

Temps, identité et cancer

Martine DERZELLE¹

Mon propos est d'esquisser quelques points de repère, lestés de quinze ans d'expérience clinique en cancérologie, s'agissant de ce qui, dans la relation au patient cancéreux, m'a toujours semblé être au premier plan : la question du temps. Paradoxe d'un temps tout à la fois tout à fait là objectivement (rythme des traitements, périodicité des consultations et contrôles, prise de rendez-vous, attentes et reports divers, etc...) et tout à fait pas là subjectivement (impression d'imminence, relation dévitalisée, échange de pure fonctionnalité, discours réduit à la stricte actualité des événements diagnostique et thérapeutique et de leurs inconforts, etc...). Comme si, quand le corps ne va plus de soi, conséquence des désorganisations du temps et de l'espace corporel, la proposition et le prêt d'un temps venu de l'extérieur, soit de la pratique médicale, était la paradoxale condition de possibilité d'un éventuel réinvestissement subjectif en même temps qu'une instance de désinvestissement de la réalité subjective. L'équivalent de la circulation extra-corporelle dans certaines lourdes interventions cardiaques.

Ce que le « psy » peut apporter au malade atteint d'un cancer, en soutenant le non-temps en tant que temps, la non-relation en tant que relation, le non-sujet en tant que sujet, c'est sans doute la possibilité de se ré-approprier son expérience selon un spectre allant de la restauration d'un fonctionnement caractériel à l'établissement d'une relation consentant à l'étrangeté et à l'historicité en passant par des fonctionnements mixtes semblant conjoindre en parallèle les deux extrémités du spectre. Parfois, parfois seulement une véritable élaboration, un véritable processus de subjectivation aura lieu, là où le nouveau savoir inauguré par la maladie, nouvelle intrication entre le

somatique et le psychique, permettra, via la mise en mots de l'expérience désertifiante, de modifier la relation du patient à son corps et à sa vie subjective. « *Le désert m'a appris que l'on a toujours trop et que seule une alliance est de mise en ce lieu/non-lieu* » me disait Monsieur L., atteint d'un cancer du poumon. La relation thérapeutique en cancérologie comme parole échangée entre deux nomades ? Peut-être. Ou, comme le dit magnifiquement Pierre Mertens dans « *Les Eblouissements* » :

« Il n'est qu'une seule générosité, celle qui circule d'un corps à un autre. Par pudibonderie, ou par préciosité, il arrive qu'on parle d'autre chose. Mais c'est toujours, au bout du compte, d'un corps qu'il s'agit.

De cette enveloppe que toute vie froisse, lacère, déchire, frappe de désuétude.

Entre-temps, seuls quelques corps, dans l'urgence, dans la panique auront pu quelque chose pour quelques autres.

Et aussi quelques mots, quand ils auront fait le voyage d'un corps à un autre.

Encore faut-il les désirer autant que les corps eux-mêmes ».

LA CANCEROLOGIE : UN « CLIMAT »

Tenter de soutenir des questions mises au travail pendant tant d'années dans la rencontre avec des patients atteints de cancer me paraît indissociable de la description d'un « climat ».

Entre « désert » et « camp de concentration » (cf. Primo Levi), le champ que constitue la cancérologie est en effet traversé d'un certain nombre de caractéristiques qui dessinent non pas un contexte mais une « atmosphère », collective et individuelle, dans laquelle tout semble pris en

¹ Martine DERZELLE, psychanalyste, Consultation de la Douleur, Unité Mobile de Soins Palliatifs, Institut Jean-Godinot, Reims.

masse ; les soignants, les patients, et la maladie. Le trou d'air et le souffle y sont les bienvenus. Ces différents points où souffrance du patient et souffrance de l'équipe soignante entrent d'ailleurs en résonance permanente me paraissent être les suivants, de façon non exhaustive :

1. **Fascination du réel, du corps réel et en même temps impossible à tolérer du corps habité par la mort.** L'inquiétante étrangeté d'un corps pensable et impensable comme cadavre fascine et donne envie de fuir tout à la fois. Face à ce réel, aucune distanciation ne tient mais c'est la culpabilité qui souvent fige.
2. **Perte, par le patient atteint de cancer, de quelque chose de soi, de quelque chose de son identité** plutôt que « deuil » comme on le dit souvent. En effet, les identifications imaginaires et symboliques vacillent en même temps que les repères corporels. Une véritable dépersonnalisation, une véritable **angoisse de perte de soi**, plutôt que d'objet, est là en cause.
3. **Résonance, pour le patient et le soignant, de ce « climat », avec des fantasmes et des situations de type archaïque** où le sujet se sent littéralement submergé par ses angoisses. L'hospitalisation, la perte transitoire de la maîtrise et de l'autonomie, les mutilations, les sensations pénibles liées aux traitements ravivent et rejouent des conflits non résolus, des pertes, des non-dits, des séparations. Les fantasmes de castration prennent le devant de la scène. Le jeu, beaucoup plus fondamental, de la présence et de l'absence re-conjugué le sujet avec ce qui est survenu dans son histoire. Le caractère archaïque des véritables enjeux se donne ici à voir par un univers du « tout ou rien » où alternent le « c'est foutu » et l'espoir du miracle, l'impuissance et la toute-puissance, l'impossible et le possible, la science et la magie, la position mégalomane quant à l'intégrité de la santé « d'avant » et la position dépressive d'après le traumatisme de la fracture de ce rêve.
4. **Etre cancéreux n'est pas une structure** mais une grande diversité de réactions s'observent autour du travail d'élaboration – ou de son absence – qui permet au sujet de se réapproprier son expérience autant qu'il lui est possible. Une sorte de disjonction s'instaure en

fait le plus souvent : ou la maladie ou le sujet, donnant lieu à trois grands styles de devenir. Il y a ceux qui restent fixés et figés à la maladie, ceux qui s'enferment dans le cercle vicieux de leur histoire, ceux qui conjuguent leur maladie et le savoir inauguré par elle avec l'historicité de leur trajet de vie.

5. **Le cancer a fréquemment des effets d'analyse, avec ou sans analyste.** De vertigineux bilans de vie se font entendre où, dès le tout premier entretien, se demande parfois : « Qu'opposer au malheur ? Quel recours quand tout est retiré ? Quand tout fout le camp ? Quand le corps même trahit et se dérobe dans sa fonction de support ? » et où, très vite, chacun faisant spontanément le lien avec des événements significatifs de son histoire personnelle et familiale, inventorie ce qui a et fait encore sens dans sa vie. Sur quoi compter aujourd'hui en cet extrême ? Parfois une prodigieuse profondeur relationnelle et émotionnelle est très rapidement atteinte, presque trop rapidement allais-je dire si je fais référence au temps souvent nécessaire dans les « cures » pour en arriver là. Ce qui semble en jeu est un curieux mouvement de bascule du profond et de la surface, de l'intime et du public, du familier et de l'étranger, témoignant d'une effarante expérience de bouleversement de l'organisation de l'espace et du temps en ses rythmes propres et en ses différenciations dedans-dehors, proche-lointain, avant-après.
6. **Et moi je ne suis pas malade, et moi je connais l'hôpital depuis longtemps.** Le corps de connaissances qui est le mien m'aide-t-il ou me gêne-t-il ?

A ces points concernant l'ensemble des acteurs s'en ajoutent d'autres plus spécifiques de la pratique « psy » en cancérologie :

1. **Ne pas se prendre aux mirages de la fusion et de la reconnaissance médicales** pour soutenir en permanence la logique du sujet et la dimension relationnelle paraît être le préalable minimal en ce lieu d'un repérage nécessaire des effets du médical sur le sujet (objectivation, banalisation, demande de conformité et de compliance, etc...).

2. **Soutenir une position de « psy » dans des conditions qui a priori ne s'y prêtent pas** – la dimension subjective y est généralement redoutée comme ne pouvant que perturber le fonctionnement et le bon déroulement des soins – est possible sous condition de tenter de penser ce qu'on voit plutôt que de voir ce que l'on pense. Façon de dire qu'aucun repère théorique ne peut être transposé comme tel mais que la clinique doit amener à les redécouvrir, à les interroger, à les critiquer, à en produire d'autres, à les faire travailler. L'absence de théorie du corps autre qu'hystérique dans le corpus freudien n'est pas, en ce point, le moindre des problèmes.

3. **En ce temps où les montages symboliques et imaginaires ne tiennent plus**, laissant la place à un vaste processus de « banalisation », l'univers de la cancérologie n'y échappe guère et cette dimension est à prendre compte. Ainsi, le discours sur la mort par exemple se réduit-il souvent de nos jours à la question « être pour ou contre l'euthanasie », médiatiquement relayée. Les modalités de la « banalisation » sont diverses : absence de points de repères au profit de fantasmes, absence de pensée et de parole au profit d'une instrumentalisation, abrasion de la réalité subjective au profit d'un accompagnement tous azimuts (le grand mythe de notre temps), abrasion de toute conflictualisation au profit d'un modèle informatique binaire. Le « être patient atteint d'un cancer » y trouve difficilement sa place, alternativement tiré du côté du vivant ou du mourant, dans l'oubli le plus constant que l'un est l'autre. Forcément !

A. LA QUESTION DU TEMPS OU LE TEMPS EN QUESTION.

- Que le temps du sujet ne soit pas superposable au temps médical, le temps de la rémission le dit sans doute suffisamment. Si l'annonce de celle-ci est manifestement une « bonne nouvelle » au plan médical, annonce de la suspension thérapeutique et d'un défi contre la maladie relevé et temporairement gagné, la fin des traitements qui s'y associe et l'accompagne constitue en effet régulièrement pour les patients un stress tout à fait particulier. C'est le temps où ils se disent et se sentent déboussolés, abandonnés, perdant le sentiment

de contrôle que procurait l'administration des traitements. Ils sont habités par un sentiment de grande vulnérabilité, de vide, quand bien même diminue la détresse émotionnelle et que s'installe une sorte de démobilisation psychique. Tout se passe comme si, perdant une figure maternelle toute-puissante, ils étaient progressivement gagnés par un abandonnisme intolérable, une insécurité de base, liés à la perte d'un lien médical soutenu et qui fonctionnait comme un véritable « surmoi corporel » organisant l'espace, le temps et les fonctions corporelles du sujet. Ce **temps de la rémission** se traduit ainsi souvent en ses débuts par des demandes de travail psychothérapeutique qui me sont adressées et qui, à la différence du temps des traitements et de l'hospitalisation où les demandes émanaient souvent plus des soignants que des patients, émanent directement de ces derniers en une formulation émise depuis l'extérieur de la structure et en leur nom propre. Si les raisons invoquées sont de différents ordres : Est-ce bien normal de ressentir tout ce que l'on ressent ? Pourquoi ce manque de résistance désormais et cette grande fatigue ? Pourquoi cette installation, en décalé, dans ce qui ressemble à une grande dépression ? Il s'agit cependant toujours d'une demande liée directement ou indirectement à la maladie donc à l'atteinte corporelle et au corps malade, cette atteinte déclenchant ou, dans certains cas, ravivant un questionnement qui a presque toujours à voir avec un dysfonctionnement, un dérèglement, donc une perturbation induisant un sentiment de destruction. C'est en ce point que paraissent intriquées, entre autres, les deux dimensions psychiques et somatiques. Comme si le savoir généré par la maladie, de façon claire ou confuse, qui est savoir qu'on est mortel c'est-à-dire pris dans et par le temps, devenait envahissant et angoissant dès lors que l'alliance thérapeutique avec le corps médical et la structure se distendait. Comme si la perte du grand corps premier s'y trouvait ravivée à l'extrême, obligeant à perdre pied, à perdre tout point de repère, obligeant à l'arrachement à l'autre devenu l'arrachement de soi à soi. Cet arrachement a nom savant de « syndrome de Damoclès ». Je lui préfère celui « *d'échec du sanctuaire* » selon la formulation d'Yves Pélicier, issue d'une grande expérience clinique avec ce type de patients. Comment mieux dire que désormais la certitude est

absolue d'une impossibilité de trouver où que ce soit sur terre un refuge, l'illusion d'un refuge, autre nom probable du maternel ? Comment désormais vivre « à découvert » ? Comment renoncer à vivre « sous couvert » ? Le désert est la configuration qui dit sans doute le mieux cette nécessité. Il interroge aussi a contrario les traitements de longue durée dont on peut penser que, fonctionnant comme une institution, ils sont porteurs d'un « effet cadre » sur lequel il convient de se questionner.

- Tout se passe en effet comme si le temps des traitements, qui est en même temps celui de la plus grande proximité avec les soignants et avec l'institution hospitalière (le refuge), fonctionnait à la façon d'une construction adjuvante, objet extérieur grâce auquel le sujet tient, sorte de grand corps prothétique prêtant et promettant du temps objectif sous la forme de la définition d'un rythme, d'un calendrier (cures, contrôles, hospitalisations, consultations, examens, etc...). En effet, le plus souvent, dès le choc initial du diagnostic (qui se joue régulièrement en deux temps : la découverte de la tumeur et l'annonce du diagnostic), la maladie a opéré une coupure, une entame, une faille, instaurant un avant et un après, où rien ne sera plus jamais comme avant. Le patient se trouve alors brutalement projeté dans un « ailleurs » où le diagnostic de cancer ressemble à la rencontre vertigineuse d'un destin, comme si la vie était inscrite, était écrite dans un texte qu'on n'écrit pas.

Quand le corps de va plus de soi, s'ouvrant à l'anarchie, au désordre et à la démesure, à l'étrangeté (imprévisibilité, faillibilité, imprédictibilité, possibilité de faire défaut, soit ce dont tout sujet a le plus horreur), s'ouvre alors une **véritable rupture d'identité** ou **rupture de l'illusion d'identité**, rupture du lien avec soi-même et avec son propre corps. Outre que les identifications imaginaires et symboliques du sujet vacillent, la perte de la conviction possible d'un ancrage de l'identité corporelle dans un socle fiable et persistant s'ouvre une impasse de figurabilité où le corps propre en tant que schéma de représentation rend problématique toute projection, toute pensée de l'imaginaire, toute représentation du temps (à venir). La confiance n'est plus possible dans un « corps-trahison ». S'en suit la rupture du lien habituel avec le corps sous la forme d'une désorganisation de l'espace et du temps

(corporels). S'en suit également la rupture avec le rêve : le corps désapproprié paraît inscrire la relation au corps dans une spécularité avec ce double narcissique impensable qu'est le cadavre, hors temps, dans une effarante et infinie reduplication d'un même tout à fait inquiétant.

Par ses exigences d'adaptation à la réalité externe et ses attentes de compliance aux traitements, la médecine semble ainsi paradoxalement, et pour un temps, rendre l'être, l'existence tout en les retirant : la proposition et le prêt d'un temps venu de l'extérieur, injecté en quelque sorte comme un produit bienfaisant et faisant fonction de prothèse doivent retenir l'attention. Conditions de possibilité d'un réinvestissement à venir, ils sont indissociables d'un désinvestissement de la réalité subjective. Le paradoxal est ici la règle. Si l'on pouvait s'attendre à ce que les situations de traitement, situations extrêmes portant l'individu aux limites de lui-même et ayant virtuellement tout pour être subjectivantes, puissent donner à l'individu un sens accru de son humanité, force est pourtant de constater leur inscription dans une relation de plus en plus objectivante en raison d'un développement rationnel et technique, un foisonnement de procédures, normes de conformité et autres visées de qualité et d'excellence. Situation assimilable à l'impasse, la médecine paraît ainsi comporter une structure logique d'impensable en ses enjeux de vie et de mort, dans le même temps appréhendées et souhaitées, en ses contradictions thérapeutiques tout à la fois bienfaisantes et malfaisantes, en ses effets bénéfiques mais aussi maléfiques du traitement. Le mutisme du médical à ce propos est bien connu, sa difficulté à nommer, à reconnaître, et à porter sa part d'inhumain, son poids de violence. S'exposer au sadisme de l'autre pour exister : telle est la demande que les patients imaginent être la demande du corps médical, à la façon de ce que les enfants imaginent parfois être la demande des parents au niveau du corps et de l'image du corps. Ce sadisme comporte la compliance, à un rythme dé-subjectivant.

Mon hypothèse est donc que **la rupture de l'illusion d'identité ouverte par le choc du diagnostic comme fracture d'un rêve d'intégrité (position mégalomane) trouve à se colmater le temps des traitements par une identité substitutive**, pure identité de surface construite par emprunts au corps médical.

Qui plus est, le temps des traitements colmate du coup et par voie de conséquence, à l'aide d'une sorte de figure emblématique de placage, **toute émergence d'angoisse de dépersonnalisation**. Néo-identité caractérielle d'un patient cancéreux typique, soumise aux aléas des résultats, déplacements des cures, décisions thérapeutiques et rémissions possibles, que le traitement institue et renforce dans un deuxième temps, que le milieu familial et social renforce dans un troisième temps pour éviter l'angoisse suscitée par le contact du patient cancéreux. Si bien que le patient atteint de cancer au cours du traitement médical apparaît régulièrement pris dans une double dynamique contradictoire : d'une part, il est soumis à l'émergence massive d'un imaginaire floride, véritable raz-de-marée d'angoisse, de rêves, fantasmes, affects, réaménagements de croyances au sujet de lui-même, de ses relations significatives, de la vie et du monde ; de l'autre, il est soumis à une énorme exigence d'adaptation au monde extérieur, celui de l'espace, du temps et des actes du traitement mais aussi celui provenant d'autres facteurs existentiels annexes : aménagement du temps de travail, modification ou changement du domicile, etc...

« Ou la maladie ou le sujet ».

Soumis à ce double fonctionnement, le patient atteint de cancer « navettera » comme il peut entre les deux pour se figer parfois dans le recours à l'un d'entre eux. Se dessinent ainsi trois devenirs le plus fréquemment rencontrés : pour certains, il semble n'y avoir que le recours possible au refoulement massif de la part imaginaire, véritable retour au un, celui de l'adaptation à la réalité externe ; pour d'autres, imaginaire et adaptation se maintiennent tous deux mais dans un fonctionnement strictement parallèle interdisant toute conflictualisation sous les traits d'un apparent registre du deux ; pour d'autres enfin, chez qui quelque chose du psychisme semble immédiatement mobilisable rendant possibles les opérations de déliaison et de liaison, la relation thérapeutique permettra un riche travail d'élaboration et de créativité, consentant à l'étrangeté, à l'historicité, à l'obscur et à l'inhumain. Ici se mettra parfois en place un nouveau nouage du réel, du symbolique et de l'imaginaire ainsi qu'une nouvelle situation du symptôme. Ce qui sera en jeu ici est la réciprocité d'un échange autour d'un savoir porteur de mort, savoir mortel, que le refoulement demande de taire à tout prix de peur d'appeler effectivement la mort. A tout prix, ce prix fût il celui de la vie psychique.

Le discours médical et sa logique trouvent ici leur raison d'être comme instance refoulante de la dimension subjective repérée comme une donnée venant soit faire obstacle au traitement, soit au contraire en favoriser l'acceptation et le déroulement.

B. D'UNE BASCULE IDENTITAIRE A L'AUTRE.

Mon immersion clinique en cancérologie, de plus en plus axée sur la question du temps, me permet à présent de dégager deux temps différents de ma pratique ou plutôt deux styles différents de pratique correspondant à l'avant et l'après de la mise en place de l'identité substitutive offerte par le temps des traitements, soit la bipartition suivante :

1. A la rupture de l'illusion d'identité ouverte par le choc du diagnostic comme fracture d'un rêve possible d'intégrité vient répondre le plus souvent, colmatant toute émergence d'angoisse de dépersonnalisation, une identité substitutive, temps artificiel tissé par d'autres et demandant à toute subjectivité de disparaître. Ce temps est le temps des traitements, de l'hospitalisation éventuelle, de demandes de ma venue émanant des soignants plus que des patients, à moins qu'il n'y soient parfois incités par ceux-là ou, de plus en plus fréquemment, par les médias.
2. Au temps de la pathologie de la rémission (angoisse, dépression, fatigue, plaintes somatiques multiples, abandonnisme, crises de panique, phobies, préoccupations hypochondriaques, etc...), une seconde bascule identitaire, qui est plus exactement la chute de l'identité substitutive de surface, à quoi et par quoi le sujet tenait transitoirement, se manifeste fort régulièrement, transformant parfois la mise en question antérieure en véritable demande de travail psychothérapeutique reprise par le patient à son propre compte. L'effet cadre des traitements et du lien soutenu au corps médical cessant, le patient se retrouve « à découvert ».

Deux temps différents de ma pratique se dégagent ainsi au décours de deux temps différents pour le patient : le **premier**, tout entier occupé par un protocole de soins où les patients sont conviés à prévoir un avenir qui n'est plus le leur mais un

avenir daté par les soins donnés, répétitifs et qui semblent ne devoir jamais cesser, me convie régulièrement à un choix thérapeutique fort différent de mes habitudes analytiques, soit la restauration d'un fonctionnement caractériel effracté par un imaginaire inintégrable en renforçant et maintenant le refoulement réussi de la fonction de l'imaginaire. Ce temps est marqué essentiellement par des « actes de présence » de ma part. En étant présente malgré et à cause de cette lourdeur de la fascination par le réel du corps habité par la mort, je marque la possibilité d'un lieu autre et d'un lien autre où il y a une existence pour la vie relationnelle et donc psychique. Sous la condition de supporter une telle intensité sans chercher à l'interpréter ou à l'entamer, sous la condition de repérer ce qui m'envahit d'ennui et d'embarras comme étant le reflet de ce qui se passe pour le patient – au point même de poser la question de l'incongruité de ma présence parfois – quelque chose risque de surgir dans un second temps comme une possible demande ayant fréquemment à voir avec une situation de dépression profonde qui existait déjà auparavant. **Ce second temps**, lorsqu'il a lieu, m'évoque toujours irrésistiblement quelque chose qui, au niveau du transfert, ressemble beaucoup à un « état limite » (ou ce qu'il est convenu de désigner comme tel ?) tel qu'il se rencontre à l'adolescence et également lors d'une convalescence après une maladie somatique. Sans doute s'agit-il là d'états transitoires mais reconnaître leurs similarités peut souvent permettre de façonner des outils pour travailler les difficultés qui se présentent alors. La séquence suivante émerge souvent : un patient cancéreux, auprès duquel j'ai été amenée à témoigner de mon existence par un acte de présence lors d'une hospitalisation, formule une demande de travail psychothérapique, une fois déclaré en rémission par le corps médical et une fois sorti de la structure. Fréquemment conduit à formuler cette demande par la présence d'une angoisse envahissante, il témoigne à l'évidence lors du premier entretien d'un vécu de celle-ci comme ayant valeur de réalité psychique d'une annihilation et découvre dans ses « retrouvailles » avec moi, qu'il a déjà vue à l'intérieur de la structure lors de son fonctionnement antérieur « sous couvert », l'expérience de sa survie réelle à travers celle de l'objet, c'est-à-dire la mienne, re-con nue et re-constatée. C'est dire comment le travail thérapeutique qui s'engage en ce second temps n'a le plus clair du temps rien à voir avec une quelconque problématique névrotique, supposant la

survie comme allant de soi et ne redoutant pas l'annihilation. Ici, tout au contraire, **tout se rapporte à la survie ou à la non-survie**, obligeant à un non-intégrisme théorique et à accepter de prendre les choses dans l'ordre où elles se produisent, souvent sans pouvoir prévoir ce qui peut arriver ensuite ou même savoir ce qui est entrain de se passer ou s'est déjà passé.

Tolérer un degré de dépendance très important du patient à son égard est ici de mise pour l'analyste car il s'agit de revenir en quelque sorte à un état non-encore-personnalisé pour laisser le temps au travail psychique de se faire, ce qui suppose que soit faite l'expérience de l'annihilation pour repartir de l'avant mais sur un mode différent.

A un moment donné de ce travail, point le plus nécessaire et le plus redouté, les exigences de toute-présence et de toute-dépendance du patient vont forcément rencontrer une limite indépassable et c'est à partir de là qu'une relation (d'objet) peut s'amorcer. Ces limites concernent souvent l'espace, le temps, la distance. Lorsque cette question est résolue et seulement lorsqu'elle est résolue, les angoisses seront de type névrotique : angoisse de séparation, angoisse dépressive, angoisse de castration.

Temps, identité et cancer. Les quelques points de repère indiqués ici comme autant de pistes de réflexion à développer et à creuser voudraient renouveler quelque peu la pensée de la relation thérapeutique en cancérologie. Entre parole prophétiquement totalitaire de la logique médicale – « c'est un cancer à bon/mauvais pronostic » - « il en a pour x temps environ » - et parole thérapeutiquement errante de la logique du sujet, ils font signe du côté d'un « agrippement à l'objet » plus fréquent que la théorie freudienne ne le laisse supposer et d'un étrange état post-traumatique qui, entre errance hébétée et nostalgie de l'état antérieur imaginé, génère la question d'un transfert particulièrement difficile parce qu'organisé autour d'un retour à l'imaginaire antérieur.

« *Peut-on guérir de l'objet ?* » se demandait Jacques Sédard dans un numéro de la Revue « Cliniques Méditerranéennes » de 1995. Mais la tentative de négation de l'objet - comme séparé - n'est elle pas une maladie dont on ne guérit pas ?

Martine DERZELLE