser auprès de tous les intervenants quels qu'ils soient en matière de santé. Toutefois, c'est prioritairement auprès des femmes atteintes de cancer du sein, plus précisément dans le cadre de la relation psychothérapeutique, que nous espérons le plus réaliser cette exigence herméneutique. Quant à ce modèle psychothérapeutique, rappelons-nous qu'il se fonde sur l'analyse existentielle de Médard Boss intimement lié à la philosophie de Martin Heidegger. À ce sujet Ménard nous rappelle avec justesse qu'Heidegger a marqué un tournant important et décisif en ce qui a trait à la question de l'herméneutique parce qu'avec lui la grammaire de l'interprétation ne se situait non plus dans les lois de l'analyse des textes mais dans la structure même de l'existence. Ainsi, de conclure Ménard :

> L'analyse existentielle a pris le relais de l'analyse textuelle en montrant dans l'expérience humaine l'existence de critères permanents à partir desquels l'être humain peut lire le sens de sa condition[752].

---

750 C. Ménard, «L'approche herméneutique en théologie pratique», dans Raymond, B. et Sordet, J., *La théologique pratique - Statut : méthodes perspectives d'avenir, Le point théologique : textes du Congrès international oecunémique et francophone de théologie pratique,* no 57, 1992, p. 97.

751 La spiritualité est cette capacité de donner, inévitablement, un sens à tel ou tel phénomène. Or même le sens du mot spirituel n'a pas été à l'abri du fait qu'il aurait pu être mal saisi. Cela est d'autant plus vrai dans notre culture post-moderne. Si le mot spirituel ou spiritualité n'a plus sa place c'est qu'il est synonyme d'endoctrinement et de dominance et ce, quelque soit la religion ou la philosophie. La première tâche de la théologie est de dé-sacraliser voire de dé-catholiciser la spiritualité.

752 C. Ménard, *Op. cit.*, p. 88.

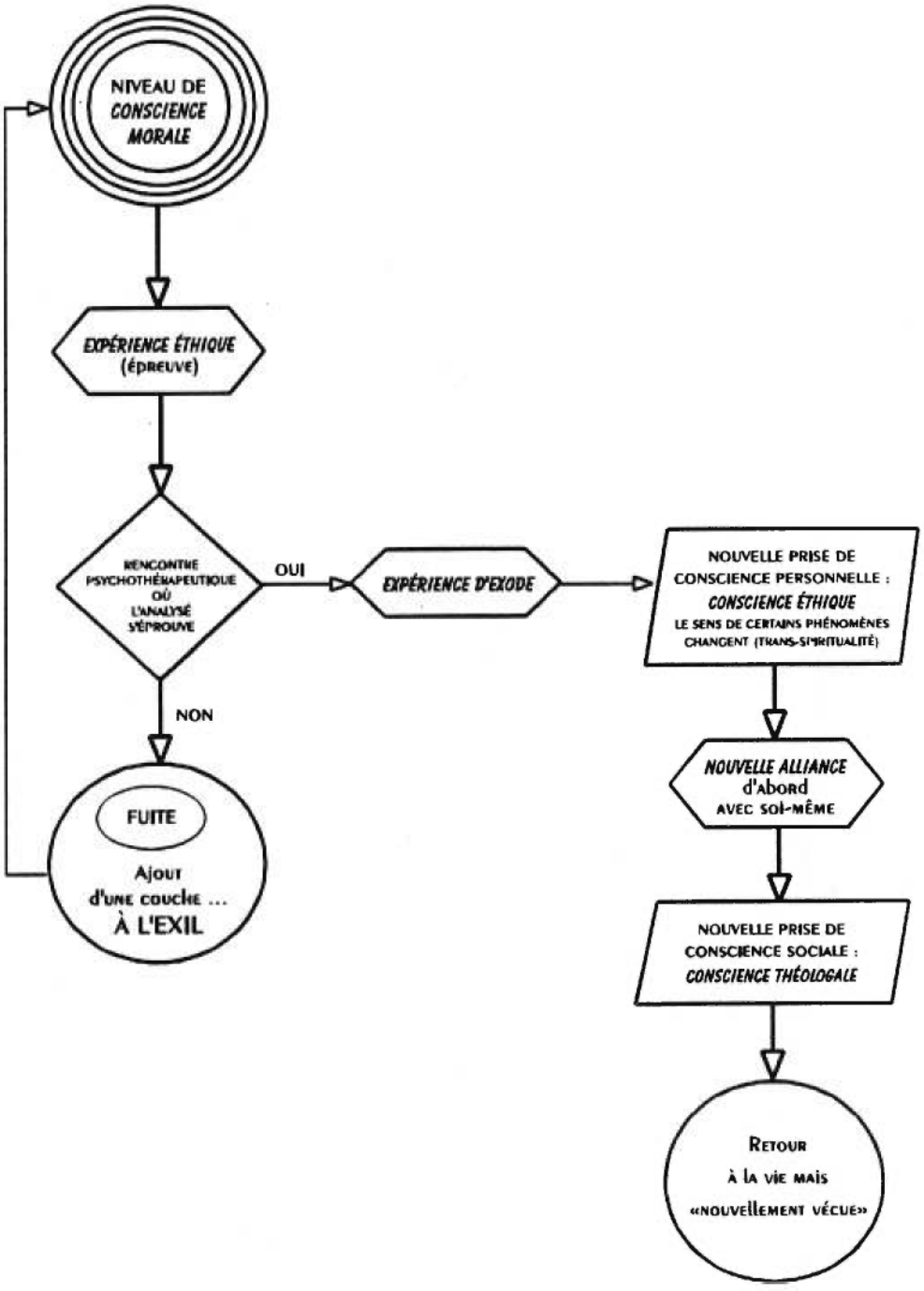
Voilà pourquoi la rencontre psychothérapeutique devient un lieu et un moment privilégiés, parce que nous estimons qu'elle est présence divine où analysé et analyste deviennent co-créateurs. Ainsi, elle peut devenir, pour le théologien humainement et divinement impliqué, une occasion de «libérer cette Parole de vie capable de guider notre action vers une transformation individuelle et sociale»[753]. Par cette affirmation de Ménard nous réalisons la tâche du théologien-psychothérapeute : amener l'analysé à se questionner par rapport à certaines couches moralisantes qui ont pu scléroser son existence jusqu'à ce jour. La prise de conscience éthique, cette transformation individuelle conséquente à un questionnement des traditions en place, peut, dans un contexte de psychothérapie intégrative chrétienne, déboucher également sur une transformation sociale pour l'analysé soit la perspective théologale. Nous fournissons à la page suivante un tableau résumant comment, comme être-jeté-dans-le-monde, nous héritons d'abord d'une certaine conscience morale. Nous estimons que l'épreuve, comme expérience éthique, peut contribuer, si elle n'est pas affrontée et intégrée, au surgissement d'un niveau de conscience plus «profond». Cette «profondeur» devant passer par soi-même pour ensuite ouvrir avec Autrui donc théologalement. Ce graphique représente l'itinéraire spirituel.

---

[753] C. Ménard, *Ibid.*, pp. 89-90.

Tableau 9

L'itinéraire spirituel



Nous aimerions terminer cette partie en signalant que, à nos yeux, la rencontre psychothérapeutique constitue un lieu et un moment privilégiés pour que la Parole de Dieu puisse se révéler. Toutefois pour que cette Parole s'humanise et se concrétise il faut, à tout le moins, que tel analysé qui vit l'enfer, donc sous l'emprise de Satan au sens théologique, puisse se révéler lui-même tel qu'il est et telle qu'est sa vie. Somme toute si «Satan» peut se révéler à ce point seul Dieu peut lui répondre à ce point; combat de géants, moment de l'ultime Vérité. Voilà en quoi consiste le miracle psychothérapeutique. Selon Ménard pour qu'un texte soit compris il faut d'abord qu'il soit lu. Au plan psychothérapeutique pour qu'une personne soit comprise il faut d'abord qu'elle soit initialement écoutée.

> Pour ne pas trahir le discours originel qu'il veut redire, il [le langage théologique] doit néanmoins rester sous sa mouvance, car il s'agit d'un langage de révélation, ce qui exige de *conserver cet horizon constituant dans lequel l'espace de son avènement comme parole révélante reste possible.* Cette parole est la Parole de Dieu, dont l'intelligibilité propre se situe au plan de la relation; elle ne se confond ni avec son véhicule littéral ni avec l'expression du désir; elle reste donc insaisissable comme telle, puisqu'elle relève d'un ordre autre que celui de l'écriture. Or cet espace constituant n'est nul autre que l'espace de l'Esprit au sens paulinien, à savoir *l'espace de la communication en vérité au nom de l'Autre.*[754]

---

754 C. Ménard, *Op. cit.*, p. 100.

Si redonner à la théologie sa place constitue pour nous un voeu important, trois autres domaines nous apparaissent d'intérêt. Plus spécifiquement nous aimerions que le monde médical se sente interpellé par cette thèse. Ce voeu correspond à l'appel lancé par le docteur Larson que nous avons cité au début de cette thèse à l'effet que la médecine veut actuellement s'ouvrir à la dimension spirituelle. Même si cette thèse s'est arrêtée sur le cancer du sein, nous estimons que nombre de maladies auraient avantage à profiter du modèle d'intervention psychothérapeutique que nous proposons. Nous ne pouvons pas non plus ne pas espérer sensibiliser tous nos confrères et consoeurs psychologues. Notre modèle se différencie, au plan psychologique, du fait qu'il prend sa source de la philosophie existentielle et de la théologie pratique. Il ouvre donc sur une dimension nouvelle, c'est-à-dire, une vision où la notion d'inconscient est éclatée[755]. C'est donc dire que notre approche englobe nombre de concepts psychanalytiques tout en les dépassant. Par conséquent, notre modèle sera riche et prometteur à condition, toutefois, de bien vouloir seulement l'aborder. Comme médecins, infirmiers et infirmières, soignant de tout ordre, psychologues et thérapeutes sont formés dans nos universités, il serait louable qu'une attention particulière, au niveau de l'enseignement, soit accordée à la dimension spirituelle de la totalité unifiée qu'est l'existence humaine. Enfin, le plus grand voeu que nous pourrions souhaiter est que le plus grand nombre possible de femmes

---

[755] Dans ce sens la psychologie que nous pratiquons devrait plutôt être nommée *onto-psychologie*. C'est là d'ailleurs une proposition même *d'Abraham Maslow†*: «Il se peut que l'existentialisme fasse plus qu'enrichir la psychologie. Peut-être contribuera-t-il à la création d'une autre branche de la psychologie : la psychologie de l'être authentique et pleinement évolué et de ses façons d'être *Sutich* propose de l'appeler *l'onto-psychologie*». †A.H. Maslow, dans May, R. *et al.*, *Psychologie existentielle*, Paris, EPI, 1971, p. 61.

atteintes de cancer du sein se laisse convaincre et comprenne qu'il n'y a aucune menace quelle qu'elle soit à partager leur souffrance, au contraire. Quand bien même médecins, psychologues et tous les intervenants seraient formés à ce modèle d'intervention cela ne servirait à rien si ces femmes ne se prévalent pas de ce privilège. Nous aimerions également sensibiliser les instances gouvernementales plus spécifiquement le ministère de la Santé et des Affaires sociales ainsi que le ministère du Revenu du Québec quant à l'importance financière à développer et soutenir une médecine qui vise une guérison plus globale et, surtout, plus durable. Enfin, il serait souhaitable que le monde des médias de l'information soit avisé de cette recherche car, en fin de compte, n'est-ce pas eux qui détiennent le pouvoir de sensibiliser l'ensemble de la population quelle qu'elle soit.

CONCLUSION

Quels sont les acquis scientifiques que nous pouvons tirer de cette recherche? En tout premier lieu, au plan psycho-médical, nous avons pu constater à quel point les facteurs psychologiques sont importants en ce qui a trait à la genèse du cancer du sein, de 70 à 75 %. D'abord nous aimerions reprendre la question symbolique du cancer du sein. Le sein, avons-nous dit, est le symbole de maternité par excellence. Cette thèse nous a amené à réfléchir sur le sens de la maternité au plan culturel. Ainsi, nous estimons que la femme, en général, subit un stress très important au plan culturel. Notre environnement est de plus en plus pollué. Les femmes doivent performer professionnellement et maternellement. La notion de famille est éclatée de toute part. L'avenir des enfants qu'elles portent est plus que jamais incertain et cela à bien des niveaux. L'expression de la sexualité sous toutes ses formes est maintenant possible. L'avortement est désormais une alternative relativement facile dans la plupart des pays. À ce niveau de stress culturel s'ajoute les événements biographiques de l'histoire personnelle unique de chacune de ces femmes, ce que nos récits de vie nous ont laissé voir. Le cancer n'est pas un mal social parce que la société comme telle ne peut avoir le cancer. Le cancer est personnel, toutefois, la personne humaine est indissociable de son milieu familial, social et culturel. Si le sein est symbole de maternité, le sein cancéreux l'est tout autant. Par conséquent, ce n'est

qu'en se laissant questionner sur le sens maternel que telle épreuve prend[765], pour telle femme, à tel âge, avec tel héritage biographique personnel et dans tel contexte culturel donné que l'on pourra prétendre vouloir traiter de façon holistique, globale et durable.

Dans un deuxième temps nous avons constaté à quel point très peu de modèles psychothérapeutiques intégratifs sont offerts. Bref, au sens où nous entendons intégratif, c'est-à-dire, somato-psycho-spirituel, il n'y en a pas. À tout le moins nous n'en avons trouvé aucun. Ce constat est surprenant lorsque l'on sait que la grande majorité des femmes atteintes du cancer du sein demandent de plus en plus des modèles d'intervention qui se veulent plutôt global et holistique. En ce qui concerne la partie empirique de cette recherche, soit l'analyse de l'existence de onze femmes atteintes de cancer, voici ce que nous avons constaté. En ce qui a trait au cancer du sein nous avons trouvé des personnalités fortement dépendantes. Toutefois ces femmes ont conservé une excellente activité culturelle, psychosociale et professionnelle. Ce fait vient confirmer la vision de Boss à l'effet que dans la névrose hystérique (le sein est un organe superficiel) la personne face à une possibilité vitale restreinte dans son espace normal

---

[765] Notons ici que différentes situations éprouvantes peuvent venir sonder le sens de la maternité pour une femme. Nous pensons ici à l'apparition des premières menstruations ou la fin de celles-ci (ménopause), à l'arrivée d'un premier enfant à la perte d'un enfant (décès, avortement spontané ou choisi, etc.) au départ d'un enfant (mariage ou départ du foyer parental), au bris de la cellule familiale (ouverture extra-conjugale du conjoint, divorce, décès ou maladie du conjoint), à l'expression de la sexualité (homosexualité). À cela nous ajoutons des éléments culturels tels ceux précédemment énumérés. Une conclusion semble se dégager lorsque nous regardons toutes ces situations éprouvantes; elles ont toutes comme dénominateur commun la notion de maternité. En d'autres termes elles rejoignent toutes, de loin ou de près, la maternité. N'oublions pas enfin, que la maternité concerne la relation effective ou possible d'une femme à son enfant mais également la relation de cette même femme, comme enfant cette fois, avec sa propre mère.

et légitime, peut cependant, par une mimique inadéquate et non consciente mais visiblement destinée à autrui. À cet égard nous avons constaté que la totalité des femmes atteintes de cancer du sein ont eu nombre de maladies infantiles de types hystériques tel que Boss le soutient, par exemple : verres correcteurs à 9 ou 12 ans; bronchite-asthmatique à 3, 6 et 11 ans; perte de connaissance; vomissements hystériques, troubles d'oreilles; amygdales (1 an). Dans la névrose hystérique le corps parle, même si cette mimique est inadéquate et, bien souvent, non comprise par l'entourage. Au niveau du cancer de l'intestin (l'intestin est un organe profond) les femmes analysées montrent une activité culturelle, psychosociale et professionnelle plus que réduite. La soumission et la domination face au conjoint est démesurée. Pour Boss, dans la névrose d'organe, l'existence n'a nullement perdu son caractère original d'être-dans-le-monde, d'être-avec-autrui. Toutefois, d'ajouter Boss, ce caractère est voilé de manière beaucoup plus prononcée, il ne s'actualise pas par des gestes aux yeux des autres mais par des phénomènes beaucoup plus tacites, moins communicatifs et ne faisant plus appel de façon évidente à un public concret. La présence de maladie infantile est nettement inférieure chez ces trois femmes. Selon Boss, et nous le constatons ici, que ce soit sous le mode hystérique ou organo-névrotique, il y a toujours enlisement de certaines possibilités vitales dans le domaine d'actualisation intracorporel. Ce qui importe, d'ajouter Boss, ce n'est point le genre de la relation au monde en question, mais son degré de recouvrement, soit la mesure dans laquelle elle dévie de sa réalisation normale sur le plan d'un comportement social, mature et responsable. Notons par exemple que deux des femmes atteintes de cancer de l'intestin ont souffert d'énurésie primaire jusqu'à 12 et 17 ans.

Qu'en est-il maintenant des acquis théologiques dans cette recherche? Les diverses lectures que nous avons effectuées au plan théologique nous ont permis de constater à quel point les auteurs en théologie chrétienne étaient et restaient encore influencés par les théories psychanalytiques. Pourtant, s'il en est un qui a critiqué ouvertement la religion c'est bien Freud lui-même. Bref, la théologie traditionnelle en général manque d'ouverture en ce qui concerne la philosophie existentielle (Heidegger) et la psychologie existentielle (Boss) tout autant que la médecine en général manque d'ouverture face à la modalité psychologique lorsqu'il est question de soin à la personne malade et, plus spécialement, à la femme atteinte de cancer du sein. Ainsi, nous estimons et souhaitons que cette thèse, via l'approche existentielle *(Daseinsanalyse)*, apporte une perspective nouvelle quant à la compréhension, à l'interprétation et à l'actualisation des Écritures. Dans ce contexte, la relecture que nous avons faite du récit de Marc 5, 21-43 nous a permis de constater à quel point cette guérison par Jésus rejoint un principe de base, fondamental, que nous avons soutenu tout au long de cette recherche à l'effet que l'existence humaine est une totalité unifiée. La femme fut guérie mais ce n'était pas tout; Jésus lui dit «sois guérie...». Un impératif qui exige à certaines conversions existentielles à venir (futures) et cela dans l'ordre du relationnel soit dans son être-avec-le-monde, son être-avec-autrui. Détail important que celui du «et elle [lui] dit toute la vérité». Nous avons démontré, croyons-nous, que cette vérité dont il est question n'avait probablement pas de rapport avec sa guérison parce que cela, Jésus le savait déjà. Cette vérité touchait plutôt sa vérité à elle, unique; la souffrance de son existence enlisée jusqu'à sa rencontre avec le thaumaturge Jésus. Selon notre compréhension cette vérité est son récit de vie autobiographique; un impératif incontournable

à l'analyse existentielle compte tenu que chaque existence est unique et que, si tel est le cas, chacune de ces existences comporte en elle une partie de la composante de toute guérison qui se veut globale soit la partie spirituelle.

Nous voici rendu au moment du bilan plus personnel, tel un *post-scriptum*, des résultats de cette recherche. Commençons par les résultats «positifs». Une des premières constatations se situe au niveau de ma pratique privée. Je réalise, plus que jamais, à quel point c'est un privilège et aussi une responsabilité que de pouvoir accéder à tant d'intimité, tant de confiance et, aussi, tant de responsabilités. J'ai toujours pensé que de devenir psychologue à 46 ans (à l'époque) relevait plus d'un appel, d'une vocation, que d'une spécialisation. Tout le travail consacré à cette thèse et à la proposition d'un modèle psychothérapeutique dans le but de venir en aide aux femmes atteintes de cancer du sein me le confirme.

Comme cette thèse en était une en théologie pratique il fallait recourir à la théologie afin de voir si la théologie pouvait contribuer de quelque façon à l'élaboration d'un éventuel modèle psychothérapeutique à proposer. À ce niveau le résultat est positif c'est, pour moi, une évidence. Le recours aux Écritures, entre autres le récit de la femme hémorroïse, m'a permis de réaliser toute la richesse de notre héritage spirituel culturel. L'étude de ce récit montre, à quel point, j'espère l'avoir démontré, la maladie est, souventes fois, liée à des problèmes existentiels. Ce récit nous amène également à réfléchir sur l'importance des relations significatives, de nos origines. Comment et jusqu'à quel point ces relations peuvent produire

une certaine obturation sur nos possibilités existentielles. Enfin ce récit met en scène un thérapeute de premier ordre, Jésus. Jésus dont la pratique thérapeutique n'est pas différente de celle que je tente de pratiquer : accueil inconditionnel où Jésus, le thérapeute, «sort de lui» (existe) de façon anticipative et permet ainsi à la femme malade oui mais souffrante aussi, de «sortir d'elle» (d'exister) et de pouvoir dire toute «sa vérité». Tout comme Jésus, probablement, j'estime que cette force qui s'incarne dans le processus psychothérapeutique relève d'une autre instance. Avec cette dernière ligne je ne peux passer sous silence que cette thèse a été pour moi une occasion de valider et d'épurer certaines croyances. À ce plan je ne suis plus le même homme que j'étais au début de cette recherche. En conséquence, je me sens plus humble face au privilège d'être psychothérapeute; convaincu que je suis, avec cet homme ou cette femme que je rencontre, co-acteur et co-créateur d'une réalité qui nous englobe tout en nous dépassant sans pour autant être séparé de nous mais, laquelle peut, parfois, être obnubilée.

Il y a, dans toute recherche, également des constats qui sont moins «positifs». En premier lieu le constat qui m'est apparu le plus évident est cette grande difficulté du monde médical à reconnaître l'importance de la dimension spirituelle. Cette difficulté d'admettre, probablement de comprendre d'abord, que le somatique, le psychologique et le spirituel sont trois dimensions continuellement en interaction de la réalité totale et unifiée que constitue l'existence humaine et, plus particulièrement, celle de la femme atteinte de cancer du sein. Comme le corps médical sont les «gourous» de notre société post-industrielle il s'ensuit que la personne malade se sent souvent malgré elle, obligée de s'abandonner totalement à ces derniers. Or, comme la dimension spirituelle n'est pas l'apanage de ceux-ci elle s'en trouve oubliée, dé-

valorisée. Ce premier constat me conduit donc à un second, soit le fait que la grande majorité des femmes atteintes de cancer du sein ne pensent ou ne sentent pas l'importance d'ajouter la psychothérapie complémentairement à toute autre approche thérapeutique qu'elle soit traditionnelle ou alternative. Ce fait est désolant d'autant plus que 70% des cas de cancer du sein sont reconnus être liés à des facteurs psychologiques. Je suis quelque peu attristé, quoique je le comprenne très bien, de voir que tant de femmes atteintes de cancer du sein craignent autant la psychothérapie. J'ose espéré que la présente recherche ait pu contribuer, de quelque façon à atténuer certaines craintes des femmes atteintes de cancer du sein par rapport à la psychothérapie. L'une des grandes craintes, nous l'avons mentionné, est la culpabilité que certaines approches ont pu faire vivre chez certaines femmes atteintes de cancer. En ce qui me concerne je le répète; personne n'est responsable de ses origines, de son passé, en conséquence personne n'est responsable de sa maladie. Selon ma compréhension, nombre de maladies, y compris le cancer du sein, sont indissociables de notre vécu existentiel, de notre manière de nous harmoniser à notre monde. Or, si notre manière de nous harmoniser à notre monde a un lien avec le cancer cela signifie que toute guérison, si on la veut totale et durable, doit s'occuper également à soigner l'existence humaine souffrante.

BIBLIOGRAPHIE

Références psychologiques et psychiatriques

ABOULKER, P. et CHERTAL, L. *Psychosomatique et chronocité*, Paris, Librairie Maloine, 1964.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. *Hostility coping & Health*, Washington D.C., Howard S. Friedman éditeur, 1992.

BADER, J.M. «Le stress met les neurones à mort», *Science et vie*, 1991, pp. 52-59.

BAKER, G.H.B. "Psychological factors and immunity", *Journal of psychosomatic research*, vol. 31, n° 1, 1987, pp. 1-10.

BESANÇON, G. «Théorie en psychosomatique», *Encycl. Méd. Chir.* (Paris-France), Psychiatrie, 37400 C^{10}, Éditions techniques, 1992, 8 p.

BOSS, M. *Meaning and content of sexual perversions*, New York, Grune & Stratton, 1949.

BOSS, M. "Mechanistic and holistic thinking in modern medicine", *The Journal of psychoanalysis*, vol. 14, 1954.

BOSS, M. *Introduction à la médecine psychosomatique*, Paris, PUF, 1959.

BOSS, M. "Why does man behave socialy after all?", Proceedings of the third world congress of Psychiatry, Montréal, 1961, pp. 228-233.

BOSS, M. "The conception of man in natural science and Daseinsanalysis", *Comprehensive Psychiatry - Official Journal of The American Psychopathological Association*, vol. 3, n° 4, 1962.

BOSS, M. *Psychoanalysis and Daseinsanalysis*, New York, Basic Books, 1963.

BOSS, M. et CONDREAU, G. "Existential psychoanalysis", *dans* Wolman, B.B. (Ed.), *Psychoanalytic techniques. A handbook for the practicing psychoanalyst,* New York, Basic Books, 1968.

BOSS, M. «Il m'est venu en rêve...». *Essais théoriques et pratiques sur l'activité onirique*, Paris, PUF, 1975.

BOSS, M. *Existential foundations of medicine and psychology*, New York, Arenson, 1979.

BOSS, M. «Exposé sur le développement de la psychothérapie au XXe siècle», *Archives suisses de neurologie, neurochirurgie et psychiatrie*, vol. 128, n° 2, 1981, pp.183-196.

BOSS, M. "Is psychology rational or rationalistic?" *Review of existential psychology and psychiatry*, vol. 19, n° 2-3, pp. 115-127, 1985, Trad. de "Ist die Psychotherapie rational oder rationell", Bern, Benteli Verlag, 1982, pp. 9-27.

BOSS, M. "A seminar on Daseinsanalytic Psychotherapy", *The humanistic Psychologist*, vol. 16, n^{O} 1, 1988, pp. 58-74.

BOSS, M. "The unconscious : what is it?", *Review of existential psychology and psychiatry*, vol. 20, n° 1-3, 1990, pp. 237-249.

BOSS, M. "Anxiety, guilt and psychotherapeutic liberation", *Review of existential psychology and psychiatry*, vol. 20, n° 1-3, 1990, pp. 71-92.

BOWLBY, J. *Soins maternels et santé mentale*, Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé - Série de monographie, n° 2 (deuxième édition), 1954.

BRABANT, G.-P. *Clefs pour la psychanalyse*, Paris, Seghers, 1971.

BRICE, C.; MOSS, D. Ds, *Existential - Phenomenological Alternatives for Psychology* (Valle, R.S. & King, M., eds), New York, Oxford University Press, 1978.

BUREAU DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. «La natalité continue de décroître au Québec», *Le Devoir*, vol. LXXXVIII, n° 5, 1997, p. A5.

BURMAN, B. et MARGOLIN, G. "Analysis of the association between marital relationships and health problems : an interactional perspective", *Psychological Bulletin*, vol. 112, n° 1, 1992, pp. 39-63.

CALABRESE, J.R.; KLING, M.A.; GOLD, P.W. "Alterations in immunocompetence during stress, bereavement, and depression : focus on neuroendocrine regulation", *Am. J. Psychiatry*, vol. 144, n° 9, 1987, pp. 1123-1133.

CONDRAU, G. "A Seminar on Daseinsanalytic Psychotherapy", *The Humanistic psychologist*, vol. 16, 1988, pp. 101-130.

COOPER, C.L. et FARAGHER, E.B. "Psychosocial stress and breast cancer : the inter-relationship between stress events, coping strategies and personality", *Psychological medicine*, vol. 23, 1993, pp. 653-662.

DELAY, J. *Introduction à la médecine psychosomatique*, Paris, Masson et Cie Éditeurs, 1961.

DEVEREUX, G. *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Paris, Gallimard, 1970.

DEVEREUX, G. *Ethnopsychanalyse complémentariste*, Paris, Gallimard, 1972.

DOLTO, F. *Sexualité féminine : libido/érotisation/frigidité*, Paris, Scarabée et Compagnie, 1982.

DOMART, A. et BOURNEUF, J. *Nouveau Larousse médical*, Paris, Larousse, 1990.

EDITORIAL. "Depression, stress, and immunity", *The Lancet*, 1987, pp. 1467-1468.

EYSENCK, H.J. et GROSSARTH-MATICEK, R. "Creative novation behaviour therapy as a prophylactic treatment for cancer and coronary heart disease : part I - Description of treatment", *Behaviour Research and Therapy*, vol. 29, n° 1, 1991, pp. 1-16.

FALLER, H.; SCHILLING, S.; LANG, H. "Causal attribution and adaptation among lung cancer patients", *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 39, n° 5, 1995, pp. 619-627.

FAWZY, I. *et al.* "Malignant melanoma : Effects of an Early Structured Psychiatric Intervention, Coping, and Affective State on Recurrence and Survival 6 Years Later", *Archives of general psychiatry*, vol. 50(9), 1993, pp. 681-689.

FOLKMAN, J., cité par Gorman, C., "The hope & the hype", *Time*, vol. 151, n° 19, p. 14.

FORD, M.F. *et al.* "Is group psychotherapy feasible for oncology outpatients attenders selected on the basis of psychological morbidity", *Br. J. Cancer*, vol. 62, 1990, pp. 624-626.

FREUD, S. *Introduction à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1947, pp. 420-440.

FREUD, S. *Métapsychologie - Deuil et mélancolie*, Paris, Gallimard, 1968, pp. 145-171.

FRIEDMAN, H.S. et BOOTH-KEWLEY, S. "The «disease-prone personality» - A meta-analytic view of the construct", *American Psychologist*, vol. 42, n° 6, 1987, pp. 539-555.

GLASER, R. *et al.* "Stress-related impairments in cellular immunity", *Psychiatry Research*, vol. 16, 1985, pp. 233-239.

GROSSARTH-MATICEK, R. *et al.* "Psychosomatic factors in the process of cancerogenesis", *Psychotherapy and psychosomatics*, vol. 38, 1982, pp. 284-302.

GROSSARTH-MATICEK, R. *et al.* "Psychosomatic factors involved in the process of carcinogenesis : Preliminary results of the Yougoslav Prospective Study", *Phychotherapy and psychosomatics*, vol. 40, 1983, pp. 191-210.

GROSSARTH-MATICEK, R. "Cancer risks associated with life events and conflict solutions", *Cancer detection and prevention*, vol. 7, 1984, pp. 201-209.

GROSSARTH-MATICEK, R. *et al.* "Changes in degree of sclerosis as a function of prophylactic treatment in cancer-prone and CHD-prone prohands", *Behaviour Research and Therapy*, vol. 29, n° 4, 1991, pp. 343-351.

HALL, C. et LINDSEY, G. *Theories of Personality*, New York, Wiley & Sons, 1978, pp. 311-345.

HERMAN, B.H. et PANKSEPP, J. "Effects of Morphine and Naloxone on Separation Distress and Approach Attachment : Evidence for Opiate Mediation of Social Affect", *Pharmacology, biochemistry and behavior*, vol. 9, 1978, pp. 213-220.

HOLLAND, J.C. et ROWLAND, J.H. *Handbook of Psycho-oncology — Psychological care of the patient with cancer*, New York, Oxford University Press, 1989.

HORA, T. "Existential Psychiatry and group psychotherapy" *dans* Ruitenbeek, H.M., *Psychanalysis and existential philosophy,* New York, E. P. Dutton & Co., 1962, pp. 137-138.

HORNEY, K. *L'auto-analyse,* Paris, Stock, 1978, p.233.

HOTOPF, M.H. et WESSELY, S. "Viruses, neurosis and fatigue", *Journal of psychosomatic research,* vol. 38, n° 6, 1994, pp. 499-514.

IRWIN, M. *et al.* "Life events, Depressive symptoms, and Immune function", *Am. J. Psychiatry,* vol. 144, n° 4, pp. 437-441.

KAHN, E. "An appraisal of existential analysis" *dans* Ruitenbeek, H.M., *"Psychoanalysis and existential philosophy",* New York, E. P. Dutton & Co., 1962, p. 221.

KAVAN, M.G.; ENGDAHL, B.E.; KAY, S. "Colon cancer : personality factors predictive of onset and stage of presentation", *Journal of Psychosomatic Research,* vol. 39, n° 8, 1995, pp. 1031-1039.

KIECOLT-GLASER, J. et GLASER, R. "Psycological influences on immunity", *Psychosomatics,* vol. 27, n° 9, 1986, pp. 621-624.

KIECOLT-GLASER, J.K *et al.* "Marital quality, marital disruption, and immune function", *Psychosomatic Medicine,* vol. 49, n° 1, 1987, pp. 13-33.

KLEIN, M. *et al. Développements de la psychanalyse - Quelques conclusions théoriques au sujet de la vie émotionnelle des bébés - Sur la théorie de l'angoisse et de la culpabilité - En observant le comportement des nourrissons,* Coll. "Bibliothèque de psychanalyse", 1° édition (2 ° trimestre), France, PUF, 1966, pp. 187-273.

KLEIN, M. *Essais de psychanalyse,* Coll. "Sciences de l'homme", Paris, Payot, 1967.

KLEIN, M. *Envie et gratitude - Les racines infantiles du monde adulte - À propos de l'identification,* Coll. "Connaissance de l'inconscient", n° 13418, Paris, Gallimard, 1968, pp. 13-31.

KOUPERNIK, C. et R. DAILLY. *Développement neuro-psychique du nourrisson,* Coll. "SUP", Paris, PUF, 1972, p. 371.

LANOUZIÈRE, J. «Dépression et cancer du sein - Revue critique», *Revue de médecine psychosomatique,* n° 3, tome 23, 1981, pp. 293-317.

LARSON, D. «La médecine américaine s'ouvre à la spiritualité», *Le Devoir,* 28 août, 1997.

LESHAN, L. *The Medium, the Mystic, and the Physicist,* New York, Viking Press, 1975.

LINDSTRÖM, L.H. *et al.* "Endorphins in human cerebrospinal fluid : clinical correlations to some psychotic states", *Acta psychiatrica Scandinavica,* vol. 57, 1978, pp. 153-164.

LIPOWSKI, Z.J. "Psychosomatic medicine in the seventies : an overview", *Am. J. Psychiatry,* vol. 134, 1977, pp. 233-244.

MARTY, P. «Dispositions mentales de la première enfance et cancers de l'âge adulte», *Psychothérapies,* vol. 4, 1988, pp. 177-182.

MASLOW, A.-H. «Que nous apporte la psychologie existentielle?», *dans* R. May *et al., Psychologie existentielle,* Paris, EPI, 1971, p. 58.

MAUNSELL, E.; BRISSON, J.; DESCHÊNES, L. «Cancer du sein : un confident peut prolonger la vie», Groupe de recherche en épidémiologie de la Faculté de médecine de l'Université Laval, *Journal du Québec*, vol. 29, nº 201, 1995, p. 21.

MAY, R.*et al. Psychologie existentielle*, Paris, EPI, 1971.

MCDOUGALL, J. *et al. Corps et histoire,* Coll. «Confluents psychanalytiques», Paris, Les Belles Lettres, 1986.

MELNECHUK, T. "Why has psychoneuroimmunology been controversial", *Advances : Journal of the Institute for the Advancement of Health,* vol. 2, nº 4, 1985, pp. 22-38.

MOHAMED, S.N.; WEISZ, G.M.; WARING, E.M. "The relationship of chronic pain to depression, marital adjustment, and family dynamics", *Elsevier,* vol. 5, 1978, pp. 285-292.

MORLEY, John E. "Neuroendocrine effects of endogenous opioid peptides in human subjects : a review", *Psychoneuroendocrinology,* vol. 8, nº 4, 1983, pp. 361-379.

MOSS, D. et BOSS, M. *Existential - Phenomenological Alternatives for Psychology,* New York, Oxford University Press, 1978.

MUCHIELLI, R. *Philosophie de la médecine psychosomatique*, Coll. «Analyse et raisons», Paris, Aubier, 1961.

NALIBOFF, D.D. *et al.* "The effects of the opiate nalaxone on measures of cellular immunity during rest and brief psychological stress", *Journal of psychosomatic research*, vol. 39, n° 3, 1995, pp. 345-359.

O'LEARY, A. "Stress, emotion and human immune function", *Psychological Bulletin*, vol. 108, n° 3, 1990, pp. 363-382.

PANKSEPP, J.*et al.* "The biology of social attachments : opiates alleviate separation distress", *Biological psychiatry*, vol. 13, n° 5, 1978, pp. 607-618.

PENNEBAKER, J.W. "Putting stress into words : health linguistic and therapeutic implications", *Behaviour Research and Therapy*, vol. 31, 1983, pp. 539-548.

PENNEBAKER, J.W.; HUGHES, C.F.; O'HEERON, R.C.. "The psychophysiology of confession : hinking inhibitory and psychosomatic processes", *Journal of Personality and Social psychology*, vol. 52, n° 4, 1987, pp. 781-783.

PENNEBAKER, J.W.; KIECOLT-GLASER, J.K.; GLASER, R. "Disclosure of traumas and immune function : Healt implications for Psychotherapy", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 56, n° 2, 1988, pp. 239-245.

PIAGET, J. et B. INHELDER, *La psychologie de l'enfant*, Coll. "Que sais-je?", Paris, PUF, 1966, p. 21.

PIERLOOT, R. *Problèmes généraux de psychosomatique clinique*, Paris, Nauwelaerts, 1956.

POROT, M. *Psychologie des maladies - Manuel alphabétique clinique*, Paris, Masson, 1989.

RILEY, V. "Psychoneuroendocrine influences on immunocompetence and neoplasia", *Science*, vol. 212, 1981, pp. 1100-1109.

ROGERS, M.P.; DULEY, D.; REICH, P. "The influence of the Psyche and the Brain on immunity and disease susceptibility : a critical review", *Psychosomatic Medicine*, vol. 41, n° 2, 1979, pp. 147-164.

RUITENBEEK, H.M. *Psychoanalysis and Existential philosophy,* New York, E. P. Dutton & Co. Inc.

SANTÉ CANADA. *Étude de l'adaptation psychosociale au cancer du sein,* Document de travail, Ottawa, Ministre des travaux publics et services gouvernementaux, 1997.

SCHRAUB, S. «Cancer et psychologie : rôle sur le déclenchement et l'évolution des tumeurs», *Le concours médical,* vol. III, n° 15, 1989, pp. 1257-1262.

SÉGUIN, A. *Introduction à la médecine psychosomatique*, Coll. «Psyché», Paris, L'Arche, 1950.

SERAFINO, X. *et al.* «Les facteurs psychologiques dans l'étiologie des cancers», *Bulletin du cancer*, vol. 65, n° 4, 1978, pp. 401-406.

SILLAMY, N. *Dictionnaire de la psychologie*, Paris, Larousse, 1989.

SPIEGEL, D. "Psychosocial Aspects of Breast Cancer treatment", *Seminars on Oncology,* vol. 24, n° 1, 1997, pp. S1-36 / S1-47.

TATOSSIAN, A. «Les structures existentielles chez les cancéreux», *Revue de médecine psychosomatique*, vol. 20, n° 2, 1977, pp. 135-143.

UNIVERSITY OF CALIFORNIA, BERKELEY WELLNESS LETTER. "How anger affects your health", *Wellness Letter*, vol. 9, 1992, pp. 4-5.

VAN DUSEN, W. "The theory and practice of existential analysis" *dans* H.M. Ruitenbeek, *Psychoanalysis and existential philosophy,* New York, E. P. Dutton & Co., 1962, pp. 36-37.

WEISSE, C.S. "Depression and immuno-competence : a review of the litterature", *Psychological bulletin,* vol. 111, n° 3, 1992, pp. 475-489.

Références philosophiques

BARRETT, W. *Irrational man*, New York, Doubleday Anchor, ch. 9., 1962.

CHEVALIER, J. et GHEERBRANT, A. *Dictionnaire des symboles,* Paris, Robert Laffont, 1982.

CORVEZ, Maurice. *La philosophie de Heidegger,* Paris, PUF, 1966, p. 10.

DONVAL, A. *La morale change - Pourquoi la morale change-t-elle? La valeur de l'homme*, Coll. "Dossiers libres", Paris, Cerf, 1976, pp. 5-32.

GUICHARD, J. «Le marxisme - Théorie et pratique de la révolution», *Chronique sociale de France*, 1972, pp. 132-153 / 244-256.

HEIDEGGER, M. *L'être et le temps,* Paris, Gallimard, 1964.

HEIDEGGER, M. "On adequate Understanding of Daseinsanalysis - Excerpts from Martin Heidegger's Zollikon Teaching", *The Humanistic Psychologist,* vol. 16, n° 1, 1988.

HERKOVITS, M.J. *Les bases de l'anthropologie culturelle,* Paris, Payot, 1963.

JANKÉLIVITCH, V. *L'ironie,* Paris, Flammarion, 1985.

JASPERS, K. *Initiation à la méthode philosophique,* Coll. "Petite bibliothèque Payot", Paris, Payot, 1968, p. 135.

KANT, E. *Fondements de la métaphysique des moeurs, première et deuxième sections*, Paris, J. Vrin, 1980, pp. 55-125.

KIERKEGAARD, S. *Le devenir chrétien,* Paris, Éditions du Centurion, 1967.

MARCEL, G. *Être et Avoir*, Paris, Aubier, 1935.

MARCEL, G. *Le mystère de l'être - Vol. I : Réflexion et mystère*, Paris, Aubier, 1951.

MARCEL, G. *Le mystère de l'être - Vol. II : Foi et réalité*, Paris, Aubier, 1951.

MARCEL, G. *Le mystère de l'être*, Paris, Aubier, 1963.

MARCEL, G. *Un changement d'espérance*, Paris, U.G.E., 1962.

MARCEL, G. *Homo Viator : Prolégomènes à une métaphysique de l'espérance*, Paris, Aubier, 1963.

NIETZSCHE, F. *La généalogie de la morale*, Présentation et commentaires : Jacques Deschamps, préface de Henri Briault, Coll. "Les intégrales de philo/Nathan", Paris, Les éditions Fernand Nathan, 1981, pp. 71-111.

PEPERZAK, A. «Une introduction à la lecture de totalité et infini», *Revue des sciences philosophiques et théologiques*, vol. 71, n° 2, 1980, pp. 191-217.

PEPERZAK, A. *Textes pour Emmanuel Lévinas*, Paris, Éditions Jean-Michel Place, 1980, pp. 89-103.

PLATON, *Le Banquet*, Paris, Gallimard, 1973.

PLOURDE, S. «Gabriel Marcel et le prophétisme de l'espérance», *Science et Esprit*, vol. XXXIX, n° 2, 1987, pp. 229-239.

RICOEUR, P. «Science et idéologie», *Revue philosophique de Louvain*, n° 72, 1976, pp. 328-356.

WILBER, K. *Le paradigme holographique*, Coll. «Éveil», Paris, Le Jour, 1984.

Références théologiques

ALLIANCE BIBLIQUE UNIVERSELLE. *La Bible*, France, Édition des Sociétés Bibliques, 1977.

BENOÎT, P.; BOISMARD, M.E. *Synopse des quatre Évangiles,* Cerf, 1965.

BOFF, L. *Jésus-Christ libérateur*, Paris, Cerf, 1983.

BROWN, R.B.; FITZMYER, J.A.; MURPHY, R.E., *The Jerome Biblical commentary - Volume II : The new testament and topical articles,* Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall, 1968, p. 33.

CARLSON, D.E. "Jesus's Style of Relating : The Search for a Biblical view of Counselling", *Journal of Psychology and Theology*, n° 4, 1976, pp. 181-192.

CARTER, J.D. "Maturity, Psychological and Biblical" *dans* MALONEY, H.H. *Wholeness and Holiness : Reading in the Psychology / Theology of mental Health,* Grand Rapids, Michigan, Baker Book House, p. 191, 1983.

CENTRE INFORMATIQUE ET BIBLE ABBAYE DE MAREDSOUS. *Dictionnaire encyclopédique de la Bible*, Montréal, Iris, 1987.

DENIS J.G.; FORTIN, G. «La variable religieuse en counselling pastoral et l'emprise sur l'existence», *Sciences Religieuses,* vol 15, 1996, pp. 131-142

DERRETT, J.D.M. "Mark's technique : The Hemorrhaging Woman and Jaïros' Daughter", *Bibl 63,* 1982.

DOLTO, F.; SÉVERIN, G. «Guérison de l'hémorragique et résurrection de la fille de Jaïros», *L'Évangile au risque de la psychanalyse,* Paris, Jean-Pierre Delage, 1977, pp. 105-123.

DREWERMANN, E. *La parole qui guérit*, Paris, CERF, 1991.

DREWERMANN, E. *L'évangile de Marc - Images de la rédemption*, Paris, CERF, 1993.

ENGLISH, W.F. "An integrationist's critic of and challenge to the Bobgan's view of counseling and Psychotherapy", *Journal of Psychology and Theology*, vol. 18, n° 3, 1990, pp. 228-236.

EYSENCK, H.J. "Anxiety, learned helplessness and cancer : A causal theory", *Journal of anxiety disorders,* vol. 1, 1987, pp. 87-104.

GENEST, O. «De la fille à la femme à la fille (Luc 8, 40-56)», *dans* A. Chené *et al., De Jésus et des femmes : Lectures sémiotiques, suivies d'une entrevue avec A.J. Greimas,* Montréal, Bellarmin, 1987.

GENRE, E. «La relation d'aide dans une perspective pneumatologique», *dans* E. Genre, *La relation d'aide : une pratique communautaire,* Genève, Labor et Fides, 1997, p. 191.

GERKIN, C.V. "Faith and Praxis : Pastoral Counseling's Hermeneutical Problem", *Pastoral Psychology*, vol. 35 (1), 1986, pp. 3-15.

GIRARD, M. *Les symboles dans la Bible : essai de théologie biblique enracinée dans l'expérience humaine universelle*, Montréal, Bellarmin, 1991.

HOLLENWEGER, W. «L'expérience de l'Esprit» *dans* Genre, E., *La relation d'aide : une pratique communautaire,* Genève, Labor et Fides, 1997, p. 146.

HOWE, L.T. "Pastoral Counseling and faith issues", *Journal of Psychology and Theology*, vol. 17, n° 2, 1989, pp. 114-248.

KÜNG, H. *Être chrétien*, Paris, Seuil, 1974.

LANGRES, F. «Puissance de la foi sur le coeur miséricordieux de Jésus» (Mc 5,21-43), *Esprit et Vie,* vol. 79, France, 1979.

LAVOIE, L.-C. *L'étude de certains processus d'intégration psycho-spirituelle en counselling pastoral grâce à l'imagerie mentale dirigée,* Thèse de doctorat non éditée, Université de Montréal, 1995.

LÉON-DUFOUR, X. «Le miracle : une énigme posée à la sagacité scientifique?», *RND,* n° 9, 1979, pp. 14-26.

MALONEY, H.N. *Wholeness and Holiness : Reading in the Psychology / Theology of mental Health,* Grand Rapids, Michigan, Baker Book House, 1983.

MÉNARD, C. «L'approche herméneutique en théologie pratique», dans Raymond, B. et Sordet, J., *La théologique pratique - Statut : méthodes perspectives d'avenir, Le point théologique : textes du Congrès international oecuménique et francophone de théologie pratique,* no 57, 1992, pp. 87-102.

NADEAU, J.-G. *Un modèle praxéologique de formation expérientielle*, Coll. «Éducation permanente», n°s 100/101, 1989, pp. 97-105.

PEELMAN, A. «Spiritualité et conscience planétaire» *dans* Ménard, C. et Villeneuve, F., *Spiritualité contemporaine : défis culturels et théologiques,* Actes du Congrès 1995 de la Société canadienne de théologie, Coll. "Héritage et projet", Québec, Fides, 1996, p. 39.

PERRIN, L. *Guérir et sauver : entendre la parole des malades*, Coll. «Recherches morales», Paris, Cerf, 1987.

POSWICK, R.-F.; RAINOTTE, G. *et al. Dictionnaire de la Bible et des religions du Livre : Judaïsme/Christianisme/Islam,* Belgique, Brepals, 1985.

ROBERTS, D.E. "When is counselling or psychotherapy religious?" *dans* H.N. Maloney, *Wholeness and Holiness : Reading in the psychology/Theology of mental Health,* Grand Rapids, Michigan, Baker Book House, 1983, p. 293.

ROCHAIS, G. *Les récits de résurrection des morts dans le Nouveau Testament, «La rédaction marcienne du récit de la résurrection de la fille de Jaïros (5, 22-24a.35-43),* 1981.

ROGERS, W.R. "Theology and Therapy", *dans* Maloney, J.H., *Wholeness and Holiness : Reading in the Psychology/Theology of mental Health,* Grand Rapids, Michigan, Baker Book House, p. 92.

SCHILLEBEECKX, E. *Expérience humaine et foi en Jésus-Christ,* Paris, Cerf, 1981.

SCHILLEBEECKX, E. *Histoire des hommes : récit de Dieu*, Paris, Cerf, 1982.

STANTON, L.J. *Psychology and Christian faith,* Grand Rapids, Baker Book House, 1988.

TILLICH, P. *Religion biblique et ontologie,* Coll. "SUP", Paris, PUF, 1970, p. 65.

TILLICH, P. *The meaning of health - Essays in Existentialism, Psychanalysis, and Religion,* Chicago, Exploration Press, 1984.

TISDALE, J.R. "Humanistic psychotherapy assumptions and Christian counseling", *Journal of Religion and Health*, vol. 29, n° 3, 1990, pp. 175-191.

Références médicales sur le cancer

BATT, S. *À bout de patience. Les enjeux de la lutte au cancer du sein,* Montréal, Les éditions du Remue-ménage, 1998.

BLEIKER, E.M.A. *et al.* "Personality factors and Breast cancer development : a prospective longitudinal study", *Journal of the National Cancer Institute*, vol. 88, n° 20, 1996, pp. 1478-1482.

BRIND, J. "Induced abortions as an Independant risk factor for breast cancer - An updated Meta-Analysis", *World Conference on breast cancer,* Kingston, Ontario, 1997.

CANNON, W.B. *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage*, Boston, Brandford, 1953.

FORUM NATIONAL SUR LE CANCER DU SEIN. «Le dépistage du cancer du sein pourrait être étendu», *Le Devoir*, vol. LXXXV, n° 207, 1994, p. A8.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (MICP). *Piégeage et gestion des animaux à fourrure,* Québec, Collaboration APTI et la Direction générale des opérations régionales du MICP, 1989.

HANCOCK, B.W. et MILFORD-WARD, A. *Immunological aspects of cancer,* Boston, Kluwer Academic Publishers Group, 1984.

HUBBARD, R. et LIPPMAN, A. "Two professors urge caution with test of breast-cancer gene, question motive", *The Wall Street Journal*, vol. CCVI, n° 90, 1995, p. B5A.

JOLIVET, J. «Cancer, qui gagne : la médecine ou le cancer?», *L'Actualité*, vol. 21, n° 4, 1996, pp. 19-32.

KLAUSNER, R., cité par Gorman, C., "The hope & the hype", *Time,* vol. 151, n° 19, p. 14.

LOVE, S. *Dr Susan Love's breast book*, USA, Addison-Wesley publishing company, 1995.

LOVE, S. "An overview of breast cancer causes", *World Conference on breast cancer,* Kingston, Ontario, 1997.

LOVE, S. "Myths and Realities of breast cancer", *World Conference on breast Cancer,* Kingston, Ontario, 1997.

MANDEVILLE, R. «Tout ce qu'on doit savoir sur le cancer du sein?», *Le Lundi*, vol. 14, n° 13, 1990, pp. 28-29.

RODGERS, R.J. et COOPER, S.J. *Endorphines, opiates and behaviroural processus,* Great Britain, John Wiley & Sons, 1988.

SEIDMAN, H.; STELLMAN, S.D.; MUSHINSKI, M.H. "A different perspective on breast cancer risk factors : Some implications of the nonattribuable risk", *Cancer journal for clinicians,* vol. 32, n° 5, 1982, pp. 301-313.

SELYE, H. «Stress sans détresse», Montréal, *La Presse*, 1974.

STATISTIQUE CANADA. «Cancer du sein : les femmes inuit semblent immunisées», *Journal du Québec*, vol. XXX, n° 256, 1997, p. 20.

STEINGRABER, S. *Living downstream. An ecologist looks at cancer and the environment,* USA, Addison-Wesley publishing company, 1997.

TALMADGE, J. et ALVORD, W. "Stress factors and breast cancer outcome", *Journal of clinical oncology,* vol. 5, n° 3, 1987, pp. 333-334.

THOMAS, C.B. et DUSZYNSKI, K.R. "Closeness to parents and the family constellation in a prospective study of five disease states : suicide, mental illness, malingnant tumor, hypertension and coronary heart disease", *Johns Hopkins medical journal,* vol. 134, 1974, pp. 251-270.

THOMAS, C.B.; DUSZYNSKI, K.R.; WITHCOMB-SHAFFER, J. "Family attitudes reported in Youth as Potential prediction of cancer", *Psychosomatic Medicine,* vol. 41, n° 4, 1979, pp. 287-302.

VON METZLER, A.; NITSCH, C. "Carcinogenesis and the central nervous system", *Cancer detection and prevention,* vol. 9, 1986, pp. 259-277.

WRIGHT, R. "Stress, anxiety, depression : The new science of evolutionary psychology finds the roots of modern maladies in our genes - The evolution of despair", *Time*, vol. 146, n° 9, 1995, pp. 32-39.

Références sur la méthodologie

ANADON, M. et GARNIER, C. «De quelques fondements épistémologiques de l'observation», *dans* Thériault, J. (éd.). *L'observation dans la recherche en éducation,* Actes du Colloque des programmes de maîtrise et de doctorat, Chicoutimi, 1991, pp. 6-16.

ANADON, M. «La pratique de l'analyse du discours : définition, principes, méthodes et mise en forme des données», *dans* Boucher, L.-P. (éd.). *L'analyse des données qualitatives,* Actes du Colloque des programmes de maîtrise et de doctorat, Chicoutimi, 1991, pp. 53-71.

BACHELOR, A. et PURUSHOTTAM, J. *La méthodologie phénoménologique de recherche en psychologie,* Québec, Les Presses de l'Université Laval, 1986.

CAPLOW, T. «L'observation et l'analyse documentaire», *dans* Caplow, T. *L'enquête sociologique*, Paris, A. Colin, coll. "U2", 1970.

CARON-BOURBONNAIS, D. «L'expérience vécue du cancer : étude phénoménologique», *Sciences Pastorales,* vol. 12, 1993, pp. 41-70.

DESCHAMPS, C. «Approche phénoménologique en recherche : source historique et fondements théoriques, *dans* M. Anadon et D. Côté, *Revue de la Recherche Qualitative,* vol. 8, 1993, pp. 31-40.

DESCHAMPS, C. *L'approche phénoménologique en recherche - Comprendre en retournant au vécu de l'expérience humaine*, Montréal, Guérin Universitaire, 1993.

DESLAURIERS, J.-P. et KÉRESIT, M. «La question de recherche en recherche qualitative», dans *Les méthodes qualitatives en recherche sociale : problématiques et enjeux*, Actes du Colloque Québécois de la recherche sociale, CQRS, 1994, pp. 89-99.

DESMARAIS, D. et GRELL, P. *Les récits de vie : théorie, méthode et trajectoires types,* Coll. "Éducation permanente", Montréal, Saint-Martin, 1986.

FERRAROTTI, F. *Histoire et histoires de vie. Méthode biographique dans les sciences sociales,* Paris, Méridiens-Klincksieck, 1990.

FORTIN, G. *et al.* «La quête de sens et de transcendance en counselling : importance et discernement à l'aide de la phénoménologie», *Sciences Religieuses,* vol. 26, n° 3, 1997, pp. 337-353.

GARNIER, C. et ANADON, M. «Relation entre prise de données et organisation de l'analyse dans le cadre de la méthodologie observationnelle», *dans* Thériault, J. (éd.). *L'observation dans la recherche en éducation,* Actes du Colloque des programmes de maîtrise et de doctorat, Chicoutimi,1991, pp. 17-28.

GRANGER, G.-G. *Pensée formelle et sciences de l'homme*, Coll. "Analyse et raisons", Paris, Aubier-Montaigne, 1967.

LAPERRIÈRE, A. «L'observation directe», *dans* Gauthier, B. (éd.), *La recherche sociale,* Sillery, PUQ, 1986, pp. 225-245.

L'ÉCUYER, R. «La pratique de l'analyse de contenu : définition, étapes, problèmes et l'objectivation», *dans* Boucher, L.-P. (éd.), *L'analyse des données qualitatives,* Actes du Colloque des programmes de maîtrise et de doctorat, Chicoutimi, 1991, pp. 31-51.

LE GALL, D. «Les récits de vie : approcher le social par la pratique», *dans* Deslauriers, J.-P. (éd.), *Les méthodes de la recherche qualitative,* Québec, Presses de l'Université du Québec, 1988, pp. 35-47.

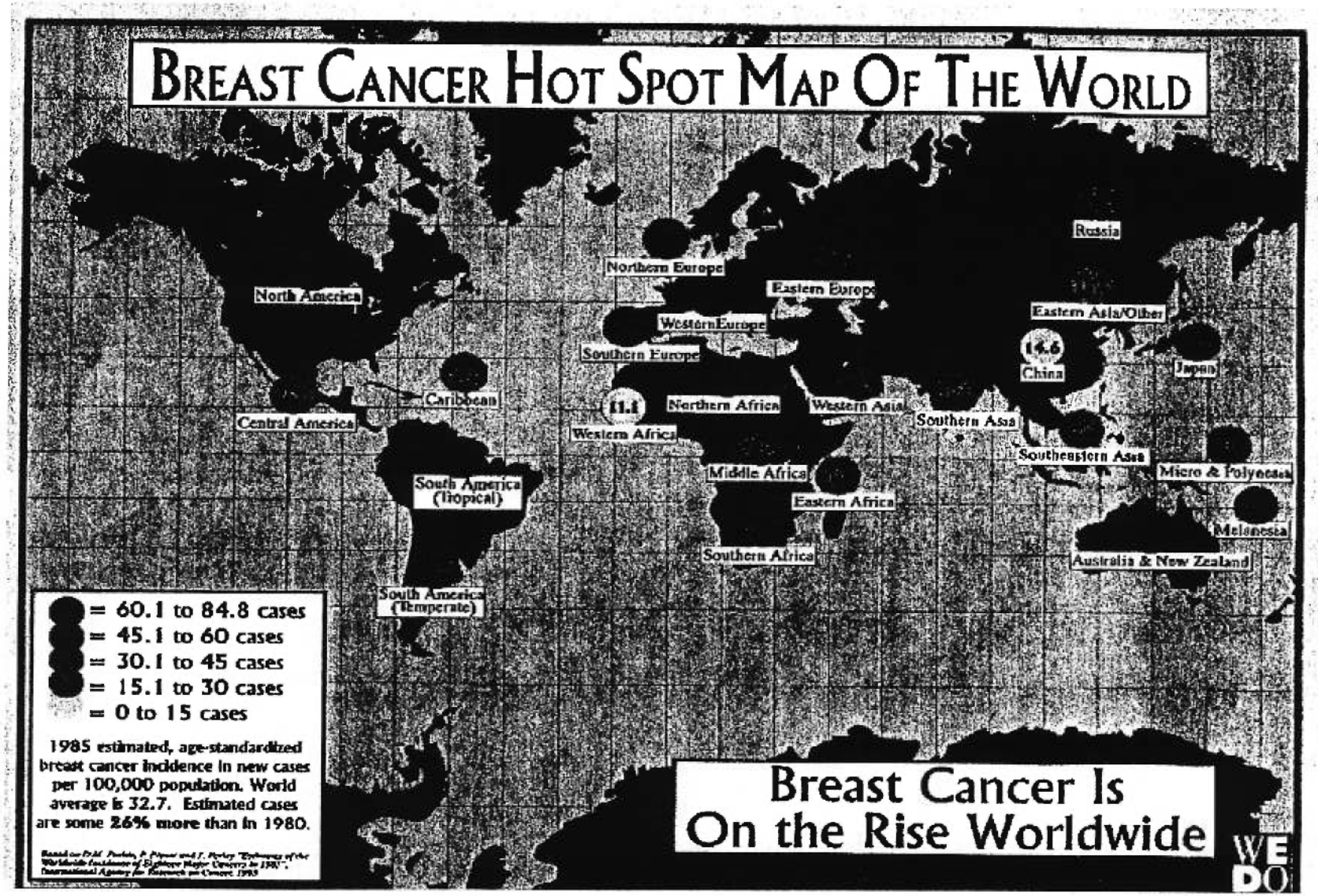
POUPART, J. «La méthodologie qualitative en sciences humaines : une approche à redécouvrir», *Apprentissage et socialisation,* vol. 4, n° 1, 1981, pp. 41-47.

RESWEBER, J.-P. *Qu'est-ce qu'interpréter? Essai sur les fondements de l'herméneutique,* Paris, Cerf, 1988.

SAVOIE-ZAJC, L. *Les critères de rigueur de la recherche qualitative,* Communication présentée au Colloque de la Soreat, Abitibi-Témiscamingue, 1989.

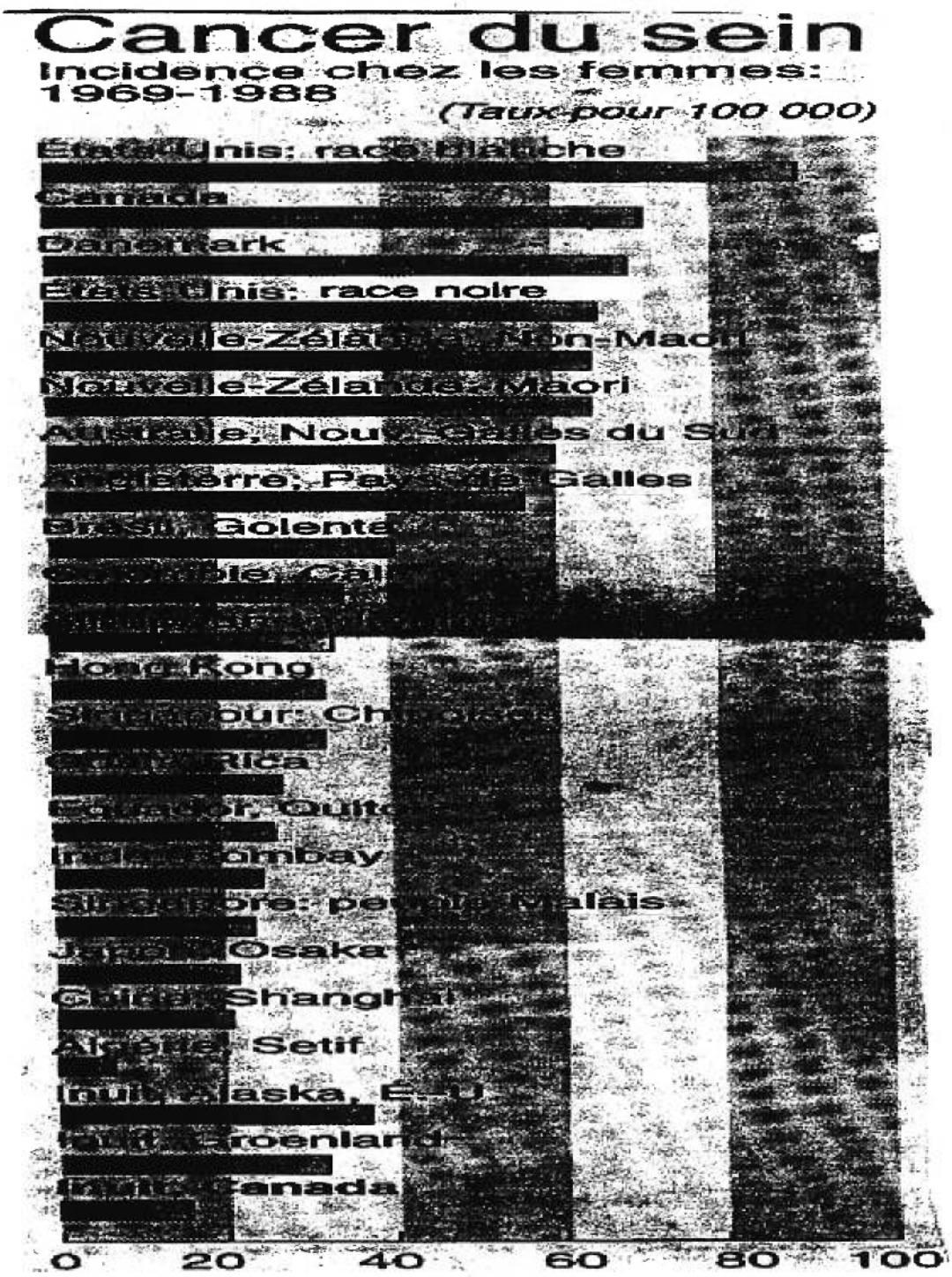
TREMBLAY, M.A. «La technique de l'entrevue», *dans* Tremblay, M.A. *Initation à la recherche en sciences humaines,* Montréal, McGraw-Hill, 1968, pp. 311-360.

ANNEXE I



WOMEN'S ENVIRONMENT AND DEVELOPMENT ORGANISATION (WEDO), *World Conference on Breast Cancer,* Kingston, Ontario, 1997.

ANNEXE II



STATISTIQUE CANADA. «Cancer du sein : les femmes inuit semblent immunisées», *Journal du Québec*, vol. XXX, nº 256, p. 20, 1997.

ANNEXE III

FORMULE DE CONSENTEMENT

ENTENTE QUANT À LA PARTICIPATION À UNE RECHERCHE SUR LE CANCER DU SEIN

JE, SOUSSIGNÉE, _____, ACCEPTE LIBREMENT DE PARTICIPER À LA RECHERCHE PORTANT SUR LES MODES D'EXISTENCE DE PERSONNES ATTEINTES DU CANCER DU SEIN.

IL M'A ÉTÉ EXPLIQUÉ QUE :

1. Le but de la recherche est de :
   - 1.1 dresser une autobiographie complète des femmes acceptant de participer à la dite recherche;
   - 1.2 déterminer si certaines caractéristiques personnelles dans la façon d'aborder l'existence pourraient influencer sur le développement du cancer du sein.

2. La recherche est sous forme d'entrevues :
   - 2.1 Les entrevues sont individuelles et d'une durée d'une heure par semaine;
   - 2.2 Les entrevues sont menées par le chercheur lui-même;
   - 2.3 Le nombre d'entrevues sera d'environ huit (8) à dix (10) par personne.

3. Le questionnaire comprend entre autres choses les éléments suivants :
   - 3.1 Histoire familiale (mère, père, fratrie), enfance, éducation, expérience de travail, accidents, maladies, sexualité, relations amoureuses, mariage, habitudes et goûts, attitudes vis-à-vis de la maladie, etc.;
   - 3.2 Deux tests seront également administrés soit l'Inventaire Multiphasique de la Personnalité (MMPI) et le test projectif Rorschach.

4. Je peux me retirer de cette recherche en tout temps sans avoir à fournir de raison ni à subir de conséquences négatives.

5. Ma participation à cette recherche m'apportera l'occasion de réfléchir sur les relations mère/fille/enfant. Aussi, les résultats de cette recherche serviront à sensibiliser les femmes atteintes du cancer du sein, le système médical et la société en général par rapport à certaines difficultés pouvant être vécues dans ces dites relations.

6. Un désavantage possible associé à ma participation à cette recherche serait de me rappeler des épisodes désagréables de certaines relations soit avec mes parents ou avec mes enfants.

7. En ce qui concerne l'anonymat de ma participation et la confidentialité des renseignements fournis, les mesures suivantes seront prévues :
   - 7.1 Mon nom n'apparaîtra pas sur les formulaires, un code sera utilisé à la place;
   - 7.2 Seul le chercheur aura accès au questionnaire autobiographique et aux tests;
   - 7.3 Le présent formulaire de consentement sera conservé séparément du questionnaire autobiographique et des tests afin qu'on ne puisse pas y associer mon nom;
   - 7.4 À la fin de ladite recherche tous les éléments identificateurs (nom, âge, etc.) seront détruits.

8. Cette recherche est faite sous la direction de Magella Potvin, chercheur à l'Université du Québec à Chicoutimi et psychologue de formation à qui toute plainte ou critique pourra être adressée (tél. : [redacted]. Dans l'impossibilité de rejoindre le chercheur une autre personne-ressource est disponible, soit Camil Ménard, superviseur de la recherche de Magella Potvin (tél. : [redacted]).

ENTENTE LUE ET SIGNÉE, CE _____ 19 _____.

Personne interviewée (lettres moulées)	Signature	Date
Responsable de la recherche (lettres moulées)	Signature	Date
Témoin (lettres moulées)	Signature	Date

ANNEXE IV

JOURNAL DE BORD AUTOBIOGRAPHIQUE

DATE : ___ / ___ / ___ ENT. # : ___

NOM DE CODE : _____

HEURE / QUESTION #

DÉBUT : _____ / _____

FIN : _____ / _____

P. : ____ de : ____

THÈMES		COMMENTAIRES PERSONNELS

ANNEXE V

QUESTIONNAIRE D'INFORMATION AUTOBIOGRAPHIQUE

1. MOTIF DE CONSULTATION

1. Qu'est-ce qui ne va pas?
2. Depuis combien de temps?
3. Étiez-vous en bonne santé avant?
4. Quand sont survenus les premiers symptômes?
5. Où étiez-vous?
6. Que faisiez-vous? Ce jour-là? Auparavant?
7. Votre réaction immédiate?
8. L'agent responsable?
9. Pensez-vous que la maladie peut avoir un lien avec votre mode de vie, avec vos relations, avec le psychologique? [Demander ici la fonction de l'organe malade aux yeux de l'analysée]
10. Avez-vous déjà consulté en thérapie?
11. Qui souffre le plus de votre problème? Pourquoi?
12. Qu'est-ce que la thérapie peut vous apporter? Ses objectifs?
13. Quelle devrait être sa durée?
14. Comment voyez-vous le thérapeute? Ses qualités?
15. Le plus grand effort (qualité) que la thérapie exige de vous?
16. Venez-vous parce vous souffrez ou vous avez besoin d'aide?
17. Qui paie pour votre thérapie?

2. HISTOIRE FAMILIALE

2.1 Père vivant

2.1.1 Son âge? Où demeure-t-il? Avec qui?
2.1.2 Sa santé? Ses maladies graves?
2.1.3 Son occupation?
2.1.4 Boit-il? Fume-t-il?
2.1.5 Son caractère?
2.1.6 Votre relation avec lui?
2.1.7 Des reproches envers lui? (Peurs / Surprotection / Sexualité)
2.1.8 Comment est-il avec votre mère?
2.1.9 Que savez-vous de sa mère? Son père? Date de leur décès?
2.1.10 Comment entrevoyez-vous son décès?

2.2 Père décédé

2.2.1 Quel âge avait-il? De quoi?
2.2.2 Quel âge aviez-vous? Étiez-vous présent? Réaction au décès? Problèmes d'héritage?
2.2.3 Sa santé avant? Ses maladies graves?
2.2.4 Son occupation?
2.2.5 Buvait-il? Fumait-il?
2.2.6 Son caractère?
2.2.7 Votre relation avec lui?
2.2.8 Des reproches envers lui? (Peurs / Surprotection / Sexualité)
2.2.9 Comment était-il avec votre mère?
2.2.10 Que savez-vous de sa mère? Son père? Date de leur décès?

2.3 Mère vivante

2.3.1 Son âge? Où demeure-t-elle actuellement? Avec qui?
2.3.2 Sa santé? Ses maladies graves?
2.3.3 Son occupation?
2.3.4 Boit-elle? Fume-t-elle?
2.3.5 Son caractère?
2.3.6 Votre relation avec elle?
2.3.7 Des reproches envers elle? (Peurs / Surprotection / Sexualité)
2.3.8 Comment est-elle avec votre père?
2.3.9 Que savez-vous de sa mère? Son père?
2.3.10 Comment entrevoyez-vous son décès?

2.4 Mère décédée

2.4.1 Quel âge avait-elle? De quoi?
2.4.2 Quel âge aviez-vous? Étiez-vous présent? Réaction au décès? Problèmes d'héritage?
2.4.3 Sa santé avant? Ses maladies graves?
2.4.4 Son occupation?
2.4.5 Buvait-elle? Fumait-elle?
2.4.6 Son caractère?
2.4.7 Votre relation avec elle?
2.4.8 Des reproches envers elle? (Peurs / Surprotection / Sexualité)
2.4.9 Comment était-elle avec votre père?
2.4.10 Que savez-vous de sa mère? Son père?

2.5 Fratrie

2.5.1 Âge? Statut? Enfants? Occupation? Maladies? Santé? Caractère? Boisson? Drogue? Couple? etc...
[Établir ce constat pour chaque enfant]

2.6 Généralités (famille élargie)

2.6.1 Y a-t-il eu des personnes de votre famille qui ont eu des problèmes majeurs de fonctionnement ou de comportement?
2.6.2 À qui ressemblez-vous le plus? À ton père? À ta mère? En quoi?
2.6.3 Événements importants dans la vie des parents?
2.6.4 L'importance de la famille : a) d'origine? b) la vôtre?

2.7 Éducation

2.7.1 De manière sévère ou indulgente?
2.7.2 Puni? Par qui? Souvent? Comment? Pourquoi? Votre réaction?
2.7.3 Qui vous gâtait le plus?
2.7.4 Qui préfériez-vous le plus? Pourquoi?
2.7.5 La préférence de votre mère? De votre père?
2.7.6 Avec vos frères et soeurs? Des préféré(e)s? Des détesté(e)s?
2.7.7 Étiez-vous heureux chez vous?
2.7.8 Comment s'entendaient vos parents?

3. ENFANCE

3.1 Quelle sorte d'enfant étiez-vous?
3.2 La grossesse de votre mère? Étiez-vous désiré?
3.3 Nourri au sein ou pas? Sevrage?
3.4 Avez-vous marché tôt? Parlé?
3.5 Avez-vous mouillé votre lit? Réaction de vos parents?
3.6 Avez-vous eu des cauchemars? Réaction de vos parents?
3.7 Sucés vos doigts? Rongés vos ongles? Convulsions?

4. INSTRUCTION

4.1 L'école? Réaction? Des amies : enfant suiveur ou meneur?
4.2 Degré complété? Sujets préférés? Ambition / Rêve?
4.3 Aimeriez-vous y retourner? Est-ce important pour vous?

5. TRAVAIL

5.1 Le premier? L'aimiez-vous? Raison du départ?
5.2 Actuellement? Êtes-vous satisfait?

[**N.B.** Pour chaque emploi permanent, reprendre le point 5.1]

6. DÉMÉNAGEMENTS

6.1 Les déménagements de votre vie? Souvenirs et réactions? Le plus pénible?

7. ACCIDENTS

7.1 Âge? Circonstances? État psychologique avant? Réactions après?
7.2 Victime de violence? Physique? Psychologique? Sexuelle?

8. MALADIES

8.1 Âge? Circonstances? État psychologique avant? Symptômes avant? Réactions après?
8.2 Allergies? Acnée? Sommeil? Mains? Pieds? Esthétique? Audition? Dentition? Vision? Intestins? Perte de connaissance? Asthme? Vomissement? Chirurgie?
8.3 Médicaments?
8.4 Tics ou manies? Tatouages? Idées suicidaires? Idées délinquantes?

9. SEXUALITÉ

9.1 Généralités (Hommes / Femmes)

9.1.1 Maladies vénériennes? Menstruations?

9.1.2 Avez-vous beaucoup aimé les femmes? Les hommes?

9.1.3 **Initiation à la sexualité (caresses, jeux)?**

9.1.4 Curiosité? Déjà été témoin?

9.1.5 La différence des sexes? Réaction?

9.1.6 La naissance? Le mariage?

9.1.7 La masturbation? Culpabilité? Comment? Souvent? Fantasmes? Actuellement?

9.1.8 Rapport avec des hommes? Des femmes?

9.1.9 Première relation complète? Avec qui? Circonstances? Réactions?

9.1.10 Êtes-vous excité facilement au plan sexuel? Avec de l'alcool?

9.1.11 Que pensez-vous des femmes? Des hommes?

9.1.12 Problèmes d'éjaculation? D'impuissance? De stérilité? Problèmes de vaginisme? De stérilité? De menstruations? Ménopause?

9.1.13 La contraception dans votre couple? (Vasectomie, stérilet, pilule, etc.)

9.1.14 Y a-t-il de la pornographie chez vous? Importance du corps?

9.1.15 La fréquence de vos rapports? La durée? La façon? Relations annales? Un plaisir mutuel? Les tabous? Réactions après? Fantasmes? Capacité de dire non?

9.1.16 Reproches envers le partenaire sexuel?

9.2 Marié ou en union libre (Hommes / Femmes)

9.2.1 Comment avez-vous rencontré votre conjoint(e)? Âge? En deuil?

9.2.2 Pourquoi l'avez-vous aimé(e)? Qualités? Défauts?

9.2.3 Fréquentation? Épousailles?

9.2.4 Disputes? Motifs? Dialogue?

9.2.5 Caractère du conjoint(e)?

9.2.6 Pourquoi vous a-t-il aimé(e)?

9.2.7 Aventure extra-conjugale?

9.2.8 Événement important dans la vie du conjoint(e) (deuil, maladie, profession)?

9.2.9 Enfants? Grossesse? Accouchement? Âge? Statut? Santé? Maladies? Occupation? Caractère? Liens? Leur départ du foyer familial? Surprotection? Amour?

9.2.10 Des fausses couches? Des avortements?

9.3 Divorce / Séparation

9.3.1 Année? Qui a décidé? Pourquoi? Durée du deuil? Regrets? Reproches? Actuellement? Retourneriez-vous avec? Pourquoi?

9.3.2 Si non divorcé(e), y avez-vous déjà pensé? Qu'est-ce qui a arrêté?

10. HABITUDES ET GOÛTS

10.1 Loisirs? Ami(e)s? En couple? Bénévolat? Voyages?

10.2 Croyance religieuse? Dieu?

10.2.1 Spiritualité? Péché? Être sauvé? Espérance? Responsabilité? Morale? Jugements? Préjugés?

10.2.2 Face à la mort? S'il vous restait un an à vivre? Résurrection? Réincarnation? Purgatoire? Enfer? Ciel? L'importance des rituels? Peur de vieillir?

10.3 Alcool? Drogues? Cigarettes? Conduite automobile? L'argent? Manger?

10.4 Ce qui vous frustre le plus? Ce qui vous flatte le plus?

10.5 Plus grand regret? Plus grande satisfaction ou réussite?

10.6 Trois plus beaux événements? Trois plus grandes épreuves?

10.7 Phobies : foule, ascenseur, hauteur, animaux, éléments naturels (eau), maladies, saleté, mort, air, noirceur, dentiste, sang, piqûre, avion? Sentiment d'être inadéquat? Perfectionniste?

10.8 Que voudriez-vous changer en vous physiquement? Au niveau du caractère? De votre vie en général?

10.9 Qu'est-ce que vous aimez le plus de vous?

10.10 Avez-vous de la facilité à exprimer tout ce que vous ressentez face à n'importe qui? Sinon pourquoi? Et dans votre couple?

10.11 Liens avec la famille et belle-famille?

10.12 Les personnes les plus importantes à vos yeux? En plus? En moins?

10.13 Vous voyez-vous comme personne indépendante ou dépendante affectivement? De qui? De quoi? Pourquoi?

11. ATTITUDES VIS-À-VIS DE LA MALADIE

11.1 À quoi attribuez-vous vos problèmes actuels?

11.2 Espérez-vous vous en sortir? Voulez-vous? Comment?

11.3 Comment voyez-vous votre vie après?

11.4 Comment résumeriez-vous votre vie... Passée? Future?

11.5 C'est quoi l'amour pour vous? L'avez-vous déjà été? Y croyez-vous?

11.6 Le plus difficile dans l'anamnèse?

ANNEXE VI

2.2
VERS UNE VÉRITABLE MÉTHODE DE «LECTURE PRAXÉOLOGIQUE» DE LA BIBLE

Il convient de ne pas confondre :

- **se servir d'un texte biblique, dans le cadre d'une démarche praxéologique,** pour éclairer une praxis actuelle;
- et **procéder à la lecture praxéologique d'un texte biblique**, c'est-à-dire analyser une praxis biblique type.

En pratique, jusqu'à maintenant, les textes de l'Écriture étudiés dans le cadre de mémoires de maîtrise et de doctorat en théologie pratique ont plutôt été soumis à la première opération. La principale démarche strictement «praxéologique» me semble avoir été la sélection : chacun des textes, en effet, s'est trouvé choisi à partir et en fonction d'une praxis actuelle. Pour le reste, ils ont surtout été analysés en eux-mêmes, dans leur signification littérale.

Y a-t-il moyen d'aller plus loin, et d'envisager une véritable méthode de lecture? Peut-être! Voici une proposition, à titre d'hypothèse de recherche.

1. <u>Observation de la praxis du texte</u>

a. L'objet de l'observation

Qu'observe-t-on en fait? De deux choses l'une.

1. S'il s'agit d'un **récit**, on observe une praxis de l'action.
2. S'il s'agit d'une **parabole** ou d'un **discours**, on observe une praxis de la parole.

b. La méthode d'observation

On peut se servir de l'une et/ou l'autre des **lectures exégétiques courantes :** historico-critique, sémiotique, rhétorique, structurelle, etc. On peut aussi recourir à d'autres grilles plus simples qui visent à dégager les diverses composantes du texte [par exemple, acteurs, réalités, théologie, société, valeurs].

2. Problématisation sur la praxis du texte

a. Confrontation avec la praxis biblique dans son ensemble

Méthode pertinente : **théologie biblique** [convergences de plusieurs textes bibliques, cohérences, relativisation, différenciation, etc.].

b. Confrontation avec la praxis contemporaine

Méthodes potentiellement utiles : toutes les **lectures «exogènes»** de la Bible [sociologique, politicologique, matérialiste, psychanalytique, féministe, etc.].

3. Interprétation de la praxis du texte : à travers le prisme de l'aujourd'hui du lecteur

*a. **Méthode :*** La «traduction situationnelle» du texte.

b. Techniques utiles

- Technique de **nomination** (ou d'intitulation) : nommer la situation-clé en termes modernes (trouver au texte un titre accrocheur et signifiant).

- Technique d'**identification** : par-delà l'identité de surface (historique), attribuer aux personnages bibliques une identité profonde (contemporaine) [pratiquer autant que possible une «identification inclusive»].

4. Intervention dans la praxis du texte

Réécriture de la praxis du texte en fonction de notre aujourd'hui à nous.

5. Idéalisation de la praxis du texte

Libération quasi onirique des utopies (pastorales) constructives.

LA MÉTHODE DE «LECTURE PRAXÉOLOGIQUE» DE LA BIBLE EN REGARD DE LA MÉTHODE PRAXÉOLOGIQUE EN GÉNÉRAL

La démarche proposée pour la «lecture praxéologique» d'un texte biblique se trouve en fait à **inverser le rapport vécu-Écriture** [c'est-à-dire le rapport entre l'aujourd'hui et le texte-source] qui sous-tend la méthode praxéologique en général.

En effet, quand on procède à **l'analyse d'une praxis pastorale,** on part de cette praxis (observation-problématisation) pour ensuite chercher dans l'Écriture et la Tradition un éclairage (interprétation).

Une **«lecture praxéologique»** de la Bible, me semble-t-il, ne peut que procéder en sens inverse [Écriture → aujourd'hui). Pour être praxéologique, – Monsieur de «praxis» : tel est son objet formel et spécifique. **L'observation-problématisation** portera donc essentiellement sur cette praxis incrustée dans le livre de la Parole. Mais **l'interprétation**, elle, se fera à partir de l'aujourd'hui. Ce faisant, on ne sort pas de la vérité de la Parole-Livre; il suffit de prendre conscience alors de toute la densité transculturelle et transhistorique de la «Parole vivante».

Si l'on adopte plutôt la séquence méthodologique aujourd'hui → Écriture, on s'expose aux **dangers** suivants :

- Réduire la Bible à une simple référence, grille d'analyse ou source parmi d'autres.;
- Verser dans le simple parallélisme de situations [comparaison, confrontation] et, à la limite, dans le pur – ou mieux l'impur! – concordisme.

En outre, pourrait-on ajouter, la séquence aujourd'hui → Écriture est inapte, en elle-même, à ajouter au palmarès de l'exégèse contemporaine une nouvelle méthode de lecture scientifique de la Bible, à côté des autres méthodes déjà éprouvées ou à l'essai. Cette séquence m'apparaît plus apte à fonder ces autres lectures de l'Écriture que j'ai appelées «non critiques».

En adoptant plutôt, dans la démarche d'interprétation, la séquence Écriture → aujourd'hui, on fait donc oeuvre d'exégèse (à la fois scientifique et pratique).

LES DIVERSES MÉTHODES DE LECTURE D'UN TEXTE BIBLIQUE

1. LES LECTURES SCIENTIFIQUES [OU CRITIQUES]

BUT : CONNAISSANCE APPROFONDIE DU TEXTE

a. *Les méthodes «historico-critiques»*

PRÉSUPPOSÉ : LE CON-TEXTE [DIACHRONIE]

> Point d'intérêt majeurs : la pré-histoire du texte, les stades de composition, les genres littéraires, les éléments culturels reflétés, la transmission du texte d'une génération à l'autre, etc.

b. *Les méthodes «grammaticales»*

PRÉSUPPOSÉ : LE TEXTE [SYNCHRONIE]

- L'analyse sémiotique
- La critique structurelle
- La critique rhétorique

c. *Les méthodes «empruntées»*

PRÉSUPPOSÉ : UNE GRILLE D'INTERPRÉTATION HORS-TEXTE, EMPRUNTÉE AUX SCIENCES HUMAINES

- L'interprétation psychanalytique
- L'interprétation matérialiste
- L'interprétation sociologique
- L'interprétation féministe

d. *Les méthodes «biblico-théologiques»*

PRÉSUPPOSÉ : LES RÉSEAUX DE TEXTES [L'INTERTEXTUALITÉ]

2. LES LECTURES NON SCIENTIFIQUES [OU MOINS SCIENTIFIQUES]

a. *Les lectures «allégoriques»*

- L'interprétation «typologique» [rapport Ancien → Nouveau Testament]
- L'interprétation «anagogique» [rapport ici-bas ↑ au-delà]
- L'interprétation «tropologique» [rapport à la conduite morale]
- L'interprétation «accommodatrice» [rapports tirés par les cheveux; pur "concordisme"]

b. *Les lectures «orientées»*

- La lecture spirituelle [but : nourriture, édification personnelle]
- La lecture catéchétique [but : formation, interpellation de l'autre]
- La lecture communautaire [but : conscientisation, action collective]