

RECHERCHES PSYCHOSOMATIQUES SUR LE CANCER PRÉSENTATION : TRAVAUX EN COURS À STRASBOURG

Patrick Schmoll (1)

Le bulletin *Corps et Langage* est diffusé à l'initiative d'un groupe de travail qui s'est formé au départ sur la question du cancer en psychosomatique. Les discussions au sein de ce groupe s'étendent en fait maintenant à l'ensemble des phénomènes psychosomatiques et, plus généralement, aux travaux de psychologie et de sociologie en rapport avec le corps. Mais cet intérêt plus particulier que soulève parmi nous l'approche du cancer explique que ce numéro de *Corps et Langage* y soit consacré.

Pourquoi cet intérêt ? Sans doute parce que l'importance actuelle de la morbidité et de la mortalité par cancer en France et dans le monde en font un des grands problèmes de société de cette fin de siècle. Le cancer représente en effet dans les sociétés modernes entre 20 et 25% de l'ensemble des causes de décès. Par ailleurs, le cancéreux est presque toujours un malade chronique, dont le traitement coûte cher et dont l'immobilisation est prolongée et souvent répétée. Enfin, l'âge moyen des cancéreux tend à baisser : cette maladie atteint donc des personnes au moment où celles-ci pourraient profiter au mieux de la vie et en faire profiter leur famille et la société. L'intérêt que, comme beaucoup de chercheurs, nous portons au cancer est donc à la mesure du coût que ce fléau représente pour l'individu et pour la société.

Les statistiques concernant les maladies cancéreuses ne sont assez précises que depuis le début de ce siècle. Encore sont-elles fragmentaires et discutées. Il n'y a qu'aux États-Unis, en U.R.S.S. et dans quelques pays d'Europe Occidentale (dont la France) qu'elles aient une valeur plus que simplement estimative. D'autre part, l'amélioration considérable des diagnostics médicaux laisse supposer que de nombreux cas ont pu échapper dans le passé aux statistiques. On ne peut donc admettre comme valables sans restriction que les chiffres postérieurs à 1950, l'évolution des moyens diagnostiques depuis cette date ne modifiant pas significativement l'interprétation qui peut en être faite. Les statistiques antérieures à 1950 fournissent cependant un élément de comparaison précieux si on leur applique certains correctifs.

Ces limitations étant prises en compte, que pouvons-nous observer ? Pour commencer, ***l'augmentation des taux de morbidité et de mortalité par cancer dans le monde*** depuis le début du siècle est un fait indiscutable. Les taux d'augmentation depuis 1900 paraissent considérables dans certains pays : ils vont jusqu'à une multiplication par cinq des taux de mortalité par cancer au Portugal et en Hongrie, par quatre au Venezuela, ce qui suggère des erreurs dans les statistiques les plus anciennes (2). Il n'en demeure pas

-
- (1) Université Louis Pasteur, Institut de Psychologie, Laboratoire de Psychopathologie.
 - (2) Je m'inspire des chiffres présentés par G. L'Eltore au symposium de statistique médicale de Rome (1963), cités par E.-G. Peeters : *Le cancer* (Gérard éd., Verviers). J'ai actualisé ces chiffres en consultant l'annuaire de statistiques sanitaires mondiales de l'O.M.S.

moins que la mortalité par cancer a plus que doublé aux États-Unis et en France et a presque triplé en Grande-Bretagne, régions où les statistiques sont plus fiables (3). Le cancer, qui atteint aujourd'hui une personne sur quatre ou cinq en Occident, pourrait à la fin du siècle concerner une personne sur trois.

D'autre part, **les taux les plus élevés de décès par cancer pour 100 000 habitants affectent surtout les pays les plus industrialisés**. Sans doute, le cancer frappe davantage les sociétés économiquement développées parce que la régression des grandes maladies infectieuses et, d'une façon générale, l'augmentation de l'espérance de vie moyenne en Occident permettent que soient aujourd'hui atteintes de maladies cancéreuses des personnes qui autrefois seraient décédées plus jeunes d'autre chose. Il est vrai que c'est parmi la population âgée que le cancer fait le plus de ravages. Mais on assiste malgré tout à un phénomène qui échappe à cette interprétation : **à mesure que la fréquence du cancer augmente dans nos sociétés, l'âge moyen de son apparition baisse**. Les cancers infantiles en particulier (surtout les leucémies) sont de plus en plus fréquents.

Le cancer est donc bien un fait de société, et non le résultat inévitable du vieillissement général de la population. Le développement socio-économique des pays occidentaux et, dans une moindre mesure, des pays de l'Est et du Tiers-monde s'est traduit jusqu'à présent par une industrialisation et une urbanisation qui sont sources d'une pollution accrue et par une élévation du niveau de vie matériel qui encourage les régimes trop riches en sucres, protéines et graisses. Ajoutés à la consommation accrue de tabac et d'alcool, ces éléments peuvent tous constituer, à des degrés divers, des **facteurs cancérigènes**.

Dans le même temps – et c'est ce à quoi nous nous intéresserons ici – cette industrialisation, cette urbanisation et cette élévation du niveau de vie matériel ont induit une modification des **modes de vie**. Les relations sociales se multiplient et se diversifient entre un nombre toujours plus grand d'individus vivant dans un milieu toujours plus réduit dans l'espace et le temps. Une quantité toujours grandissante d'objets s'offre à une demande accrue de consommation et leur quête stimule parfois jusqu'au conflit les antagonismes entre individus et entre groupes sociaux. Les structures traditionnelles éclatent, l'individu est toujours davantage soumis à des situations de communication, qu'elles soient de rencontre ou d'affrontement, auxquelles il ne sait pas répondre parce que ses interlocuteurs ne partagent pas les mêmes référents que lui et semblent ainsi appartenir à un autre monde et parler une langue qui lui est étrangère. Or, si la santé d'un individu dépend bien de facteurs exogènes de l'environnement, elle dépend aussi de la réponse adaptative de l'organisme à cet environnement. Et cette réponse varie nécessairement d'un individu à l'autre en fonction de ses prédispositions et de l'expérience acquise, d'où l'intérêt d'une approche des maladies organiques, en l'occurrence du cancer, qui ne soit pas seulement médicale (biologique) mais également psychologique et sociologique : bref, d'une approche **psychosomatique**.

Il n'est pas question de nier ici que le cancer puisse procéder de causes génétiques ou exogènes (physiques, chimiques ou vivantes). Notre propos est de souligner que ces causes se présentent comme des conditions nécessaires, mais non suffisantes, du déclenchement et de l'évolution du processus tumoral chez un individu donné. Les recherches génétiques, par exemple, n'ont pas pu établir jusqu'à présent qu'il existait une transmission génétique prédisposant à tel cancer selon des lois mendéliennes strictes. Si on constate dans certaines "familles à cancer" la présence de tel paramètre génétique

(3) idem.

prédisposant, on constate en même temps que son expressivité (phénotype) est variable, c'est-à-dire qu'elle dépend de conditions de l'environnement qui favoriseront ou non l'actualisation de cette prédisposition. Enfin, ces facteurs de l'environnement n'auront eux-mêmes une action cancérigène que pour autant que l'organisme n'aura pas su y opposer une réponse adaptative adéquate (par l'intermédiaire du système immunitaire, en particulier). Certaines personnes peuvent fumer et boire toute leur vie sans être atteint d'une maladie cancéreuse et, inversement certaines autres, atteintes d'un cancer des voies respiratoires, n'ont jamais fumé et peuvent avoir mené une vie saine et sportive dans un milieu peu ou pas pollué.

De tous temps, le cancer a fait l'objet de recherches sur les rapports qu'entretenaient la maladie et la personnalité du malade. Mais ce n'est que depuis quelques décennies qu'on commence à mesurer l'importance de ce domaine de recherches, en particulier depuis que des physiologistes tels que H. Selye ont souligné l'ampleur des retentissements de la vie relationnelle de l'individu sur son équilibre organique (hormonal, métabolique, immunitaire) (4). Parmi les manifestations importantes de ces dernières années notons aux États-Unis la parution en 1966 et 1969 des actes de deux conférences sur les aspects psychophysiologiques du cancer (5). En Europe, un Groupe Européen pour les Recherches Psychosomatiques sur le Cancer (EUPSYCA) organise régulièrement, sous la direction du Prof. H.J.F. Baltrusch, un symposium international sur les aspects psychosomatiques du cancer. Les communications qui y sont présentées donneront lieu, à partir de l'an prochain, à une publication dans une revue internationale spécialisée, *Psychooncologia*. En France, il faut le souligner, cette question ne fait que depuis peu l'objet de rencontres spécialisées régulièrement organisées. Nous les devons à une équipe de Marseille, qui a publié récemment les textes des interventions aux deuxièmes Journées sur les rapports entre psychologie et cancer (6). Il faut s'en féliciter, tout en regrettant que les contributions françaises y soient généralement, soit d'orientation strictement psychophysiologique, soit réduites aux thèmes du vécu de la maladie et des problèmes iatrogènes lorsqu'elles sont d'orientation psychologique, ce qui reflète assez les difficultés qu'on peut rencontrer chez nous à initier une recherche psychosomatique véritablement pluridisciplinaire.

Depuis quelques mois, notre équipe, qui rassemble des chercheurs de formations différentes (médecins, psychologues, psychanalystes) poursuit à Strasbourg un programme de recherche psychosomatique sur les maladies cancéreuses. Nous pensons nous inscrire dans une certaine continuité avec l'esprit pluridisciplinaire qui a animé des travaux similaires entrepris il y a quelques années à l'initiative du Prof. Gros (C.H.U. de Strasbourg). Ces travaux, centrés sur la question du cancer du sein, avaient donné lieu à plusieurs communications, notamment des Profs. Israël et Durand de Bousingen (Clinique Psychiatrique du C.H.U.) et de J. Guir, lors d'un Congrès de Sénologie tenu à Strasbourg en 1977. Une des ambitions de notre équipe de recherche est d'établir progressivement à Strasbourg un centre de documentation qui rassemblerait pour l'Est de la France et, peut-être ultérieurement, pour la France et les pays européens limitrophes de

(4) Selye Hans, *The stress of life*, McGraw-Hill Book Co., New-York, rev. ed. 1976.

(5) Conference on Psycho-physiological Aspects of Cancer, *Annals of the New-York Academy of Sciences*, 1966, 125, & Second Conference on Psycho-physiological Aspects of Cancer, *Annals of the New-York Academy of Sciences*, 1969, 164.

(6) *Psychologie et Cancer* (Actes des 2èmes Journées médicales sur les problèmes psychologiques en rapport avec le cancer, textes réunis par R. Fresco et J. Extremit), Masson, Paris, 1978.

notre région, l'ensemble des informations qui peuvent circuler à l'échelon international sur la question du cancer en psychologie et en psychosomatique (bibliographies, fichier des chercheurs et des centres de recherche, etc.). Un fichier bibliographique couvrant les douze dernières années comporte déjà actuellement près d'un millier de fiches et est en cours de dépouillement.

On trouvera dans le présent numéro un échantillon, sinon des premiers résultats de nos recherches, du moins de la manière dont nous travaillons. Norbert Lutten Schlager introduit cette question du cancer en psychosomatique en brossant un bref historique des approches psychosomatiques qui, depuis Hippocrate et Gallien, ont été entreprises à propos du cancer et en étudiant plus particulièrement trois auteurs qu'on peut considérer comme représentatifs de ce courant de recherches : G. Groddeck et W. Reich du côté de la psychanalyse, G. Grossarth-Maticek du côté des comportementalistes et de la recherche statistique. Son étude dégage une constante dans les résultats de ces recherches, quelles que soient leurs orientations : le parallèle qui semble exister entre le cancer et un type de personnalité qui y prédisposerait et qu'on pourrait qualifier de "dépressif". Cette "dépression" serait à entendre, non dans son sens clinique, mais dans le sens d'une dépression latente, non actualisée, correspondant essentiellement pour le sujet à l'impossibilité de se détacher de l'objet de son désir et, de ce fait, de se remettre de sa perte éventuelle : d'où l'importance du nombre des recherches qui signalent que le cancer se déclare significativement plus souvent chez des personnes qui ont fait l'expérience récente du deuil d'un parent, ou d'une perte de leur travail, ou d'une mise à la retraite mal acceptée, etc.

Camille Stemper se propose d'élaborer un questionnaire comportant une centaine de questions "fermées" (choix binaire de type oui-non) et de le distribuer à un nombre important de patients cancéreux des diverses cliniques du Centre Hospitalier de Strasbourg et d'autres hôpitaux alsaciens, ainsi qu'à une population témoin de patients non cancéreux. Cette enquête à grande échelle est inspirée en partie de travaux tels que ceux de R. Grossarth-Maticek (7), mais l'approche manifeste certaines distances par rapport aux comportementalistes allemands. Camille Stemper est notamment conscient que la lecture qui peut être faite d'un tel questionnaire varie d'un informateur à l'autre et que les réponses que ces derniers peuvent donner ne livrent pas le sens qu'elles peuvent prendre pour chacun d'entre eux en particulier. Les résultats de l'enquête à grande échelle sur questionnaire nous livrent donc, en fait de profil de personnalité du malade cancéreux, un "profil de discours", c'est-à-dire une idée de ce que les cancéreux *disent* de ce qu'ils pensent être. Camille Stemper expose ici un certain nombre de remarques épistémologiques qui tiennent lieu de préalable à ce programme de recherche.

Dans le même ordre d'idées, Jean-Pierre Martin, Christiane Schaffhauser et moi-même présentons quelques axes méthodologiques possibles dans l'approche psychosomatique des maladies cancéreuses. Jean-Pierre Martin et Christiane Schaffhauser ont assuré jusqu'à l'été une "permanence psychologique" au Centre Paul Strauss de Strasbourg (Service du Dr. Petit) à l'intention des malades désireux de parler à quelqu'un. J'ai eu quant à moi des entretiens de type semi-directif avec des patients cancéreux, notamment de la clinique O.R.L. du C.H.U. (Dr. Bronner), entretiens d'inspiration psychanalytique et anthropologique qui se situent dans une perspective de recherche. Nous exposons les problèmes éthiques, et les avantages et les inconvénients comparés de méthodes de recherche qui s'appuient, soit sur l'administration de tests ou de questionnaires "fermés",

(7) Grossarth-Maticek Ronald, *Krankheit als Biographie : Ein medizinsoziologisches Modell der Krebsentstehung und -therapie*, Kiepenheuer u. Witsch, Köln, 1979.

soit sur des entretiens libres, soit sur des entretiens semi-directifs. Nous soulignons la nécessité, dans ce type de démarche, d'une prise en compte de ce que le sujet dit de lui-même et de ses rapports à autrui.

Prendre en compte ce que dit le sujet : nous ne pouvons dès lors que nous tourner vers ce que nous apporte l'expérience psychanalytique. Jean Guir, psychanalyste à Paris, assure à Strasbourg une consultation psychosomatique. À partir de ses observations de patients cancéreux en cure analytique, il tente de cerner ici ce qu'il appelle une "faille" fondamentale dans le discours du sujet atteint de cancer. L'exposé du cas d'une femme porteuse d'une tumeur maligne du sein, appuyé par les résultats d'une étude sur des enfants leucémiques, montre comment les paramètres historiques, familiaux et ethnologiques de cette rupture dans le langage du sujet peuvent permettre de mieux comprendre la date d'apparition du processus tumoral, la localisation de la tumeur, éventuellement sa nature histologique et même la distribution des métastases dans certains cancers. Ces recherches, qui se réfèrent aux travaux de Freud et de Lacan, visent à établir une stratégie cohérente dans le transfert et les interprétations au cours des entretiens cliniques et de la cure proprement dite du sujet atteint de cancer. Jean Guir estime que ces discontinuités dans la logique du discours du cancéreux sont la marque de béances dans le langage : ces béances susciteraient l'activation de gènes normalement quiescents et cette intrication de processus génétiques et psychosomatiques déclencherait le processus tumoral.

La clinique psychanalytique montre aussi l'importance d'une étude de la structure familiale du cancéreux dans l'approche psychosomatique du cancer. L'hypothèse d'une structure familiale qui serait spécifique, sinon des cancéreux, du moins des malades organiques, est du reste également à la base de notre propre approche anthropologique. On comprend dès lors l'intérêt qu'il y aurait à comparer une telle structure, non seulement avec celle de familles de sujets en bonne santé générale ou atteints d'autres types de maladie organique, mais aussi avec les structures familiales de sociétés différentes de la nôtre, atteintes par ces maux de manières différentes, qu'il s'agisse de sociétés traditionnelles n'ayant pas encore subi les effets de l'occidentalisation, ou au contraire de sociétés en cours de mutation socioéconomique et culturelle rapide, ou bien encore de groupes sociaux transplantés d'une société dans une autre. Norbert Luttenchlager, qui travaille à Strasbourg comme psychologue auprès de populations d'immigrés et de "gens du voyage", Kambiz Taghva-Passand, qui vient d'achever un travail de thèse d'État sur la relation mère-enfant en Iran, et moi-même exposons plus loin quelques remarques qui ont surtout pour but de souligner l'intérêt d'une approche transculturelle des maladies de civilisation.

Enfin, signalons que Norbert Moeglen qui a participé aux entretiens préliminaires que j'ai eus avec quelques malades en service O.R.L. , poursuit un travail sur le système H.L.A. qui ne peut encore faire l'objet d'une publication pour le moment. Comme il l'a montré à propos de certaines malformations (8), il envisage d'essayer de faire la part des facteurs génétiques et des facteurs de l'environnement dans le déclenchement et l'évolution de certaines maladies organiques, dont le cancer. Un tel travail révèle son importance dans le cas que nous évoquons plus haut de ces "familles à cancer", dont les membres ne sont pas tous atteints du même type de cancer sur le même organe, de sorte qu'il est difficile de savoir quelles sont dans ces cas les influences respectives des facteurs génétiques, des facteurs exogènes exerçant un effet partagé sur tous les mem-

(8) Moeglen N., Intrication de facteurs génétiques et psychosomatiques au cours de l'embryogenèse, *Corps et Langage*, 1981, 1, pp. 9-13.

bres de la famille (régime alimentaire familial, en particulier) ou de facteurs psychosomatiques particuliers encore à découvrir (transmission d'un même trait de personnalité pathogène à l'intérieur de la famille, ou rapports identificatoires de type mimétique entre certains membres de cette famille). Aucun de ces facteurs, quelque osée que soit l'hypothèse, n'est à exclure a priori : dans une perspective scientifique, ils sont tous matière à études et à discussion et le problème est de définir leur importance relative dans le processus pathogène.

Le point commun des programmes de recherches qu'on trouvera dans ce numéro est l'accent qu'ils mettent sur le rôle du langage dans le déclenchement, l'évolution, la rémission et la guérison des maladies humaines, du cancer en l'occurrence. Le langage est, dit-on, le propre de l'homme. Non que les animaux ne communiquent pas entre eux. Mais le langage humain a des propriétés qu'il ne partage avec aucun système de communication animal (ce que l'on appelle en particulier les "universaux du langage"). Je ne détaillerai pas ici les implications spécifiques que l'apparition du langage chez l'homme me semble avoir sur le développement et le fonctionnement de l'organisme humain dans son environnement. C'est là l'objet d'un travail de théorisation en cours, dont je me contenterai pour le moment de ne présenter qu'une idée générale. En résumé, l'hypothèse de départ est la suivante : cette spécificité du langage humain doit nécessairement, d'une façon ou d'une autre, correspondre à une fonction que le langage remplit dans notre espèce, sans quoi elle n'aurait pas lieu d'être.

L'expérience psychanalytique montre que le symptôme, qu'il soit du reste névrotique, psychotique ou psychosomatique, correspond à un problème de communication : il surgit comme substitut là où la parole du sujet est insuffisante à dire son désir. L'impossibilité d'exprimer ce désir en mots conduit à un échec de la communication. Cet échec de la communication, qui est échec dans la quête de l'objet du désir, peut se traduire, en termes psychophysiologiques, comme l'impossibilité d'élaborer une réponse adéquate à une situation de besoin. Sur le versant organique, il s'agit donc là d'une situation d'inadaptation de l'organisme, qui est nécessairement source de déséquilibres et de tensions (stress).

C'est pourquoi nous posons comme hypothèse dans nos travaux que le langage remplit d'une façon ou d'une autre chez l'homme une fonction de défense contre les maladies de l'adaptation, auxquelles on sait que notre espèce est plus sensible qu'une autre. Certaines formations culturelles, par exemple, telles que les systèmes d'interdits moraux et sociaux et les systèmes de parenté sont des faits de langage et sont communs à toutes les sociétés humaines. Leur effet est d'établir au sein d'une société un système de référents communs à tous ses membres qui garantisse la communication, notamment en assurant le repérage des interlocuteurs les uns par rapport aux autres. En effet, comme le montrent les problèmes d'identité qui semblent à l'œuvre dans la maladie, c'est à partir du moment où un sujet ne sait plus s'il est lui-même ou un autre que tous les accidents de cet autre, et notamment sa perte réelle ou fantasmée, peuvent équivaloir pour lui à une perte d'identité, source de déséquilibres psychiques et organiques. L'investigation psychosomatique n'est alors assurée de donner des résultats que si la maladie peut être mise en rapport avec ce que le malade dit ou, au contraire, n'arrive pas à dire, quand il parle. À contrario, d'un point de vue thérapeutique, on ne peut assurer que le symptôme psychosomatique a définitivement disparu qu'à partir du moment où quelque chose de non-dit en rapport avec l'identité même du sujet et sa relation à autrui peut enfin être exprimée en des mots.

Les articles qu'on trouvera dans ce numéro rendent compte de recherches qui, pour la plupart, n'en sont qu'à leurs débuts. Ils permettent cependant de préciser certains points d'épistémologie ou de méthodologie qui sont des préalables nécessaires à toute approche sérieuse d'un problème aussi important que celui-ci. Cette première livraison de travaux, on le verra en les lisant, se propose moins de convaincre de quoi que ce soit que, plus modestement, de poser quelques questions qui, à notre avis, ne sont pas assez souvent évoquées parmi les milieux soignants concernés par la lutte contre le cancer. Ce faisant, nous espérons d'abord et surtout attirer l'attention., aussi bien des chercheurs et praticiens que des malades eux-mêmes, sur une manière "différente" d'aborder la question du cancer, manière qui, à coup sûr, ne se substitue pas au traitement médical proprement dit de la maladie, mais en est bien plutôt l'indispensable complément.