



HAL
open science

L'acceptation de sa maladie : un processus adaptatif ou mortifère ?

Rénald Lanfroy

► **To cite this version:**

Rénald Lanfroy. L'acceptation de sa maladie : un processus adaptatif ou mortifère?. L'Évolution Psychiatrique, 2022, 87 (1), pp.109-117. 10.1016/j.evopsy.2021.09.003 . hal-04417432

HAL Id: hal-04417432

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04417432v1>

Submitted on 22 Jul 2024

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

L'acceptation de sa maladie : un processus adaptatif ou mortifère ?

The Acceptance of One's Illness: An Adaptive or Deadly Process?

Réналd Lanfroy 1*

Docteur en Psychologie, Psychologue clinicien, Chercheur associé, Enseignant vacataire
(Université de Lorraine) ^{a, b}

a Equipe Mobile de Soins Palliatifs, CHRU Nancy 1, rue Foller, 54035 Nancy cedex

b Laboratoire Interpsy, GRC, EA4432, Université de Lorraine, bld Albert 1^{er}, 54000 Nancy

*Auteur correspondant : Réналd Lanfroy

Adresse e-mail : r.lanfroy@chru-nancy.fr

Toute référence à cet article doit porter mention : Lanfroy R. L'acceptation de sa maladie : un processus adaptatif ou mortifère ? *Evol psychiatr* 2022 ; 87 (n°) : pages (version papier) ou URL [date de consultation] (version électronique)

« *Tout homme bien portant est un malade qui s'ignore* ». C'est par ces termes peu rassurants que Jules Romain offrait au Docteur Knock le loisir d'œuvrer à sa guise et dénonçait par là-même la manipulation possible de la médecine ou toute autre idéologie [1]. Pour notre part, voyons à travers cette parole pessimiste le fait que maladie et sensation interne ne peuvent être dissociées, tant l'une affecte l'autre et influence ainsi la manière de vivre le réel. Ainsi, si certains patients peuvent manifester un étonnement saisissant à l'annonce d'une maladie grave, d'autres avouent dans le même temps ou a posteriori, avoir perçu certains signes évocateurs, ressenti quelques troubles précurseurs sans nécessairement parvenir à y associer un sens précis voire un redoutable nom. Au traumatisme présupposé de l'annonce s'impose alors le douloureux et paradoxal besoin de savoir pour tenter l'adéquation complexe entre réel et imaginaire, entre maladie et ressenti.

Ce corps perçu comme le théâtre de sensations qui relèvent d'une intériorité en souffrance ou en jouissance est le symbole selon Vigarello d'une conscientisation de soi [2]. Selon cet historien de renom, il s'agit ainsi d'un détrônement du « *je pense donc je suis* » cartésien par un « *je sens donc je suis* », qualifié parfois de sixième sens. Qui n'a jamais eu la sensation que quelque chose se tramait sans réellement parvenir à en expliquer les raisons objectives, cette « inquiétante étrangeté » qu'un sujet – et lui seul – peut ressentir en son for intérieur ? La maladie grave affecte le corps. Ce corps meurtri affecte l'esprit. Et c'est ici précisément que se manifestent les multiples facettes de l'être humain, ses capacités psychiques à prendre conscience de ses sensations, à les analyser et à les intérioriser selon les filtres dont il dispose et qui vont lui permettre de vivre avec ce mal qui l'habite ou au contraire, l'anéantir. Le processus d'acceptation décrit notamment par Kübler-Ross [3] en 1969 est à interroger quant à sa fonction dans le parcours des patients atteints de pathologies incurables ? Quel pouvoir a-t-il et quelles conséquences psychiques et pragmatiques engendre-t-il ?

1 Effets psychiques de l'annonce de diagnostic

Être confronté à la maladie grave bouscule et remet en cause un parcours de vie souvent bien tracé. Tout un chacun se projette légitimement dans une vie heureuse dans

laquelle la maladie n'a pas sa place. Pourtant, nous savons tous que nous risquons d'y être confrontés un jour et ce malgré les nombreux progrès thérapeutiques et scientifiques qui permettent d'en atténuer les conséquences et d'en retarder la survenue. Alors, lorsque surgit cet événement difficile, notre équilibre se retrouve de facto bouleversé et notre être est bien plus affecté que dans sa seule dimension somatique. L'annonce de la maladie grave représenterait ainsi pour certains un véritable traumatisme psychique alors que pour d'autres, elle serait avant tout révélatrice et permettrait de lever une incertitude anxiogène.

Quoiqu'il en soit, elle constituera le plus souvent une violence intime en césurant à vif l'instant présent et provoquera ainsi un choc en propulsant la personne et ses proches, dans un univers inconnu, source d'angoisses majeures [4]. Il faut à cela ajouter l'effet d'un tel acte sur celui qui l'assume, voire qui l'assume, tant il engage et peut être perçu comme une action guillotine qui laissera une empreinte dans la vie, dans la façon dont elle sera vécue, définitivement ou pour le moins, pour de longues années [5]. « *Le cancer reste ce qu'un médecin n'a pas envie de dire à un patient qui n'a pas envie d'entendre* ». En partant de ce constat formulé en 1987 par la psychologue Nicole Alby [6], nous pouvons de ce point de vue reconnaître qu'annoncer une maladie grave reste un acte difficile et *un véritable moment de solitude* » [7].

Pour faire face à cette réalité nouvelle, le sujet aura besoin de temps – temps qu'il découvre de facto non infini - alors même qu'il se retrouve propulsé dans un parcours marqué d'étapes, certaines étant plus joyeuses ou positives que d'autres. Alors, comment celui qui se retrouve pris dans le mouvement de la maladie, peut survivre psychologiquement et ne pas se retrouver anéanti par cette dernière ? Comment un patient peut-il lutter et vivre avec sa maladie sans disparaître à travers elle ? Dénier, complaisance, adaptation, acceptation... tant de concepts aux fondements théoriques certains communément rapportés par les soignants voire les patients eux-mêmes, mais qu'il est pourtant nécessaire d'interroger sur un plan pragmatique pour tenter de mieux en saisir le sens et les limites.

La violence ressentie par l'annonce attend une réponse de même mesure et ce n'est qu'après un certain temps, une certaine appropriation du mal, que le sujet va pouvoir reprendre forme. En effet, la déliaison opérée par l'angoisse entre réel, symbolique et imaginaire disparaîtra progressivement dès lors que le patient s'appuiera sur un référentiel

qui lui est propre. Rétablir une réalité psychique le contraint à prendre pour référence sa propre émergence en tant que sujet [8].

2 Sensation interne et incertitude

La question de la sensation interne dans le contexte de la maladie grave fait écho à la clinique de l'incertitude tant dérangeante en médecine mais dans le même temps, symbolisant le lieu de projection du patient, de ses proches et également des soignants, en offrant la possibilité d'un avenir en dépit du mal annoncé. Pulsions de vie et pulsions de mort [9] se confrontent, se heurtent et s'expriment par l'ambivalence entre espoir et désespoir, entre fantasme et raison, entre pessimisme et optimisme. Même convaincu d'être atteint d'une maladie ou d'un trouble, le sujet s'appuie bien sur le langage du corps pour capter les signes, les mouvements et ainsi en déduire – parfois avec certitude quelque peu hypochondriaque – que le mal est bien présent et œuvre en silence en lui.

L'incertitude représente la marge de manœuvre dont l'ampleur semble incompatible avec la certitude objective des résultats [10] et constitue un processus dynamique qui suit deux temporalités, à savoir celle de la maladie et celle psychique propre au malade. « *Le temps de l'incertitude est de tous les chemins à parcourir le plus douloureux car le plus solitaire* » [11]. Un pronostic de vie menacé, un avenir incertain entraînent des questions existentielles sur le sens de la vie et des sentiments ambivalents de doute, d'espoir, de crainte, ... Néanmoins, comme le rappelle Levy-Soussan [12], l'incertitude est également le lieu « atopique » d'une certaine espérance, qui se prolonge ainsi dans l'incurabilité. Ainsi, l'incertitude réelle du temps qui reste à vivre vient effacer la certitude du décès à venir. Paradoxalement, « *l'incertitude est le pire de tous les maux, jusqu'au moment où la réalité nous fait regretter l'incertitude* » [13]. Dès lors, toute la réalité du patient va être traversée par le vocable mis sur la maladie. L'annonce permet ainsi de déplacer l'angoisse liée à l'incertitude sur le mal et aurait en ce sens, une vertu symbolique et réelle.

3 Pressentiment et vérité

La sensation interne renvoie également à la notion de pressentiment qui selon le Dictionnaire Larousse [14], correspond à la prévision vague reposant sur l'intuition qui, elle-même, constitue une connaissance directe, immédiate de la vérité, sans recours au raisonnement, à l'expérience. De ce fait, nous pourrions dire que le patient sait avant même qu'on lui dise, connaît a priori une vérité supposée exacte, fondée sur le non-expérientiel ou la raison. En d'autres termes, le patient se crée sa propre vérité qu'il considère comme probable et qu'il confronte – ou non – à la vérité scientifique, rationnelle. Il passerait ainsi d'un contrôle certes fragile de ce qu'il souhaite savoir, de ce qu'il est en mesure psychiquement de supporter, à une remise totale à l'autre qui serait supposé détenir un savoir plus cartésien sur lui-même, savoir à la fois désiré et redouté. Ainsi, seul un patient peut finalement être en mesure de dire ce qu'il perçoit, de partager cette sensation interne. Or, pour pouvoir le faire, il doit se sentir en confiance, ce qui confirme bien l'idée selon laquelle la consultation d'annonce et plus largement la relation soignant – soigné, ne peut se faire que si elle repose sur une confiance réciproque [15, 16], ce que Ricœur qualifie de pacte de confiance [17].

4 Perte du fantasme d'immortalité

L'annonce d'une maladie équivaut à une rupture avec l'image intime du corps sain et avec l'idéal social sanitaire [18]. Ainsi, la survenue du cancer dans l'espace intime du sujet provoque un « processus de mentalisation » de multiples pertes engendré par une activité idéatoire qui façonne une image intérieure de l'objet perdu [19, 20]. Alors, à l'annonce d'un cancer, ces pertes touchent l'ensemble du psychisme du sujet, allant de la perte de l'illusion d'immortalité à la perte réelle de la vie. L'objet santé est perdu, objet paradoxal qui pourtant n'existe qu'en disparaissant [21].

L'effet premier sur le plan psychique serait de se retrouver brutalement confronté à l'angoisse archaïque de mort avec une remise en cause du fantasme d'immortalité. En effet, selon Freud [22], « l'homme se sait mortel, mais si nous acceptons l'hypothèse de l'inconscient, et si nous prenons véritablement en compte que cette instance psychique ne connaît pas le temps : il se veut immortel ». Il ajoute qu'« il nous est absolument impossible de nous représenter notre propre mort et chaque fois que nous l'essayons, nous nous

apercevons que nous y assistons en spectateur ». Ainsi, l'annonce a un caractère paradoxal, à savoir qu'elle vient révéler au patient ce qu'est la vie à travers la mort ou en d'autres termes, le patient se rend compte de la valeur de la vie en apprenant sa mort prochaine. Sensation étrange où la mort conditionnerait en quelque sorte l'existence du sujet et aurait une position fondatrice dans la constitution du Moi. Ce dernier, pourtant, ne peut s'avouer mortel et s'engager dans une expérience limitée.

Au fond, notre relation à la mort est constituée selon Levinas de la répercussion émotionnelle et intellectuelle du savoir de la mort des autres [23], la mort étant ce non-sens par lequel pourtant l'être est susceptible de ne plus être [24].

5 L'acceptation

Si l'acceptation correspond classiquement à l'action de recevoir, d'agréer quelque chose et de donner son accord, en Droit, il s'agirait davantage du consentement de quelqu'un à qui une offre a été faite ou à qui la loi accorde la faculté d'opter. Il y aurait ainsi ici la notion d'option, de choix, et donc son corollaire, le refus possible. Or, dans le cadre de la maladie grave, peut-on réduire la réflexion à un hypothétique accord ou refus ? La loi française avec plus spécifiquement la loi Léonetti de 2005 suivie de la loi Claeys-Léonetti de 2016 donne effectivement le droit au malade de choisir entre débiter, limiter voire refuser un traitement, avec le cas échéant le risque de voir son espérance de vie diminuer mais avec à l'inverse peut-être davantage l'espoir d'une qualité de « fin de vie » plus supportable. D'autres pays, avec d'autres cultures, laissent la possibilité au patient de décider de mettre un terme à sa vie en l'assistant ou en l'aidant dans cette démarche.

Pour autant, peut-on parler d'acceptation, même dans ces cas où le patient semble libre de choisir et maître de son destin ? Ne devrait-on pas plutôt considérer que ces patients expriment par de telles demandes ou positions leur non-acceptation d'une vie modifiée et à présent limitée ? Car, pourrions-nous être pour ou contre la maladie, et que serait finalement « accepter sa maladie » ? Nous l'avons vu, la maladie grave réactive l'angoisse de mort mais cette mort tant redoutée, qu'est-elle ? Qui aujourd'hui peut dire réellement ce qu'est la mort, sinon des signes cliniques, objectifs, basés sur des critères médicaux irréfutables ? Il s'agit là de la mort scientifique, médicale, mais au fond, que sait-on de la mort psychique, celle qui parfois survient bien plus tôt lorsque la pulsion de vie est

éteinte chez le sujet et que ce dernier donne l'impression de se laisser mourir ou de ne plus être ? Nous pourrions à cela y ajouter toutes les croyances spirituelles, religieuses qui tentent de donner un sens à cet événement et qui, lorsqu'elles sont suffisamment puissantes, peuvent sans doute aider à le supporter.

6 Sens et non-sens

Néanmoins, nous constatons parfois que la force de ces croyances n'est pas nécessairement suffisante pour faire face à une réalité trop brutale et violente. Car ce qui serait finalement à la source de la souffrance n'est peut-être pas tant la mort en elle-même, puisque celle-ci reste mystérieuse, mais ce serait le non-sens qu'elle constitue. En effet, elle est rarement porteuse de sens et s'impose au malade de manière autonome. Ainsi, elle engendre des sentiments multiples tels que la colère ou encore l'injustice. Le fait de donner du sens, trouver le « coupable », peut éventuellement amener le patient à s'apaiser, d'autant plus lorsqu'il est lui-même acteur dans la survenue de la maladie - citons pour exemple le cancer du poumon chez le fumeur - mais quelle que soit la situation, peut-on pour autant parler d'acceptation ? Accepter une maladie grave nécessite d'être en capacité de se représenter intellectuellement sa maladie tout en étant en mesure de croire en une éventuelle guérison. Pour cela, l'empreinte des désirs sur la perception du réel, les illusions du malade sont à prendre en considération [25].

7 Être sa maladie ?

Si nous revenons à la définition du terme et regardons du côté des synonymes, nous retrouvons la notion de soumission. Et il semble bien qu'accepter sa maladie serait prendre le risque de se soumettre à elle, la laisser agir comme bon lui semble. Le patient serait ainsi dans une sorte de fusion avec elle, cette fusion aboutissant à une confusion dévastatrice entre ce qu'est l'entité maladie et ce qu'est le sujet lui-même dans sa condition d'être pensant et désirant. Or, le patient n'est pas la maladie, sa maladie, même si celle-ci s'impose à lui de manière brutale et redoutée. Accepter sa maladie reviendrait en quelque sorte à s'effacer pour n'être plus qu'elle, ne plus exister que par elle. Et c'est bien ce que de nombreux patients redoutent, refusent et ce contre quoi ils tentent de lutter jusqu'au bout,

en y mettant leurs dernières forces et ce en dépit parfois des traitements à visée anxiolytique.

8 Face à la mort à venir

Accepter la maladie grave, létale, reviendrait à accepter sa mort, mais encore plus, à quitter les siens, les rendre tristes, à ne plus les voir... finalement, à ne plus être vivant. Pourrions-nous alors accepter la maladie ? Est-ce d'ailleurs souhaitable ? Il serait sans doute plus raisonnable voire juste, de parler de résignation, de fatalité. Car l'acceptation représenterait finalement un réel danger pour le sujet. Pour supporter sa maladie, le patient aurait donc à ne pas l'accepter mais plutôt à parvenir, par un cheminement complexe, continu, non pas à la nier, mais à vivre avec, à trouver des compromis qui lui permettront de vivre malgré elle ou mieux, de vivre au-delà de la maladie. L'angoisse du mourir, c'est-à-dire l'appréhension du processus de la mort est en revanche bien plus à entendre et à prendre en considération dans la prise en soin de ces patients. Ainsi, les sensations internes, là-encore, représentent des éléments intérieurs venant agrémente le parcours chaotique de la maladie.

Pour appuyer cette réflexion, trois situations cliniques vont à présent être décrites.

Madame B., âgée de 57 ans, apprend après une phase anxieuse de multiples examens qu'elle est atteinte d'un cancer pulmonaire d'emblée multi métastatique. D'un tempérament combattif, elle fera preuve dès le départ d'un dynamisme et d'une volonté extrême de lutter et de tout faire pour contrer ce mal qui la touche. Ainsi elle pourra exprimer un certain soulagement à l'annonce de sa maladie en ce sens où les mots posés sur le mal lui permettent de donner sens aux symptômes qu'elle ressentait depuis un certain temps et qui venaient régulièrement perturber son quotidien. L'annonce confortait en quelque sorte l'existence réelle d'une atteinte, perçue à travers des sensations internes étranges et souvent invalidantes. Madame B. est mariée et mère de deux fils majeurs. Immédiatement sa volonté a été de les protéger en les maintenant souvent à distance des rendez-vous médicaux. Un traitement par chimiothérapie lui sera proposé en unité ambulatoire, traitement qu'elle va souhaiter suivre « parce qu'elle n'a pas le choix » et « qu'elle est trop jeune pour mourir », avec en arrière-fond l'angoisse de faire souffrir son

entourage, associée à une certaine culpabilité quant à l'origine de la maladie, madame B. étant fumeuse depuis plus de 35 ans. Elle va ainsi subir les effets secondaires d'un traitement lourd, mais sans jamais exprimer ouvertement de plaintes. Ces dernières arriveront plus tardivement, lors de l'annonce de l'échec du traitement initial et la progression de la maladie. La déception disparaîtra néanmoins dès lors que le second traitement proposé donnera ses premiers résultats encourageants et que madame B. pourra reprendre certaines activités et sortir en famille ou avec ses amis. Elle continuera ainsi à venir en hospitalisation malgré une asthénie de plus en plus importante associée à une perte de poids. Ces symptômes obligeront une pause dans le traitement et feront chuter le moral de la patiente jusque-là optimiste. Des interrogations arriveront concernant l'intérêt de ces thérapeutiques, de la vie à ce prix et de sa réelle qualité de vie et celle de ses proches. Un cheminement psychologique conduira ainsi madame B. à demander une suspension des traitements spécifiques et l'instauration de soins palliatifs exclusifs. Pour autant, elle exprimera une profonde souffrance existentielle associée à une fatigue intense tant physique que morale. Dès lors une résignation douloureuse mais réfléchie la conduira à rencontrer l'équipe de l'hospitalisation à domicile pour mettre en place les aides nécessaires au maintien à la maison et à l'appui de son époux dans la gestion des tâches ménagères. Elle n'aura de cesse d'organiser des repas avec ses proches même si elle partagera le plus souvent ces moments à leur côté depuis son canapé. En parallèle, elle fera la démarche solitaire de planifier ses funérailles pour éviter à son entourage d'assurer cette lourde mission. L'anxiété liée à la fin de vie avec la crainte d'une symptomatologie douloureuse et confusogène restera en elle jusqu'au bout et nécessitera une sédation terminale et continue jusqu'au décès. Elle confiera à plusieurs reprises à certains soignants qu'elle a peur et qu'elle ne peut se résoudre à quitter ses enfants et son mari. La souffrance chez madame B. s'est ainsi déplacée du mal venu bouleverser son projet de vie et révéler un danger de mort, vers la conscientisation de sa finitude dévoilée et vécue comme insupportable, tant elle ne pouvait accepter de faire souffrir ses proches et de les imaginer vivre sans elle et elle sans eux. Elle conservera au fond d'elle un sentiment de révolte et d'injustice qui lui permettra de maintenir éveillée une pulsion de vie suffisante pour lutter mais qui progressivement disparaîtra au profit d'un anéantissement d'un moi meurtri et résigné. Son entourage témoignera après son décès de sa force de caractère et sa hargne légendaire qu'elle aura

conservées en dépit de la maladie et qui lui auront donné la force de ne pas subir la maladie mais bien de la combattre.

Ainsi, cette situation est signifiante tant elle interpelle à différents niveaux. Tout d'abord concernant l'effet paradoxal de l'annonce de la maladie grave et son caractère révélateur bien plus que traumatique, les mots ainsi posés permettant à madame B. de passer d'une inquiétante étrangeté à une traduction concrète d'un mal ancré en elle. Ensuite, autour de la notion d'acceptation de la maladie, démontrant davantage la dimension fataliste sur un plan psychique face à l'inéluctabilité de la mort à venir que la soumission quasi spirituelle voire mystique à un mal qui entrerait alors en fusion avec elle pour l'annihiler et ne faire qu'un. Accepter serait alors laisser le mal se substituer à soi et perdre sa capacité de raisonner et penser le champ des possibles.

Monsieur F., 86 ans, hospitalisé pour un cancer de vessie métastasé avec un questionnement sur le maintien à domicile au vu de la fragilité du patient et de son épouse. Monsieur F. évoque son cancer avec une certaine philosophie, mettant en avant son histoire de vie heureuse malgré quelques événements de vie plus difficiles. Il exprime ainsi la fierté d'avoir deux enfants qui selon lui ont réussi leur vie et trois petits-enfants qui restent présents auprès de lui. Il considère ainsi avoir fait son temps et devoir laisser la place aux plus jeunes. Ainsi, si son attitude peut donner l'impression d'une relative acceptation face à la fin de vie à venir, son discours dénotera en parallèle une forme de nostalgie, faisant le douloureux constat qu'il ne reverra plus « ses » montagnes et la neige qu'il a toujours connues depuis sa naissance, n'ayant jamais quitté la maison natale dans son village d'enfance. Est-ce là une forme d'acceptation, ou plutôt le signe d'une résignation empreinte de tristesse et de mélancolie, monsieur F. s'attachant à ses seules racines au détriment de ses enfants qu'il sait devoir quitter ?

Madame G., 92 ans, atteinte d'un myélome multiple et hospitalisée suite à des chutes itératives. Nous apprendrons que madame G. est veuve depuis dix ans et que son cancer s'est déclaré il y a environ quatre ans. Elle a appris à vivre avec sa maladie et les douleurs que celle-ci engendre. Elle dira qu'elle n'a d'autre choix que d'accepter. Elle considère que rien ne peut la soulager et qu'elle a suffisamment d'aides à domicile pour rester chez elle. Ses enfants sont très proches et s'organisent en effet pour assurer une présence quasi-permanente auprès d'elle. Là-encore nous pourrions voir dans son discours une forme

d'acceptation assumée puisqu'elle prononcera elle-même le mot, mais elle confiera en l'absence de sa fille qu'elle n'a pas d'autre choix que de vivre avec mais qu'elle souffre terriblement intérieurement. À défaut de trouver une solution « miracle » pour vivre sans la maladie, elle devra survivre avec elle en essayant de lui donner le moins de place possible dans son quotidien, au risque de se mettre en danger.

9 Conclusion

En conclusion, l'acceptation semble être un leurre qui ferait croire au patient - et encore plus à ses proches - qu'il va ainsi mieux vivre sa maladie et mieux la supporter. Or, tenter d'aboutir à cette phase ultime reste un graal ou un idéal finalement inaccessible. Par ailleurs, le patient comprend bien vite qu'il est sans doute inutile voire destructeur que de vouloir accepter sa maladie, car ce serait prendre le risque de ne plus exister, de ne plus être et surtout de ne plus vivre le temps qui reste de manière libre et entière. Accepter sa maladie conduirait en ce sens à l'extinction pure et simple de la pulsion de vie avant l'heure.

Or, c'est bien en refusant sa maladie que le malade va pouvoir exister malgré les effets que celle-ci va pourtant provoquer sur lui et sur son environnement. Et c'est d'ailleurs bien souvent plus l'entourage qui considérera et tentera d'amener le patient à accepter sa maladie, en tenant des propos maladroits voire paradoxaux. Il faudrait en effet que le patient accepte sa maladie sans pour autant se résigner et cesser la lutte, de profiter de la vie et de faire parfois « comme si » la maladie n'existait pas. En d'autres termes, si le sujet accepte sa maladie, alors il prend le risque de ne devenir plus qu'elle, de n'exister que par elle - un malade, un cancéreux...- ou pire, de mourir avec elle, alors que s'il refuse cette maladie, il peut encore vivre « avec elle » et ainsi rester vivant jusqu'au terme de sa vie - être un sujet pensant et mu par des désirs.

Donc, s'il faut parler d'acceptation, alors il ne s'agira pas de mettre en avant la maladie, de lui offrir toute la place mais plutôt de réussir à la regarder en face, à l'affronter pour mieux la connaître et ainsi peut-être mieux, la maîtriser. Ce n'est donc pas s'en remettre à elle, mais plutôt se retrouver soi-même, se reconnaître en dépit de la maladie et ainsi continuer à exister pour soi et avec les autres. L'enjeu du difficile labeur que doit réaliser le patient serait donc de pouvoir vivre avec sa maladie sans lui accorder trop de

place, l'appivoiser à travers une prise de conscience de ce qu'elle provoque mais surtout et avant tout, de ce qu'elle laisse encore comme réalisable dans le champ restreint des possibles. Il ne s'agit donc pas d'une question d'acceptation d'une réalité perçue comme une injustice et un non-sens, mais bien de compréhension d'un sens nouveau qu'elle donne à la vie, lorsque celle-ci est menacée et limitée. La sensation interne s'apparenterait alors à un processus adaptatif qui conduit à l'intégration de la maladie, à son intériorisation et idéalement son appropriation, ce qui est bien différent d'une acceptation car in fine, elle transcende le réel. Elle œuvre tout au long de la maladie et même mieux, tout au long de la vie avec la maladie.

Sans sensation interne, alors il n'y aurait pas de vie, mais au mieux, de la survie. Cette sensation interne est modulée par l'information reçue, la manière dont cette dernière est transmise [26] et intériorisée. L'apport progressif d'informations appropriées à la situation clinique, aux besoins et aux attentes du patient, semble essentiel pour permettre à ce dernier ainsi qu'à son entourage, de s'adapter à la réalité diagnostique, de trouver des ressources solides et efficaces et de réduire l'incertitude et la détresse [27, 28]. En outre, cela permet au patient de mieux se positionner dans les prises de décision, notamment thérapeutiques [29, 30, 31] et d'être davantage compliant [32].

Déclaration de liens d'intérêts : L'auteur déclare ne pas avoir de conflit d'intérêts

Références

- [1] Romains J. Knock ou le triomphe de la médecine. Paris : Gallimard ;1924.
- [2] Vigarello G. Le sentiment de soi. Histoire de la perception du corps. Paris : Seuil ; 2014.
- [3] Kübler-Ross E. On Death and Dying. **Lieu ?**: MacMillan ;1969.
- [4] Wrobel G. La peur aux troussees. [15^{ème} colloque de Médecine et Psychanalyse : La peur]. Etudes freudiennes 2015 ; HS : 133-7.
- [5] Delaporte C. Dire la vérité au malade. Paris : Odile Jacob : 2001
- [6] Alby N. Le cancer. Sens et non-sens Rev. Med Psychosom 1987 ; 9 : 15-25.

- [7] Ruzniewski M, Bouleuc, C. L'annonce d'une mauvaise nouvelle épreuve pour le malade, défi pour le patient. *Laennec* 2012 ; 2(60) : 24-37.
- [8] Pujol J.L., Mérel J.P., Arnaud E et al. Le cancer comme intrusion : réflexions psychopathologiques sur certaines modalités de réaction dans l'après-coup de l'annonce. *Psycho-Oncol* 2013 ; 7 : 189-98.
- [9] Freud S. Considérations actuelles sur la guerre et la mort. In : *Essais de psychanalyse*. Paris ; Payot ; 1915 ; 235-267
- [10] Genion A, Viode C. Quand l'incertitude de la maladie cancéreuse attaque les liens: effet de la dynamique transférentielle. *Ann Med Psychol* 2021. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2021.02.008>
- [11] Ruzniewski M. Face à la maladie grave. *Pratiques médicales*. Paris: Dunod: 1995
- [12] Levy-Soussan M. Prélude à l'incertitude médicale. La relation thérapeutique entre autorité et incertitude. [13^{ème} colloque de Médecine et Psychanalyse : Entre autorité et incertitude : moments critiques]. *Etudes freudiennes* 2012 ; HS : 79-90.
- [13] Karr A. *Am Rauchen*. Paris: Nabu press;1842.
- [14] *Petit Larousse illustré*. Paris : Éditions Librairie Larousse ; 1988.
- [15] Libert Y., Conradt S., Reynaert C., et al. Improving doctor's communication skills in oncology: a review and future perspective. *Bull Cancer* 2001 ; 88 : 1167-76.
- [16] Lanfroy R. Clinique interactionnelle de la consultation d'annonce de diagnostic de cancer en neuro-oncologie : analyse critique des consultations d'annonce et post-annonce des gliomes malins de l'adulte. [Thèse de Doctorat]. Nancy : Université de Lorraine ; 2015.
- [17] Ricoeur P. Les trois niveaux du jugement médical. In : Ricoeur P, ed. *Le Juste 2*. Paris : Éditions Esprit ; 2001.
- [18] C. Herzlich C, Augé M. *Le Sens du mal*. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie. Paris ; Archives contemporaines ;2000
- [19] Bacque MF. L'annonce de la mort. *Etudes sur la mort* 2008 ; 134 (2) : 99-104

- [20] Bacque, MF. Les vérités du cancer : partager l'information, installer la relation. Paris ; Springer ; 2008.
- [21] Gargiulo M. L'annonce d'un diagnostic grave. Neurologie 2005 ; 45 :19-21.
- [22] Freud S. Pulsions et destins des pulsions. Paris : Payot ; 1915.
- [23] Levinas E. La mort et le temps. Editions de l'Herne ; 1991.
- [24] Caron R. L'annonce d'un diagnostic de cancer : quels enjeux psychiques ? Ethique et santé 2008 ; 5 : 186-91.
- [25] Levy B. L'acceptation de la maladie grave, entre désir et illusion. Le rapport du désir à l'hallucinatoire. Ethique et Santé 2011; 8 :69-76
- [26] Dolbeault S, Brédart A. Difficultés de l'annonce du côté des professionnels et de leurs patients : quels obstacles à la communication et quels recours possibles ? Bull Cancer 2010 ; 97 : 1183-94.
- [27] Ream E, Richardson A. The role of information in patients' adaptation to chemotherapy : a review of the literature. Eur J Cancer Care 1996 ; 5 : 132-8.
- [28] Fallowfield L, Ford S, Lewis S. No news is not good news: information preferences of patients with cancer. Psychooncology 1995 ; 4 :197-202.
- [29] Kitamura T. Stress-reductive effects of information disclosure to medical and psychiatric patients. Psychiatric Clin Neurosci 2005 ; 59 :627-33.
- [30] Elkin E. B., Kim S. H., Casper E. S., Kissane D. W., Schrag D. Desire for information and involvement in treatment decision: elderly cancer patients' preferences and their physicians' perceptions. J Clin Oncol 2007 ; 25 : 5275-80.
- [31] Bruera et al. Process and content of decision making by advanced cancer patients. J Clin Oncol 2006 ; 24 :1029-30.
- [32] Deccache A, Van Ballekom K. From patient compliance to empowerment and consumer's choice : evolution or regression ? An overview of patient education in French speaking European countries. Patient Educ Couns 2010 ; 78 : 282-7.