

L'APPROCHE NARRATIVE AVEC LA PERSONNE ATTEINTE DU CANCER

[Fiona Souchon](#)

Martin Média | « [Le Journal des psychologues](#) »

2014/4 n° 317 | pages 30 à 35

ISSN 0752-501X

DOI 10.3917/jdp.317.0030

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2014-4-page-30.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Martin Média.

© Martin Média. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.



Fiona Souchon

Psychologue clinicienne
équipe mobile
de soins palliatifs,
CH Salon-de-Provence

L'approche narrative atteinte du cancer

Celui qui parle, sujet de l'énonciation, n'est jamais celui qu'il est vraiment, qu'il croit être ou que les autres croient qu'il est. « *Et tant mieux pour le sujet qui, selon Rimbaud, n'est jamais identique à lui-même et n'existe que dans cette dynamique qui le fait à chaque instant différer de soi. Nous sommes appelés à nous transformer constamment, à parcourir les océans tel un "bateau ivre" partant à la rencontre de mondes inconnus, à nous faire "autre" en nous libérant de nos "habits du moi", parfois contraignants et étriqués. [...] Car ce que promet cette navigation risquée, ce n'est rien et personne d'autre que soi-même.* » (Ben Soussan, 2004). Toute recherche de son identité se fait sous forme de questions : Quel sens a ma vie ? Qui suis-je ? Où vais-je ? Quelle sera ma fin ? L'annonce du cancer provoque, chez le patient, une scission avec l'illusion de l'identité, et il y a ainsi une nouvelle identité qui vient se substituer (identité racontée autour de la maladie). Le rôle du psychologue sera alors d'amener le patient à se réapproprier son expérience. Le patient atteint d'un cancer perd un quelque chose de soi, un quelque chose de son identité, ce qui peut créer une angoisse de perte de soi. Il y a une rupture du lien avec soi-même et donc une rupture d'identité ou d'illusion d'identité. Le patient doit alors s'adapter aux exigences du monde médical, des traitements. L'approche narrative est une approche centrée sur les compétences avec une dimension constructive (ou coconstructive). Le sujet se construit une identité en se racontant des histoires sur le monde, sur les autres et sur lui-même. Mon hypothèse est que la coconstruction entre le patient et le thérapeute d'une autre narration de soi étayante et constructive permet au patient d'entrevoir de nouvelles possibilités de vie, et une alternative aux problèmes devient possible.

Mettre en place un espace de dialogue avec le patient pour qu'il parvienne à raconter quelque chose de son histoire, de son monde, de sa vie... tel est l'enjeu des « conversations thérapeutiques » au chevet du malade qui lui permettront de se réapproprier son histoire et de se reconstruire une nouvelle identité pour entrevoir de nouvelles possibilités de vie. L'approche narrative avec Élisabeth en est un exemple.

C'est ce que soulignent Serge Mori et Georges Rouan (2011). Le sujet se trouve comme prisonnier dans des histoires qui maintiennent le « problème ». La tâche du thérapeute va être de modifier ces histoires et de construire avec le patient de nouvelles histoires. Amener le patient à choisir une façon de se raconter autrement l'aide à se percevoir autrement, et donc à ouvrir une possibilité de changement. Nous parlons de « coconstruction », parce que le thérapeute adopte un positionnement par lequel il amène le patient à s'appuyer sur ses valeurs et compétences pour construire une nouvelle narration de soi avec un niveau de « *haute distanciation par rapport aux événements vécus* » (White, 2009). Le thérapeute ne propose pas d'histoire alternative préconçue. Patient et thérapeute échangent pour coconstruire cette nouvelle histoire. Les thérapies narratives reposent donc sur les récits des patients. Ces récits sont essentiellement influencés par la culture, la communauté, le point de vue de la famille et des amis et seront donc différents d'un individu à un autre. Un récit de vie est un discours narratif qui « *s'efforce de raconter une histoire, qui, à la différence de l'autobiographie écrite, est improvisée au sein d'une relation dialogique entre un patient*

avec la personne

et un thérapeute. Relation dialogique que nous nommons :

« conversations thérapeutiques » (Mori, Rouan, 2011).

À partir du moment où le patient raconte quelque chose de son expérience au thérapeute, on est dans une conversation à composante psychothérapeutique :

« Le verbe "raconte" (faire le récit de) est essentiel : il signifie que la production discursive du patient a pris la forme narrative. » (Ibid.)

Le patient utilise des personnages, explique des relations, des contextes, qui font partie d'une narration qui construit les significations. « Les conversations thérapeutiques sont donc des dialogues, au même titre que, par exemple, le débat politique, la transaction commerciale ou le cours. Cependant, ces dialogues ne se déroulent pas tous de la même façon, ne répondent pas aux mêmes normes. [...] Toute conversation thérapeutique se déroule dans une situation de rencontre particulière entre le patient et le thérapeute. » (Ibid.) Nous ne sommes pas dans une rencontre entre le thérapeute et le patient, mais dans une rencontre de discours qui crée des histoires. Plutôt que de parler à un autre, il s'agit d'adresser un discours, donc de s'adresser à un Autre.

Dans la conversation thérapeutique, le thérapeute a accès à un discours sur le vécu subjectif, la vie du patient. Ainsi, il s'agit de rendre compte de la dynamique de ces dialogues, pour cela, il faut au moins deux interlocuteurs. « Ainsi, on ne saurait considérer que le patient est le seul responsable de ce qu'il énonce. » (Ibid.)

Je souhaiterais illustrer mes propos à partir de la rencontre clinique avec Élisabeth H. que j'ai rencontrée lorsque je travaillais au sein de l'équipe mobile de soins palliatifs du centre hospitalier du Pays d'Aix. C'est l'interne du service de pneumologie qui adresse une demande de consultation psychologue après l'annonce du diagnostic suivant : « Découverte récente de néo-pulmonaire et métastases osseuses. »

ÉLISABETH H.

Madame H. est une femme de cinquante-quatre ans.

Elle habite dans le Var et se trouve dans une situation sociale précaire. Elle est veuve, a une sœur et trois filles qui viennent régulièrement lui rendre visite.

Lorsque j'entre dans sa chambre, je rencontre une femme souriante, mais dont le sourire me fait penser à un masque venant cacher quelque chose. Je me présente et lui demande si je peux m'asseoir. Entrer dans une chambre est toujours particulier, dans le sens où la rencontre s'effectue au plus près de l'intimité du patient, à son chevet.

J'observe une femme de petite taille et de petite corpulence. Ses cheveux sont rasés, laissant apparaître un petit crâne qu'elle caresse régulièrement quand elle aborde le sujet de sa maladie. Sur ses bras, on aperçoit des bleus et une perfusion.

Elle est vêtue d'une blouse ; glissée sous la couverture, elle semble avoir froid. Dans sa chambre double, il y a une autre patiente, dont le regard curieux me dérange en premier lieu. Ce n'est pas toujours le cas, mais, ici, l'autre patiente vient parasiter l'entretien par son écoute intrusive. Mais il faut faire avec, je ne suis pas seulement dans la chambre de ma patiente, je suis aussi dans celle de sa voisine.

LA MISE EN PLACE D'UN ESPACE DE DIALOGUE

Il est vrai que le sujet atteint de cancer voit les repères qu'il a mis en place tout au long de son existence se modifier. L'image qu'il a de lui, sa place, son rôle, se trouvent brutalement remis en cause. Il doit s'adapter à sa nouvelle image corporelle modifiée par la maladie, les traitements et leurs effets secondaires. Les différents facteurs sur lesquels se fonde son identité sont perturbés, ainsi que ses relations avec son entourage et ses réactions face aux événements.

Dès ma première rencontre avec Élisabeth, nous avons questionné la demande et, lorsque je me suis présentée, →

→ elle m'a dit qu'elle savait que j'allais venir et qu'elle m'attendait. Elle avait du mal à saisir le sens de notre entretien et voulait que sa fille vienne pour me raconter son histoire. Elle était alors incapable de se raconter : « *Le médecin m'a parlé de vous. Mais j'ai des problèmes pour retenir les choses. C'est dommage, il n'y a pas ma fille. C'est bien quand elle est là, parce qu'elle retient tout ce que les médecins disent. Elle sera là cet après-midi. Il faudrait que ma fille vous explique, elle sait tout, elle vous dirait tout.* » Élisabeth me place du côté du médical, elle me montre ses blessures et met en avant ses symptômes physiques causés par la maladie. Pendant l'entretien, sa sœur entre dans la chambre, et Élisabeth nous présente en disant : « *C'est ma sœur, ça tombe bien. Elle vous expliquera. Parce que moi, j'ai des trous de mémoire.* » J'ai, à ce moment-là, des difficultés pour demander à la sœur de sortir de la chambre. En effet, elle s'impose en venant s'asseoir sur le lit, la patiente voisine lui parle, et je me retrouve au milieu d'une conversation de groupe dans laquelle ma place n'a plus de sens. Je ne lui demande pas de sortir, mais je trouve une alternative en proposant à Élisabeth de convenir d'un autre rendez-vous. Je lui donne ma carte. Elle écrit mon nom sur un carnet, ainsi que la date du rendez-vous et me le montre. Elle semble ainsi vouloir prouver son engagement par l'écriture. Élisabeth n'a pas demandé à me rencontrer, elle m'a été adressée. Dans ces conditions, « *rencontrer la psychologue pour en parler* » est le plus souvent une démarche implicitement imposée au patient. « Pour en parler, mais parler de quoi ? », c'est ainsi que j'amorce l'entretien en posant la question : « *Savez-vous pourquoi nous nous rencontrons ?* »

Je prends le temps d'écouter la demande formulée par le tiers. La demande n'émane pas de sa part, et cette situation pourrait être vécue comme une contrainte ou comme une intrusion. Lorsqu'elle se raconte, elle utilise les mots « voir » et « savoir ». Ce qui fait résonance, c'est le même thème

« En faire une alliée et non une ennemie

En faire l'associée de la certitude de vivre encore un peu. »

**Marina Dirsey
« La cicatrice », La Mutante.**

de ce qui est à voir ou savoir entre elle, moi et le système institutionnel. Mener un entretien en « blouse blanche » représentant celui qui traite, soigne, sait, avec une patiente en « blouse de patient » souligne le rapport soignant-soigné, le rapport entre celui qui sait et celui qui attend de savoir, celui qui soigne et celui qui est malade, celui qui voit, observe, et celui qui est vu, qui est observé.



Souvent réduit à sa maladie, le malade devient objet de soin, il perd alors ses reconnaissances sociales et parfois son statut d'« être humain », d'« homme » ou de « femme », son statut de « personne », de « sujet ». Il fait alors l'expérience d'une véritable dissolution du sentiment d'identité.

Identification des narrations

Lors de nos entretiens, Élisabeth présente une certaine logorrhée verbale qui laisse pas ou peu de place à mes interventions. Elle semble vouloir montrer un quelque chose de sa maladie, de sa souffrance.

Élisabeth se définit par « *J'ai un cancer* » et non pas en tant que personne. Ainsi, ses symptômes semblent résulter de la construction d'une identité autour du cancer. Son récit semble autoconstruit : « *J'ai un cancer* », donc je me conduis comme une femme atteinte d'un cancer.

Élisabeth semble ici mettre en avant sa souffrance de manière violente avec le signifiant « *horrible* » qui se répète dans son discours. Son discours tend à montrer la violence de ce qu'elle vit, mais il y a comme une justification de cette « *plainte* » avec le signifiant « *normal* » qui apparaît à plusieurs reprises. Elle se raconte autour de la maladie et semble être dans cette seule construction de sens. Elle dit ne pas supporter la plainte de sa voisine avec laquelle elle se compare. « *Je préfère que la porte soit*



mémoire parce qu'en me brûlant les mauvaises cellules, on a brûlé des bonnes, c'est normal. J'ai du mal à tenir des choses de la main gauche. Vous voyez pour faire ça [elle attrape une carafe d'eau], j'ai du mal à la soulever, je tremble et je la fais tomber. » Son mode d'expression, sa posture, son discours, ainsi que son gabarit me font penser à ceux d'une petite fille. Il y a comme une régression que l'on peut entendre lorsqu'elle dit : « C'est pour ça, ma fille, elle m'aide à m'habiller, à me laver. Je la remercie, et elle me dit : "C'est normal, quand on était petites, tu nous as nourries, tu nous as lavées, habillées, maintenant c'est à moi de le faire." » On peut entendre une régression par la perte d'une autonomie, ce qui vient changer son mode de vie. Il y a une perte de quelque chose de soi, de quelque chose de son identité.

Élisabeth pose la question de la féminité en évoquant la perte de ses cheveux et cette perruque qu'elle attend avec impatience : « Je suis une femme coquette, je me maquille, j'ai de beaux cheveux normalement, longs comme les vôtres. Là, la perruque va me faire me sentir belle. » Ainsi je vais l'interroger : « Qu'est-ce qu'être une femme ? Qu'est-ce qu'une femme belle ? C'est quoi être normal ? Qu'est-ce qui a changé dans votre vie de femme depuis l'arrivée de la maladie ? Etc. », afin de pouvoir identifier ses constructions sociales, les significations construites dans son discours. Les thérapies narratives « tiennent compte de la réalité culturelle, historique et sociale de chaque patient. La tâche du thérapeute n'est plus de trouver une solution ou de comprendre les systèmes, mais plutôt de poser des questions pour aider les patients à observer l'influence de certaines histoires culturelles restrictives et à enrichir leur propre histoire de vie. » (Mori, Rouan, 2011.)

La perte des cheveux d'Élisabeth est vécue comme une punition qui vient soutenir une place de victime. Alors la question que je me pose est la suivante : Quelle place occupe la maladie dans l'identité d'Élisabeth ? dans sa problématique ? Nous travaillons lors de nos rencontres sur ces questions-là. Élisabeth amène sa propre construction des événements, sa propre histoire dans les entretiens et, avec les compétences que je perçois, j'amène le patient à choisir une manière de se raconter autrement.

Le moi préféré d'Élisabeth

Après une interruption de trois semaines, je rencontre Élisabeth en hôpital de jour, alors qu'elle est là pour une séance de chimiothérapie. Elle se trouve dans une chambre individuelle. Sa perruque se trouve posée derrière sa tête, sur le coussin. Je frappe à la porte entrouverte et je lui demande si je peux entrer. Elle répond : « Bien sûr M^{elle}... Heuuu... C'est un nom de chanteur... Souchon ! Vous voyez, je me souviens de vous ! »

fermée parce que la voisine d'à côté, vous savez, qui était dans ma chambre, elle vient tout le temps. Même l'infirmière lui a dit "Laissez-nous, vous voyez pas que je suis en train de faire un soin ?" Elle est juste là pour de l'asthme, et elle vient pour se plaindre. Quand on était dans la même chambre, elle me saoulait. Des fois, j'ai envie de lui dire : "Vous savez ce que j'ai ? Vous voulez qu'on échange nos maladies, moi je veux bien la vôtre." » Elle prend le témoignage de l'infirmière pour se justifier et donner de l'importance à sa « plainte ».

Il me semble que cette plainte fait partie de la problématique d'Élisabeth et que la maladie trouve sa place pour la justifier. « Se plaindre entretient la souffrance », écrit François Roustang (2000).

C'est peut-être cela qu'Élisabeth met en place dans son mode de relation, et ce serait ce qui se répète dans cet entretien.

La description de ce qu'elle a vécu à l'hôpital, lors de l'annonce, lors de la perte des cheveux, est violente, ce qui tend à confirmer qu'elle cherche à montrer, à partager cette souffrance : « Je suis allée à l'hôpital, on m'a fait des examens. On m'a mis le tuyau dans la gorge et là y'a du sang qui est sorti, ça n'arrêtait pas de sortir. J'ai eu peur, ça s'agitait autour de moi, c'était horrible. On m'a brûlé le crâne. [Elle se caresse le crâne] Quand je touche, ça fait mal. C'est pour ça que j'ai des trous de

→ Dans son discours, elle rappelle ses problèmes de mémoire, du fait qu'elle ait besoin que quelqu'un écoute et lui répète les événements. Elle évoque le sang qu'elle a vomie : « *Tout ce noir qui est sorti de ma bouche.* » Elle répète qu'elle se souvient de moi, parce que mon nom est écrit sur son carnet.

Son discours est monotone, et la plainte y est prédominante. J'ai du mal à en suivre le fil, et mon attention fait des allers-retours entre mes pensées et son discours. Puis, elle évoque un événement sur lequel je porte mon attention.

– « *J'ai eu peur cette nuit, j'ai eu une frayeur.*

– *Peur de quoi ?*

– *Je me suis réveillée et j'ai vu ma perruque, j'ai eu peur et je l'ai mise dans mon pantalon.* »

Je suis surprise par sa manière de narrer cette histoire.

– « *Vous pouvez m'expliquer comment ça s'est passé exactement ?*

– *J'ai vu la perruque posée sur ma tête noire. Je suis allée aux toilettes et j'ai mis la perruque dans mon pantalon.*

– *Mais pourquoi dans votre pantalon ?*

– *Je me suis réveillée, j'ai vu ses cheveux noirs, sur la tête, il faisait noir. Je l'ai prise en allant aux toilettes. J'avais posé mon pantalon sur le porte-serviette. Et comme je voulais plus voir la perruque parce qu'elle me faisait peur, je l'ai mise dans le pantalon qui était sur le porte-serviette. Dans la nuit, j'ai vu ça, j'ai pas supporté.*

– *Ça représente quoi le noir pour vous ?*

– *Ben, je suis brune, donc la perruque je l'ai prise noire.*

– *Je veux dire la couleur noire en général représente quoi pour vous ?*

– (Elle réfléchit un moment) *C'est le mal, c'est néfaste, c'est mauvais... Même si je suis brune... (Long silence) C'est le mauvais, la mort... Je préfère le blanc.*

– *Et le blanc ?*

– *C'est l'espoir, le clair, c'est beau le blanc.*

– *Ce qui vous a fait peur, c'est le noir ?*

– *Oui. Enfin... Oui.*

– *C'est le mauvais, le mal, le néfaste, la mort, qui vous ont fait peur ?*

– *Oui. (Long silence) Avant, si vous m'aviez connue, j'étais pas comme ça.*

– *Vous étiez comment ?*

– *J'étais forte. Je faisais plein de choses, de la pétanque, des sorties avec mes amis, je riais tout le temps. J'étais vraiment forte. Une battante.*

Je lui propose de nommer cette personne qu'elle « *était avant* ». Elle propose de la nommer : « *Combattante...* »

Je dis : « *On pourrait la nommer : "Élisabeth combattante" ?*

– *Oui, voilà.*

– *Alors, si nous nommons la Élisabeth d'avant "Élisabeth combattante", qu'est-ce vous proposez comme nom pour celle d'aujourd'hui ?*

– *"Élisabeth chewing-gum."*

– *Ok. Alors pourquoi chewing-gum ?*

– *C'est mou, c'est élastique, ça se laisse aller.*

– *Vous vous laissez aller ?*

– *Oui.*

– *Est-ce qu'il y a quelque chose de positif dans un chewing-gum ?*

– (Elle réfléchit) *C'est doux, c'est frais, c'est bon, agréable à mâcher.*

– *Alors qu'est-ce qu'il y a de positif chez Élisabeth chewing-gum ?*

– *Je crois que c'est ça. Elle apprend à s'adapter à la situation.*

– *Ok. Donc nous avons parlé d'Élisabeth combattante et d'Élisabeth chewing-gum. Il y a donc eu comme un passage d'une personne à une autre. Est-ce qu'il y aurait un événement particulier que vous pensez être le passage de l'une à l'autre ?*

– *Oui. Je pense que c'est quand ma fille m'a trouvée par terre. Je vous en ai parlé. J'avais pris des médicaments. J'ai fait une tentative de suicide.*

– *Oui. Vous aviez évoqué avoir été trouvée par votre fille par terre. Mais vous n'aviez pas parlé de cette tentative de suicide. Donc, ce jour-là, Élisabeth chewing-gum s'est laissée aller, c'est bien ça que vous voulez dire ?*

– *Oui.*

– *Alors qu'aurait fait Élisabeth combattante selon vous ?*

– *Elle aurait dit : "Non, tu es forte, tu te bats, tu ne veux pas mourir."*

– *Si je comprends bien, n'hésitez pas à m'interrompre si je me trompe, Élisabeth combattante ne voulait pas mourir et Élisabeth chewing-gum l'a forcée à se laisser aller. Elle a pris le dessus.*

– *C'est ça.*

– *Aujourd'hui, est-ce que vous pensez qu'Élisabeth combattante pourrait apporter quelque chose à Élisabeth chewing-gum ?*

– *De la force, beaucoup de force. Se battre, parce que je veux guérir !*

– *On va terminer l'entretien. Vous revenez dans trois semaines, je crois, on prend un rendez-vous ? »*

Élisabeth accepte que nous nous revoyions. Nous convenons de nous revoir trois semaines plus tard.

COMMENTAIRE CLINIQUE

Ce n'est pas la première fois que le noir apparaît dans le discours d'Élisabeth. Ce qu'elle qualifie de « noir », c'est en fait ce qui la confronte à une possibilité de mort qui vient faire souffrance. Elle est confrontée à la réalité

d'avoir une finitude, et la maladie vient rompre la promesse de continuité dans le temps.

La manière dont elle amène l'épisode de la peur de la perruque montre la difficulté de cette confrontation avec la maladie et avec le changement. Elle dit : « *J'ai vu la perruque posée sur ma tête noire.* » Son discours illustre la violence du vécu de cette maladie représentée ici par la perruque et la « *tête noire* ».

Elle aborde ensuite une description de qui elle était « *avant* ». J'entrepris alors une démarche différente. Il semble opportun de travailler sur le changement qui fait souffrance, sur la perception qu'elle a d'elle-même. La thérapie peut ici être définie comme : « [...] *reconnaissant l'existence de plusieurs "moi" plutôt que d'un seul "moi", c'est l'expérience du client qui est privilégiée, car, selon le contexte et les circonstances, c'est l'un de ces moi qui sera mis en avant* » (Mori, Rouan, 2011).

Ce que j'essaie de « *coconstruire* » avec Élisabeth, c'est une mise en avant de son « *moi* » préféré en l'amenant à se décrire. La plupart des patients ont des pensées problématiques et des pensées logiques et positives. J'amène Élisabeth à identifier ces pensées problématiques et ces pensées logiques et positives dans l'entretien. Le but étant qu'elle se distancie du problème. Ça ne va pas se produire là pendant l'entretien, ça ne se produira peut-être pas du tout d'ailleurs, mais j'essaie de créer une possibilité, une ouverture vers un changement. Nous convenons alors de nommer : « *Élisabeth chewing-gum* » la Élisabeth ayant des pensées problématiques et « *Élisabeth combattante* »

la Élisabeth ayant des pensées positives et logiques.

Nous tentons aussi d'identifier la transition entre ces deux « *moi* ». Cela lui permet d'évoquer la tentative de suicide. Cette tentative de suicide semble être vécue comme un échec, ce qui la conduit, d'après ses dires, à la caractériser comme un « *laisser-aller* ».

Nous travaillons sur ce qu'une Élisabeth peut apporter à l'autre dans le but qu'elle reconnaisse ses qualités comme toujours présentes et qu'elle peut avoir le contrôle sur ses choix et sur sa vie.

Nous avons continué à travailler en utilisant ces deux « *Élisabeth* », afin de l'amener à considérer le problème comme extérieur à son identité. Élisabeth a évoqué ne plus vouloir se « *laisser faire par la Élisabeth chewing-gum* » : « *Je ne veux plus être cette femme qui culpabilise tout le temps et sans aucun pouvoir. Je reprends ma vie en main, petit à petit...* »

EN CONCLUSION

L'émergence d'une nouvelle narration de soi avec les qualités et compétences reconnues autour du « *moi préféré* » vient contredire les pensées problématiques habituelles du patient. Ainsi, l'approche narrative peut permettre au patient atteint du cancer de ne plus se sentir exclu de sa propre vie, de redevenir acteur de son histoire. Chez Élisabeth, je tente de mettre en place un axe de travail pour rouvrir la possibilité de se projeter dans l'avenir en considérant le problème comme extérieur et donc pouvant être résolu. Notre travail consiste alors à créer des possibilités d'ouverture vers un changement. ■