

Le syndrome de Lazare : une problématique de la rémission. Réflexions autour de la maladie cancéreuse chez l'adulte

The Lazarus Syndrome: an issue of remission. Thoughts about cancer disease in adults

É. Cavro • C. Bungener • A. Bioy

Résumé : La rémission du cancer peut être l'occasion pour certains patients d'une réelle détresse émotionnelle ainsi que d'une désadaptation psychologique appelées : syndrome de Lazare. Nous émettons trois hypothèses explicatives quant à la survenue de tels troubles. La première confronte l'issue du cancer aux concepts psychanalytiques de dette et de masochisme. La deuxième envisage les symptômes sous l'angle d'une réaction de sevrage. Et la dernière évoque le contrecoup traumatique des traitements.

Mots clés : Cancer – Rémission – Syndrome de Lazare – Troubles psychologiques – Souffrance du survivant

Abstract: Cancer remission may cause, in some patients, real emotional distress as well as psychological perturbation known as the Lazarus Syndrome. We propose three explicative hypotheses for the appearance of such a disorder.

Élodie Cavro
Étudiante en master 2
Professionnel de psychologie clinique et de psychopathologie
Université René-Descartes, Paris-V, Institut de psychologie Henri-Piéron
71, avenue Édouard-Vaillant, F-92100 Boulogne-Billancourt, France
E-mail : elodiecavro@hotmail.fr

Catherine Bungener
Professeur de psychopathologie
Laboratoire de psychologie clinique et de psychopathologie
Université René-Descartes, Institut de psychologie Henri-Piéron
71, avenue Édouard-Vaillant, F-92100 Boulogne-Billancourt, France
E-mail : Catherine.Bungener@univ-paris5.fr

Antoine Bioy
Docteur en psychologie
Psychologue clinicien dans l'Unité d'étude et de traitement de la douleur
Centre hospitalier universitaire de Bicêtre
78, rue du Général-Leclerc, F-94275 Le Kremlin-Bicêtre Cedex, France
E-mail : antoine.bioy@bct.aphp.fr

Firstly, the outcomes of cancer are compared to the psychoanalytic concepts of debt and masochism. Secondly, the symptoms are considered as a withdrawal reaction. Lastly, the Lazarus syndrome recalls the traumatic repercussions of treatments.

Keywords: Cancer – Remission – Lazarus Syndrome – Psychological disorder – Survivor's distress

Introduction

L'étude de la maladie cancéreuse, même sous un angle psychologique, nous oblige, comme pour la plupart des pathologies somatiques chroniques, à revenir brièvement sur les différentes étapes qui la jalonnent. Chacune est porteuse de problématiques qui lui sont plus ou moins spécifiques. Ici, nous avons fait le choix d'axer notre travail sur l'une de ces étapes : la rémission. *A priori*, c'est un événement heureux pour le patient, car il correspond à la fin d'un malaise, tant physique que psychique. Seulement voilà... Et si ça n'était pas toujours le cas ? Et si la guérison marquait, au contraire, l'éclosion d'une souffrance ? L'être humain est fait de paradoxes et d'ambivalences. Le syndrome de Lazare, syndrome que nous allons aborder ici, en est la parfaite illustration. Pourtant, il a trouvé très peu de place en tant que tel dans la littérature française. C'est pourquoi nous avons tenu à effectuer cette étude. Elle est l'occasion de le définir (ou de le redéfinir) et d'apporter quelques pistes pour une meilleure compréhension. Avant tout, revenons succinctement sur les particularités psychologiques inhérentes aux deux premières étapes du cancer : le diagnostic et les traitements.

L'annonce du diagnostic d'un cancer fait l'effet d'un coup que l'on porte au patient. Il se dit alors comme assommé, hébété. C'est un véritable état de sidération qui est décrit et qui correspond à un vide émotionnel et à un

sentiment d'effondrement. Le temps est aboli. Le patient n'arrive pas à y croire. Une fois passé le choc, l'une des premières réactions fréquemment exprimées est celle de la peur. La peur de mourir. Le cancer est une maladie qui demeure, dans la plupart des esprits, une maladie qui tue ; ce qui est vrai, d'ailleurs, dans un cas sur trois chez les hommes et dans un cas sur quatre chez les femmes (Khayat, 2003). C'est pourquoi cette annonce peut être vécue comme une sentence de mort. La confrontation au cancer remet en question la croyance en notre propre immuabilité. Il nous assujettit à une réalité incontournable : notre mortalité. Or, comme l'a écrit Freud (1914) : « Au fond de nous, nous sommes convaincus de notre immortalité. »

On ne compte plus, dans la littérature, le nombre d'études qui portent sur les enjeux et les impacts psychologiques d'une telle annonce. Pour Reich, Deschamps, Ulaszewski *et al.* (2001), c'est un moment clé dans la relation soignant-soigné qui détermine profondément la compliance aux traitements, le vécu de la maladie et le type de mécanismes de défense mis en place. Quant à ses conséquences, « l'annonce peut être suivie [...] d'une période d'anxiété et/ou de dépression, de troubles du sommeil et de l'appétit, voire de tentatives de suicide » (Olié, 1995). D'après la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC), en 2003, le cancer aurait favorisé des troubles psychiatriques chez 47 % des patients. Il s'agirait principalement de troubles de l'adaptation (39 %), de troubles dépressifs (12 %) ou de réactions anxieuses (6 %). Comme pour la plupart des maladies à caractère létal, il arrive même que son diagnostic engendre un véritable traumatisme chez le patient (Reich, 2001). Il va alors exiger un important travail psychique d'adaptation, de négociation et d'intégration. Le sujet doit intégrer un nouvel état, une nouvelle réalité au sein de laquelle il tente de se resituer et de se redéfinir par rapport à son environnement immédiat, car « le cancer est une expérience de perte, la perte de soi-même » (Castro, 1991).

Très vite vient ensuite l'étape des traitements et de leurs effets secondaires. Élaboré depuis l'annonce du diagnostic, le statut de malade prend réellement son sens à ce moment-là. L'état physique du patient y est mis à rude épreuve : alopecie, fatigue, amaigrissement, nausées, ablation totale ou partielle d'un organe. L'image de soi est atteinte de plein fouet, le corps est meurtri. C'est pourquoi la maladie peut se révéler pour certains une véritable épreuve où l'humiliation et la résignation sont autant de bourreaux d'un narcissisme déjà fragilisé et poussé dans ses derniers retranchements. Cette période particulièrement redoutée peut faire l'effet, elle aussi, d'une véritable effraction traumatique ; traumatisme dont la force supplante presque celle du traumatisme provoqué par le diagnostic lui-même.

Cependant, les plaintes ne seraient verbalisées qu'*a posteriori*. « Puis vient le temps des traitements et, fait paradoxal, [...] ce n'est pas là que la demande de soutien psychologique est le plus souvent formulée... comme si, en situation "d'immersion thérapeutique", le malade n'avait

pas d'autre choix que d'y faire face » (Marx, 2002). On peut observer, en effet, qu'une grande partie des patients cancéreux subit ses traitements avec une docilité qui frôle souvent la passivité. Tout se passe comme si le sujet, résigné, s'était désinvesti de lui-même et qu'il acceptait que « ce » corps ne soit plus du domaine de sa propriété privée, gage de son indépendance ou de son identité, mais la propriété d'une équipe soignante devenue toute-puissante. Cette étape est un temps de centration corporelle où le désinvestissement psychique, qui peut être qualifié de défensif (régression), permet au patient de surmonter cet éventuel vécu traumatique en lui évitant tout accès à une élaboration mentale. Malgré tout, on verra que ce réaménagement est à double tranchant.

Lorsque la fin des traitements arrive, la coutume n'est pas de parler de guérison avec le malade mais plutôt de rémission. La rémission peut se définir par la disparition temporaire des signes de la maladie. Pour la plupart des médecins, elle correspond à une période de cinq ans environ ; période durant laquelle les risques de récides demeurent élevés. Le cancer est une maladie qu'on parvient certes à traiter de mieux en mieux mais qui garde encore secrètes la plupart de ses règles. Toutefois, passé ce délai, on peut enfin parler de guérison.

On imagine donc combien cette période doit être perturbante sur le plan psychologique. Elle est ambivalente. Le cancer semble avoir disparu, sans que personne en soit tout à fait certain. La plupart des patients ont donc du mal à se sentir guéris. Ils sont dans un entre-deux particulièrement inconfortable, d'autant plus qu'on est face à un silence des organes, un ennemi invisible. À la logique de soin succède alors une logique de surveillance. Ainsi, la majorité des sujets interrogés vous répondront que demeure une anxiété anticipatoire aux consultations et aux bilans de contrôle. L'incertitude d'une éventuelle récidence fait l'effet d'une épée de Damoclès au-dessus de la tête du patient. « L'oubli d'une maladie mortelle est impossible et la crainte d'une rechute demeure une réalité constante. Le moindre malaise provoque l'inquiétude et peut repousser à une somatisation excessive » (Pretty, 1988).

La rémission est certes un état défini médicalement, mais c'est aussi un éprouvé, une sensation. Le sentiment de « guérison » est subjectif. Il dépend beaucoup de l'impact psychologique qu'a eu la maladie sur le sujet. Par ailleurs, l'ampleur des troubles n'est pas forcément proportionnelle à la gravité du cancer. « Ainsi un cancer qui a toutes les chances de guérir selon les caractéristiques actuelles de survie peut cependant avoir un effet bouleversant chez le patient concerné, alors qu'un cancer dont le pronostic est beaucoup plus sombre n'empêchera pas un autre patient de se sentir guéri, au moins pendant un temps » (Pucheu, 2003).

C'est dans ce contexte que l'on peut observer, chez des sujets en rémission, un réel état de déstabilisation et de malaise psychique qu'un certain nombre d'auteurs a été amené à définir sous le terme de « syndrome de Lazare ».

Le syndrome de Lazare : présentation et définition

Dès 1989, Holland, cancérologue américaine, donne à l'ensemble des difficultés psychologiques que rencontre un patient qui a survécu à une grave maladie le nom de : syndrome de Lazare. Rappelons que Lazare fut le premier homme à avoir été ressuscité par Jésus. Il aurait alors présenté des troubles de l'adaptation et du comportement à son retour dans le monde des vivants. En France, ce sont notamment les psychiatres Fresco et Salimpour qui ont travaillé sur ce sujet. Notons que le syndrome de Lazare n'est pas la spécificité du cancer. On peut tout aussi l'envisager dans d'autres cas de maladies chroniques à caractère létal.

D'après Dhomont (1988), « il désigne l'ensemble des difficultés auxquelles se trouvent confrontées les personnes en rémission d'un cancer et principalement la difficulté de reprise des relations avec un entourage qui avait commencé à faire le deuil à l'annonce de la maladie ». L'auteur nous rappelle que certains patients en rémission vont, heureusement, mieux vivre qu'avant. Mais pour d'autres, ce sera pire. « Rescapés d'une mort certaine, ils n'arrivent plus à se sentir tout à fait en vie » (Dhomont, 1988). Pour Tross et Holland (1989), ce syndrome illustre le vécu terrible d'un patient qui était donné pour mort et celui de la famille, qui a été invitée à faire un deuil prématuré. Nous ouvrons une parenthèse pour préciser que cette étude n'abordera volontairement que le vécu subjectif du patient, laissant temporairement de côté la problématique de l'entourage.

Outre les complications physiques tardives, le sujet en rémission peut ressentir un dysfonctionnement psychique ainsi que des modifications angoissantes dans son rapport aux autres. Ce phénomène peut être vécu comme une seconde condamnation difficile à surmonter. Il peut se voir comme « la transition d'un état de maladie à celui de la santé » (Razavi et Delvaux, 2002). Ni bien-portant, ni malade, il peut souffrir d'un flou identitaire ; flou qui illustre fort bien ses difficultés à retrouver une place dans un monde, dont il était partiellement sorti et qui a évolué sans lui.

La notion de survivance est une notion clé dans la définition du syndrome de Lazare. D'ailleurs, il arrive que l'on parle aussi de syndrome du survivant. Le malade a ainsi ce sentiment de revivre ou de ressusciter après un cancer. Il a un nouveau statut : celui de rescapé, de survivant.

Plus précisément, les différents symptômes que l'on peut observer sont : une peur de la récurrence, une diminution de l'estime de soi, une préoccupation morbide sur la mort, une labilité psychologique plus grande, un sentiment d'abandon, des difficultés dans les relations professionnelles, un isolement social, des difficultés à réintégrer le réseau familial ou social et un comportement surprotecteur de l'entourage.

Ce désordre psychique semble toutefois transitoire. Évidemment, sa durée est très variable selon les individus. Là encore, les références bibliographiques sont soit rares, soit fort imprécises. Le syndrome de Lazare serait-il trop sub-

jectif ou bien serait-il encore mal caractérisé ? Quoi qu'il en soit, le retour à la vie normale semble se faire après un temps nécessaire d'adaptation, propre à chacun.

Il paraît difficile d'évaluer et de chiffrer la proportion de patients qui ont souffert de ce syndrome. Il existe peu d'études dans la littérature qui répondent à cette question. Dans son article, Pucheu fait état de différents chiffres. Parmi les patients, 20 % semblent, ainsi, déprimés au moment de leur guérison. Elle le comprend comme une incapacité à avoir pu dépasser le traumatisme du diagnostic. « Cet état semble jouer une fonction que le patient n'est pas toujours prêt à remettre en cause à ce moment-là » (Pucheu, 1988). Mais est-ce vraiment de la dépression ou bien les signes du syndrome de Lazare, non identifiés comme tels ? Ensuite, Pucheu évalue à 60 % la part des patients qui sont dans le déni de leur cancer, une fois guéris. L'angoisse de la rechute y est réprimée. Ils veulent se convaincre que la maladie n'a rien changé à leur existence. De la même manière, on peut se demander alors quelle part et surtout quel rôle tient ce déni dans l'étiologie du syndrome de Lazare. Pour Deschamps, plus de 50 % seraient concernés par « une survivance plus ou moins dure, où l'oubli volontaire de l'épreuve se paie de séquelles persistantes, physiques et psychologiques » (Deschamps, 1997).

Il convient de rappeler que si ces symptômes sont une réalité pour une partie des patients, pour d'autres, la rémission est l'occasion de dévorer la vie à pleines dents, de faire des projets, de reprendre ses activités en ayant en tête le désir de tourner la page. Certes, sortir d'une telle épreuve ne laisse pas indemne, mais beaucoup vivront mieux qu'avant, s'accrochant à la vie, sublimant leurs cicatrices.

Hypothèses explicatives du syndrome de Lazare

Nous allons tenter d'expliquer la survenue du syndrome de Lazare selon trois grandes approches. Chacune d'entre elles fait appel à des concepts et à des auteurs parfois très différents. La cohabitation de toutes ces références semble se faire en réponse à notre volonté première, non pas celle de trouver des réponses, mais plutôt celle de poser des questions. Évidemment, toutes les hypothèses que nous émettons ne prétendent à aucune exhaustivité. Néanmoins, il nous semble que tous les travaux menés dans ce domaine peuvent se compléter entre eux, chacun apportant sa contribution à l'édifice de notre réflexion et à l'ouverture de notre pensée. Nous prenons le risque de cette unification « des cultures », car, après tout, nous avons beau parler des langues étrangères, ça ne nous empêche pas de dire parfois la même chose.

Syndrome de Lazare, dette, masochisme moral et pulsion de mort

Huguet (1995) nous explique au travers du cas d'une patiente qu'elle étudiait comment le cancer a pris, pour elle, « la valeur symbolique d'une dette à payer ». Cette manière de voir la maladie constituerait d'ailleurs un mécanisme de défense

massif et efficace face à l'événement traumatique qu'est le diagnostic d'une telle maladie. En effet, il est fréquent de voir des sujets accepter leur maladie d'autant mieux qu'ils peuvent la justifier et l'intégrer au sein d'un roman familial qu'Huguet a appelé « mythe personnel » (Huguet, 1995). Sur ce même point, Bacqué nous explique en 1988 comment la représentation que le sujet a des soins et la manière dont il appréhende la rémission dépendent notamment de la représentation qu'il s'est faite de l'étiologie de son cancer.

Mais, quel intérêt ces sujets ont-ils à rester malades ? Dans son article, « Le problème économique du masochisme » écrit en 1924, Freud fait une allusion toute particulière aux bénéfices d'une maladie somatique comme le cancer. Elle viendrait notamment dédouaner de la faute. « Il est instructif d'apprendre que contre toute théorie et toute attente, une névrose peut disparaître quand la personne est tombée dans la détresse d'un mariage malheureux, a perdu sa fortune ou a contracté une redoutable maladie organique. Une forme de souffrance a ici été relayée par une autre, et nous voyons qu'il ne s'agissait que de pouvoir maintenir une certaine quantité de souffrance » (Freud, 1924). Il utilise alors le terme de masochisme moral pour évoquer le sort de ces patients qui semblaient ne pas vouloir guérir. À propos de ce phénomène, il écrit : « Des forces se dressent contre la guérison et ne veulent pas renoncer à l'état de maladie » (Freud, 1924). Rappelons que le passage par le corps permet de relayer la psyché dans son travail. Dans le somatique vient se nicher la souffrance, ce qui apaise et soulage la psyché. La souffrance morale devient physique. L'individu s'acquitte de sa dette. « Le refuge dans la maladie physique peut ainsi soulager le sentiment de culpabilité, et apporter le bénéfice de la punition accomplie, délivrant de l'angoisse, en lui trouvant un objet » (Deschamps, 1997). C'est pourquoi, tout se passe comme si le patient n'avait pas d'intérêt à sortir de la maladie, comme si la maladie le rassurait vis-à-vis d'une rémission qui prend alors l'apparence ambiguë et inquiétante d'un bon état de santé.

La théorie psychanalytique sur la pulsion de mort vient compléter cette explication. « Le diagnostic "cancer" fait surgir une foule de réactions étranges, de représentations inconnues, et révèle une fissure dans notre désir entre pulsion de vie et pulsion de mort » (Deschamps, 1988). Freud explique « la réaction thérapeutique négative » par l'existence de cette pulsion de mort déliante au pouvoir mortifère. Cette réaction négative est la conséquence d'un besoin inconscient d'être malade. Ce besoin l'emporterait sur la volonté de guérir.

Seulement voilà : le patient qui a trouvé, inconsciemment, dans son cancer, le moyen de légitimer son mal-être aux yeux des autres, de rembourser sa dette de vivre, et donc de satisfaire l'exigence du masochisme moral, ne devrait-il pas, au contraire, se sentir enfin soulagé ? Comment comprendre malgré tout le caractère morbide du syndrome de Lazare ? Pour Bacqué, la reconnaissance, dans le discours des malades en voie de guérison, des bénéfices secondaires

de la maladie, est un des critères « de bonne réorganisation psychologique » (Bacqué, 1988). Dans ce sens, nous supposons que le déni, c'est-à-dire l'impossible accès à cette reconnaissance (qui ressemble alors presque à un aveu) vient empêcher tout ce travail de sublimation qui semble nécessaire au sujet pour penser sa rémission et dépasser son désarroi.

Le syndrome de Lazare induit par une dépression de sevrage

Un certain nombre d'auteurs compare les manifestations du syndrome de Lazare à celles d'une « réaction de sevrage ». Salter, Terra et Fresco font partie de ces auteurs : « On a pu décrire une réaction de sevrage à la fin de la phase des traitements tant les réactions mêlant anxiété et dépression sont fréquentes [...] » (Salter, 1992).

Néanmoins, pour mieux comprendre la notion de dépression de sevrage, il convient d'évoquer ce que le cancer apporte aux patients, et qui justifie que rémission devienne synonyme de perte. De quoi semblent-ils avoir autant de mal à se séparer ?

Tout patient peut retirer, plus ou moins consciemment, des bénéfices psychiques de sa maladie somatique, de telle sorte qu'il puisse être amené à entretenir et à prolonger cet état. « Il faut toutefois bien savoir que le bénéfice secondaire conscient peut apparaître comme motivation, ou cause de prolongation de certaines maladies, fonctionnant en général comme un écran qui masque des bénéfices et des besoins plus profonds. Ces bénéfices secondaires [...] sont la compensation sociale de la maladie » (Jeammet, 1979).

Ainsi, le cancer et les sentiments de peur et d'angoisse qui l'accompagnent viendraient alors réveiller et réactualiser un besoin primaire que nous avons tous en nous : celui d'être protégé, aimé, réconforté, soigné. Pour certains, l'équipe soignante peut même venir se substituer à l'environnement familial. Ce qu'elle procure aux patients en termes de soins et d'étayage réactive un vécu et des plaisirs archaïques. Elle peut représenter alors pour eux un véritable substitut maternel. « Le corps douloureux redevient lieu de soin et d'attention, de bienveillance et de besoins primitifs. Le passage par la maladie nous a comme déchargé du poids de vivre, de supporter seul sa vie d'adulte et replonger dans la fontaine de jouvence de l'enfance » (Deschamps, 1997).

Le cancer agit comme un « donneur de permission » et donne l'occasion pour l'individu d'atteindre un but : celui de s'épanouir enfin en s'accordant (voire en faisant la paix) avec ce qui était enfoui en lui et qui le rongait.

Mais l'annonce de la rémission signe la fin des soins et la disparition du cancer. Peu à peu, il n'y a plus lieu qu'on s'inquiète autant pour lui. Les consultations s'espacent et face à la diminution voire la disparition des symptômes, l'état du malade justifie de moins en moins d'attention et de soins privilégiés. Il quitte le cadre rassurant et protecteur de l'hôpital. C'est ainsi que peut naître chez le sujet un fort sentiment d'abandon, consécutif à une séparation qui s'est

avérée brutale. Le patient était « tombé dans le piège d'avoir intérêt à rester malade » (Simonton, 1982). Il aura du mal à quitter sa condition de malade ; car la quitter signifie retrouver toutes les contraintes du quotidien. « Ceux qui se dégagent des soins s'estiment pris à contre-pied quand ils retournent vers la vie sociale. Alors qu'ils espéraient revivre, ils découvrent des difficultés de toutes sortes qu'ils auraient oubliées ou reléguées à un second rang dans une hiérarchie dont la maladie prenait la tête. [...] Certains avouent leur dépit, au point de regretter d'être retournés si vite vers la vie quotidienne » (Bataille, 2003).

Dans le syndrome de Lazare, face à la perte de ces bénéfices secondaires et à la nécessité de se confronter aux contraintes de la vie quotidienne, le sujet va se déprimer. C'est donc une détresse réactionnelle aux multiples séparations et pertes occasionnées par la rémission. En ce sens, il n'est pas trop exagéré d'affirmer que le patient doit effectuer un véritable sevrage de « l'ère cancéreuse ».

Le syndrome de Lazare ou l'effet boomerang du traumatisme des traitements

Comme on l'a vu précédemment, du point de vue des théories psychanalytiques, la période des traitements est inconsciemment le moment privilégié du retrait des investissements externes, de l'épongement de la dette de vivre ou encore de la substitution d'une angoisse psychique profonde. Mais si on se place à présent d'un point de vue psychopathologique, la plupart des études montrent combien les répercussions somatiques du cancer et de ses traitements sont une cause fréquente de dépression et d'anxiété. Certaines vont même jusqu'à parler de syndrome de stress post-traumatique (SSPT). Dans son article, Baillet (2001) évalue à 30 % la proportion des malades qui souffrent de troubles anxio-dépressifs pathologiques. D'après Hobbie, Stuber, Meeske *et al.* (2000), 20,5 % des sujets, âgés de 18 à 40 ans, ayant été traités pour un cancer dans le passé, auraient rempli les critères DSM IV du SSPT à un moment donné depuis la fin de leurs traitements. Amir et Ramati (2002) comparent un groupe de 39 femmes ayant guéri d'un cancer du sein et un groupe de 39 femmes n'ayant jamais été exposé à une quelconque maladie chronique, selon quatre types de critères : le SSPT, la qualité de vie, la détresse émotionnelle et les styles de coping. Leurs résultats montrent que le groupe de femmes ayant eu un cancer obtient des scores significativement plus hauts à propos du SSPT et de la détresse émotionnelle. Ces femmes auraient également une qualité de vie plus médiocre et utiliseraient des styles de coping différents de ceux du groupe contrôle. Ils en concluent donc que ces symptômes post-traumatiques engendrent fréquemment des séquelles dans les temps qui suivent la guérison du cancer.

L'individu garde dans son corps et dans sa tête les souvenirs de ce qui lui a été infligé. « S'il guérit, il devra en plus intégrer les séquelles de son traitement à une vie de

durée normale » (Pretty, 1988). Il lui faudra du temps pour s'en remettre et vivre normalement, tout en cohabitant avec ses souvenirs. « Le cancer impose un énorme travail psychique pour " panser " l'épreuve autant que le corps » (Deschamps, 1997). Tout un travail de deuil est à faire pendant la rémission : accepter sa nouvelle image (interne et/ou externe) tout en faisant le deuil de l'ancienne, perdue. Selon Bacqué, le désarroi s'observe chez ces patients qui tentent justement de revenir à l'état antérieur à la maladie. Ils se heurtent alors à une réalité irréversible : le corps a failli. Le syndrome de Lazare, c'est aussi « un deuil impossible de l'invulnérabilité » (Bacqué, 2000). Il s'agit, en quelque sorte, de faire le deuil de soi-même. Le patient doit désinvestir ce qu'il était « avant ». Or, bien souvent, des mécanismes de défense mis en place pendant la maladie, comme le déni, ont différé ce deuil nécessaire. Toute la conflictualité de ce syndrome réside dans cette question : comment s'y prendre quand on est à la fois celui qui part et celui qui reste ?

C'est donc dans la perspective d'une corrélation avec l'impact traumatisant des traitements qu'il nous a semblé pertinent d'expliquer le syndrome de Lazare. En introduction, nous parlions de l'effet à double tranchant de la réduction de l'investissement de la sphère psychique (due à la somatisation) observée pendant cette période. Il est temps d'éclaircir notre propos. Autant cette centration corporelle quasi autistique s'avère être, dans certains cas, protectrice et le garant d'une bonne adaptation ; autant, dans d'autres, elle ne fait que « clamber » le ressenti des affects éprouvants ; ce qui aurait pour effet d'augmenter la pression et donc de générer une sorte de bombe à retardement. C'est pourquoi nous parlons « d'effet boomerang ». Nous faisons l'hypothèse que le traumatisme induit par l'expérience de la maladie cancéreuse a été mis à l'état de veille pendant la période des traitements. Cela ne serait qu'une fuite en avant, puisqu'une fois sorti de la maladie il se réveillerait après coup, plus rien ne pouvant empêcher la confrontation psychique à la réalité et au travail de deuil qui reste à accomplir. Les symptômes du syndrome de Lazare apparaissent.

Conclusion

Qu'elle trouve son origine dans le berceau du masochisme moral, dans les manifestations douloureuses d'une réaction de sevrage ou dans le réveil d'un traumatisme psychique, la survenue du syndrome de Lazare dépend surtout du patient et de son environnement. Dans le domaine de la maladie somatique, il importe de rendre ses attributs à une singularité et à une subjectivité souvent déstabilisées. Aussi, il serait naïf de croire en une origine unique. Pencher pour une intrication ou une pluralité des modalités explicatives semble donc plus raisonnable.

Il n'était pas question de trouver, ici, de quoi faire de nouvelles généralités ou même d'identifier des facteurs de prédiction en vue d'une quelconque démarche de dépistage. Il s'agissait d'apporter des pistes de compréhension à un

syndrome que la littérature n'a pas beaucoup traité en temps que tel. La fin de la maladie est considérée comme un événement apparemment heureux, dont il ne semble pas utile de se préoccuper davantage. Or, le rétablissement physique après un cancer n'est pas le seul enjeu des traitements. Le corps et l'esprit du malade sont dans une intrication étroite et tumultueuse. Parfois opposés, parfois alliés, du fruit de leurs ébats va dépendre le rétablissement psychique. Il est important de ne jamais perdre de vue que toute une dynamique psychologique personnelle et familiale se crée autour de la maladie et en influence l'évolution. Ainsi, la guérison du cancer ne signifie pas toujours la guérison du sujet. Cette réflexion nous a montré à quel point la démarche de soins peut être teintée d'ambiguïté. Le cancer, au même titre que l'ensemble des maladies physiques et psychiques, se heurte à un véritable paradoxe thérapeutique. L'équipe soignante doit en tenir compte. Le reconnaître et le légitimer, c'est entendre la parole du patient pour mieux comprendre sa souffrance. C'est aussi l'accompagner au-delà de la maladie en lui permettant d'intégrer sa rémission au sein d'un nouvel équilibre encore en chantier. C'est tout le champ d'applications d'une psychologie du soin qu'il paraît nécessaire d'élargir. Les limites de la prise en charge ne s'arrêtent plus aux seuls symptômes de la maladie, ni même aux portes de l'hôpital. Toute la difficulté d'un suivi réside, après, dans le risque qu'il y a de maintenir ou d'aggraver de tels symptômes en contribuant malgré soi à un enfermement pernicieux de l'individu au sein d'une identité de cancéreux. C'est un équilibre subtil qui ne pourra se trouver que dans une étroite collaboration entre les différents professionnels de la santé d'une part et avec le sujet lui-même d'autre part.

Références

- Amir M, Ramati A (2002) Post-traumatic symptoms, emotional distress and quality of life in long-term survivors of breast cancer. *J Anxiety Disord* 16 (2): 195-206
- Bacqué MF (1988) Représentations de la guérison en milieu hospitalier « aigu ». *Traitement pathogène, maladie thérapeutique. Psychol Med* 20 (9): 1305-7
- Bacqué MF (2000) *Le Deuil à vivre*. Odile Jacob, Paris, pp. 121-39
- Baillet F (2001) Rôle du cancérologue dans le dépistage de la dépression. In : Boiron M, Marty M (eds) *Eurocancer 2001*. John Libbey Eurotext, Paris, pp. 311-2
- Bataille P (2003) *Un cancer et la vie. Voix et regards. Les malades face à la maladie*. Balland, Paris
- Castro B, Castro D, Skurnik N (1991) Psychologie et Cancer : place de la rationalisation dans une maladie cancéreuse de mauvais pronostic. *Ann Med Psychol* 146 (6): 517-24
- Deschamps D (1988) Le cancer, Signe de destruction – Chance de récréation. *Psychol Med* 20 (9): 1251-2
- Deschamps D (1997) *Psychanalyse et Cancer. Au fil des mots... un autre regard*. L'Harmattan, Paris
- Dhomont T (1988) À propos du syndrome de Lazare. *Psychol Med* 20 (9): 1276
- Freud S (1914) Pour introduire le narcissisme. In : *La vie sexuelle*. Puf, Paris, 1970, pp. 81-105
- Freud S (1924) Le Problème économique du masochisme. In : *Névrose, psychose et perversion*. Puf, Paris, 1973, pp. 287-97
- Hobbie WL, Stuber M, Meeske K, et al. (2000) Symptoms of posttraumatic stress in young adult survivors of childhood cancer. *J Clin Oncol* 18 (24): 4060-6
- Huguet M (1995) Le Cancer comme événement traumatique. De l'angoisse à la recherche de soi. Réflexions à propos d'un cas clinique. In : Pélacier Y (ed) *Psychologie, cancers et société. L'esprit du temps*, Le Bouscat, pp. 37-45
- Jeammet P, Reynaud M, Consoli SM (1979) *Psychologie médicale*. Masson, Abrégés, Paris
- Khayat D (2003) *Les Chemins de l'espoir*. Odile Jacob, Paris
- Marx G (2002) Psychologie en oncologie : jusqu'où... mais aussi pourquoi ? *Rev Francoph Psycho-Oncologie* 1-2: 20-3
- Moirot M (1985) *L'Origine des cancers. Les lettres libres*, Paris
- Olié JP, Poirier MF, Léo H (1995) *Les Maladies dépressives*. Flammarion, Paris, pp. 153-6
- Pretty H (1988) La Guérison du cancéreux selon le malade. Rapport introductif. *Psychol Med* 20 (9): 1257
- Pucheu S (1988) Le Sentiment de guérison et ses aléas psychiques. *Psychol Med* 20 (9): 1279-80
- Pucheu S, Berveiller A (2003) *Comment vivre avec une personne atteinte de cancer*. Josette Lyon, Paris
- Razavi D, Delvaux N (2002) *Psycho-oncologie. Le cancer, le malade et sa famille*. Masson, Paris
- Reich M, Deschamps C, Ulaszewski AL, et al. (2001) L'Annonce d'un diagnostic de cancer : paradoxes et quiproquos. *Rev Med Interne* 22: 560-6
- Saltel P, Terra JL, Fresco R (1992) *Les Troubles psychiques en cancérologie*. EMC Psychiatrie, Éditions scientifiques et médicales Elsevier, Paris
- Simonton C, Simonton SM, Creighton J (1982) Guérir envers et contre tout. *Epi*, Paris, pp. 151-9
- Tross S, Holland J (1989) Psychological sequelae in cancers survivors. In: Holland J, Rowland JH, *Psychological care of the patients with cancer. Handbook of Psychooncology*. Oxford University Press, Oxford, pp. 101-16