

CANCER ET IMAGE DU CORPS : IDENTITÉ, REPRÉSENTATION ET SYMBOLIQUE

Travail présenté lors des 27es Journées de la Société de l'Information Psychiatrique,
Lille 24-27 septembre 2008

Michel Reich

John Libbey Eurotext | « L'information psychiatrique »

2009/3 Volume 85 | pages 247 à 254

ISSN 0020-0204

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2009-3-page-247.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour John Libbey Eurotext.

© John Libbey Eurotext. Tous droits réservés pour tous pays.

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

Cancer et image du corps : identité, représentation et symbolique

Travail présenté lors des 27^{es} Journées de la Société
de l'Information Psychiatrique, Lille 24-27 septembre 2008

Michel Reich

RÉSUMÉ

Les troubles de l'image corporelle induits par le cancer et ses thérapeutiques mutilantes vont engendrer une blessure tant physique que narcissique chez les patients. Cela pose la question d'une métamorphose de leur identité corporelle et psychologique. La mutilation corporelle symbolise toute la souffrance physique et psychique des patients et renvoie à diverses problématiques : deuil, castration, réparation, image spéculaire. Pour les soignants, ces troubles renvoient à des phénomènes en miroir sous-tendus par des mécanismes de projection et d'identification. La prise en charge de ces troubles reste une priorité en termes de qualité de vie et de satisfaction des soins pour les patients.

Mots clés : cancer, image du corps, identité, mutilation

ABSTRACT

Cancer and body image: identity, representation, symbolism. Body image disorders induced by cancer and its mutilated treatment will lead to a physical and narcissistic wound among patients. This raises the question of a metamorphosis of their bodily and psychological identity. The bodily mutilation symbolizes all the physical and psychological patient's suffering and is linked with various issues: death, castration, reparation, specular image. For caregivers, these disorders send back to phenomena in mirror under tightened by mechanisms of projection and identification. Body image disorders care is a priority in terms of quality of life and care satisfaction for patients.

Key words: cancer, body image, identity, mutilation

RESUMEN

Cáncer y representación del cuerpo : identidad, representación y simbología. Los trastornos de la imagen corporal originados por el cáncer y sus terapias mutiladoras causan una herida tanto física como narcisista a los pacientes. Esto plantea la cuestión de una metamorfosis de su identidad corporal y psicológica. La mutilación corporal simboliza todo el sufrimiento físico y psíquico de los pacientes y remite a diversos problemas : duelo, castración, reparación, imagen especular. Para el personal sanitario, estos trastornos remiten a fenómenos reflejados, sustentados por mecanismos de proyección e identificación. El tratamiento de estos trastornos sigue siendo una prioridad en términos de calidad de vida y satisfacción de los cuidados para los pacientes.

Palabras clave : cáncer, imagen del cuerpo, identidad, mutilación

Psychiatre, équipe de psycho-oncologie, Centre Oscar-Lambret, 59020 Lille
<M-Reich@o-lambret.fr>

Tirés à part : M. Reich

« Nous ne sommes pas nous-mêmes lorsque la nature, opprimée, commande à l'esprit de souffrir avec le corps. »
(William Shakespeare [19].)

Introduction

Dans une société où le paraître a plus d'importance que l'être, la mutilation corporelle apparaît comme une blessure physique mais aussi narcissique dont les conséquences sur le plan psychologique ne seront pas négligeables : troubles anxieux et dépressifs, syndrome de stress post-traumatique.

L'image du corps et son altération constituent un problème crucial en oncologie tant pour les patients que pour les équipes soignantes.

Le malade confronté au cancer craint la perte de son intégrité corporelle, la déchéance et la mutilation de son corps. Les équipes médicales tentent d'y remédier physiquement par une reconstruction ou la mise en place d'un appareil prothétique pour suppléer à l'ablation de la partie du corps atteinte par le cancer.

La prise en charge des aspects physiologiques et psychologiques reste donc une priorité en termes de qualité de vie et de satisfaction des soins pour les patients atteints de cancer.

Définition de l'image du corps

Il s'agit d'un concept forgé par Paul Schilder en 1935 qui la définit comme « la représentation à la fois consciente et inconsciente du corps, désignant non seulement une connaissance physiologique mais renvoyant également à la notion de libido et à la signification sociale du corps » [18]. Cet auteur précise que « l'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit, la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes » [18].

L'image du corps correspondrait donc plus à une vision psychologique où prédomineraient les attitudes et les sentiments éprouvés pour le corps, son apparence physique et la représentation mentale de soi dans son contour, son volume, sa surface, son poids, sa solidité. Elle se distingue du schéma corporel qui selon une vision physiologique se focalise plus sur la perception et la représentation du corps dérivant de l'intégration des expériences sensorielles et motrices de celui-ci. Le ressenti est musculaire et cœnesthésique et inscrit la permanence spatiale du corps.

Quant à la représentation de soi, elle aborde le corps selon une vision psychodynamique où le corps est « objectalisé » tel qu'un individu le conçoit et qu'il est perçu par autrui.

L'image produite par les effets de notre soi sur autrui se retrouve à mi-chemin entre les perceptions et les fantasmes.

L'atteinte de l'image du corps constitue un trouble clinique caractérisé par « l'existence d'une différence marquée entre l'apparence ou le fonctionnement actuel perçu d'un attribut corporel donné et la perception idéale de cet attribut par l'individu ; cette différence, en vertu de l'investissement personnel et des dysfonctionnements corporels, a des conséquences émotionnelles et comportementales, et peut affecter significativement la qualité du fonctionnement occupationnel, social et relationnel » [21].

Atteinte du corps et cancérologie

L'atteinte du corps en oncologie implique trois étapes clés tant sur le plan somatique que psychologique [4].

Sur le plan somatique, on distingue l'annonce de la maladie et de la potentielle mutilation, la destruction et l'ablation de l'organe ou de la partie du corps atteinte, la réintégration et la reconstruction d'un organe modifié ou d'une prothèse de substitution de l'organe.

Sur le plan psychique, l'annonce de la maladie fait réaliser au patient sa mortalité ; la perte de l'organe aboutit ou non à l'acceptation irréversible du passé avec le processus du travail de deuil ; la reconstruction renvoie au travail d'incorporation de l'organe modifié ou de la prothèse instaurée.

En cancérologie, le corps met à mal le sujet dans sa croyance en son immortalité et contraint l'appareil psychique à s'en représenter ses modifications d'où la mise en place des mécanismes de défense chez les patients.

Le cancer et ses traitements contraignent l'individu à penser différemment le corps face à l'agression somatique (atteinte réelle du corps). Les conséquences sur ce corps atteignent le psychisme en sachant qu'il n'y a jamais véritablement de « restitutio ad integrum » [4].

Le cancer va transformer le regard au corps pour le sujet lui-même mais aussi pour les autres.

Le cancer oblige le corps à une mise en scène permanente et l'esprit à une quête de sens vis à vis de la souffrance atteignant ce corps [2]. Le cancer et ses diverses thérapeutiques vont entraîner chez le patient une métamorphose plus ou moins rapide de son corps, de son identité corporelle d'où un risque potentiel de dépersonnalisation avec perte du contrôle de soi et perte de vue de son identité avec une atteinte de l'estime de soi et la perte de confiance.

Cela pose la question pour les patients de la pérennité de la perception de leur image et les confronte à différents challenges :

- de l'impossibilité à se voir mutilé à l'acceptation de se voir mutilé ;
- de la relation à son corps et la subjectivité de cette relation ;
- de la capacité ou non à faire le deuil de « l'avant » et d'investir ou non « l'après ».

Certaines représentations populaires du cancer issues de l'inconscient collectif, renvoient à l'invasion du corps par la maladie et les métastases annonciatrices d'une mort prochaine, au fantasme de dévoration par le « crabe » qui va se nourrir à l'intérieur de ce corps malade, à la pourriture qui va en résulter avec les conséquences sur l'autonomie et la perte du rôle social, familial et professionnel.

Ce corps atteint par cette « longue » maladie va progressivement conduire à la déchéance et à une mort vécue comme lente et douloureuse.

Les manifestations physiques de l'atteinte de l'image corporelle en oncologie sont multiples et diffèrent selon les thérapeutiques employées dans la prise en charge du cancer.

Ainsi la chirurgie symbole de mutilation peut conduire à la perte d'un membre par amputation, à une cicatrice cutanée disgracieuse, voire à une défiguration. La mise en place d'un appareil prothétique ne suffira pas toujours à compenser les limitations ou les pertes fonctionnelles [21]. Les actes chirurgicaux les plus emblématiques et stigmatisant pour les patients sont constitués par la mastectomie, la colostomie, l'urostomie, la laryngectomie, la pelvimandibulectomie.

La chimiothérapie renvoie à la perte de cheveux qui représente la marque visible de la maladie « cancéreuse » mais aussi à l'atteinte de tout le système pileux : cils, sourcils, pilosité pubienne et axillaire. L'alopecie remet en cause la féminité et le pouvoir de séduction, et constitue souvent un traumatisme narcissique difficile à assumer par les femmes et parfois aussi par les hommes.

La radiothérapie peut affecter le corps par la présence de troubles cutanés avec modification de la texture de la peau (épidermite, atrophie cutanée) et de brûlures au niveau de la zone irradiée. Les nouveaux matériaux utilisés pour le tatouage lors des phases de repérage de la zone à irradiée ne sont plus indélébiles et ont donc moins d'impact au niveau cutané. D'autres réactions sont possibles telles que l'asialie, la perte d'appétit, des sensations nauséuses, une fatigue, des troubles cognitifs si atteinte cérébrale, une atrophie des muqueuses, une sécheresse des organes sexuels si atteinte gynécologique.

L'hormonothérapie bouleverse les cycles féminins et masculins et précipite ménopause et andropause avec prise pondérale, flush facial et bouffées vasomotrices, baisse de libido.

Tous ces traitements peuvent entraîner une fascination ou une répulsion du corps réel modifié.

Les troubles de l'image corporelle en oncologie résultent donc du diagnostic de cancer, des pertes fonctionnelles et des mutilations, des symptômes, des douleurs, des effets secondaires des traitements, de la modification du vécu corporel avec pour les patients le sentiment de perdre le contrôle et d'être trahi par son propre corps.

Atteinte corporelle et identité

Le cancer et ses traitements vont mettre en péril chez le patient son identité corporelle (image de soi) et son identité psychologique (conscience de soi).

Chez le patient, deux questions fondamentales concernant le corps vont conditionner l'impact sur l'identité :

- comment le corps est-il investi avant l'intervention mutilante par le patient ?
- comment pourra-t-il percevoir ou appréhender une perspective de perte touchant son corps ?

Pour investir et se réapproprier ce nouveau corps, il ne suffit pas de panser le corps mutilé, mais il faut aussi pouvoir le penser et se le représenter avec une mise en mots.

Cela va se traduire par des interrogations suivantes chez les patients : « À quoi vais-je ressembler ? Mon entourage va-t-il me reconnaître ? Comment vont-ils me regarder ? »

L'identité va passer par le regard miroir de l'autre dans lequel le patient essaye de se reconnaître [5].

Chez les soignants en charge du cancer, l'identité professionnelle peut être mise à mal avec l'apparition de sentiments contradictoires tels qu'une ambivalence, de l'aversion, de l'effroi, de l'horreur, du dégoût, de l'appréhension, une culpabilité et l'impression d'être persécuteur (avoir un corps sain et l'exposer à un patient ayant un corps malade) [5].

L'intégrité du corps est remise en question par le cancer et ses traitements car le corps qui trahit, qui lâche, qui abandonne, devient le témoin de l'avancée de la maladie.

La relation au corps est bouleversée pour le sujet lui-même et aussi dans la façon dont son corps est vu et investi par les autres. « Je me suis vue vieille avant même de vieillir et je le ressentais dans le regard de mon entourage », rapporte une patiente de 35 ans atteinte d'un cancer évolué de l'ovaire.

Les différents corps dans le cancer : atteinte de l'intégrité corporelle

Le corps atteint par le cancer peut être appréhendé selon différentes problématiques.

Le corps réel

Il est celui objet de tous les examens d'investigation, de soins et de traitements. Il est le corps fragilisé, meurtri, délabré, mutilé car envahi par la maladie et confronté aux effets secondaires des traitements. Il est aussi le corps objet de sensations plus ou moins désagréables comme la douleur physique, la fatigue. Il est le corps objet de représentations car fantasmé, adulé ou rejeté et trahi. Son atteinte renvoie à l'identité profonde de chaque individu, tributaire de son histoire singulière.

Le corps de besoin

Il est objet de dépendances aux soins médicaux et à autrui, objet de pertes d'autonomie ou de non-satisfaction des besoins, investi ou « désinvestissement du moi corps » par désespoir.

Le corps identitaire

Il traduit l'image de soi détruite par ce corps, identité profonde avec effondrement des repères identificatoires, autonomie perdue ou amoindrie.

Le corps imaginaire

Il est celui fantasmé, catalyseur de toutes les pertes de l'intégrité corporelle que le patient va subir. Il devient image idéalisée d'un corps triomphant mis à mal par la maladie, imaginaire réduit au réel [13].

Le corps de douleur

La douleur concerne le corps physique et psychique.

Les syndromes douloureux physiques multiples sont dus soit au processus néoplasique (métastases osseuses, plexopathie, atteinte viscérale) soit aux séquelles des traitements en post-radiothérapie ou chirurgie ou chimiothérapie (les taxanes peuvent donner des polyneuropathies). Les douleurs peuvent être générées par les explorations plus ou moins invasives : biopsies, fibroscopie, prélèvements artério-veineux, pose de cathéter.

La douleur et la souffrance morale peuvent être masquées par les plaintes somatiques et traduiront détresse, anxiété, dépression, atteinte narcissique, deuil, regret d'une image perdue. Le risque étant une focalisation permanente de la pensée sur le corps douloureux avec un repli et une régression voire au maximum une inhibition de la pensée.

L'annonce du cancer met à mal le corps comme en témoigne cette citation de Deschamps [13] : « À l'annonce du mot "cancer" se brisent les ailes du désir, et l'esprit se noie dans un abîme sans fond, tandis que le corps est précipité dans l'horreur de la chute : tomber cancéreux, c'est "tomber-mourir" dans un univers déchaîné (...). C'est éclater en mille morceaux cancérisés, métastasés dans un océan d'indifférence alors que le monde réel continue imperturbablement de tourner [13]. »

Ce corps peut être caché, clivé, ravagé, meurtri, morcelé, mortifère, castré, amputé et les conséquences de son atteinte ne seront pas anodines :

- atteinte de l'intégrité corporelle et perte d'un organe et/ou d'une fonction corporelle ;
- bouleversement de la représentation de soi et remise en cause de l'image idéale de soi ;
- problème de l'investissement d'un corps malade et/ou mutilé ;
- atteinte narcissique et altération de l'estime de soi ;

- création d'une situation de faiblesse et de dépendance avec l'effondrement du mythe de la toute puissance ;
- perturbation possible de la vie relationnelle et sociale.

Dolto nous rappelle que « pour l'être humain, les altérations du schéma corporel ne sont psychiquement supportables que si son narcissisme est sauvegardé » [14].

Plusieurs paramètres peuvent venir majorer chez les patients leurs difficultés d'investissement de ce corps mutilé.

Avant tout, la représentation du corps malade, envahi par la maladie, qui va mal se défendre en raison d'une faiblesse du système immunitaire.

Puis la représentation du corps mutilé non reconnu et vécu comme étranger à soi et la nécessité de vivre avec ce corps « différent » et de devoir faire le deuil de l'organe disparu et de s'habituer à des repères différents (perte d'un organe interne versus création d'un organe externe comme une poche de colostomie).

Enfin, la représentation mécaniciste du corps qui va être réparé soit par l'acte chirurgical ou la pose d'une greffe.

Face à ce corps mortifère, le patient peut ressentir un sentiment de trahison et une perte de confiance dans un corps auparavant « en bonne santé » et qui n'a pas su le protéger soit de l'ennemi intime (ex du crabe qui dévore de l'intérieur) soit de l'invasion extérieure du « microbe » ou du « virus » (ex. : infection à papilloma virus et cancer du col utérin, affection à Epstein Barr virus et cancer du cavum).

Aspects psychologiques de la mutilation

L'intervention chirurgicale mutilante d'un patient renvoie symboliquement à la castration dans le réel. Elle le confronte à la maladie grave et représente une menace pour son intégrité narcissique. Elle véhicule diverses peurs telles que la crainte de la déchéance physique avec perte d'autonomie et de la dignité, présence d'une souffrance tant physique que morale irréductible et in fine peur de l'abandon et de la mort.

Différentes problématiques sont à considérer chez le patient mutilé :

- problématique du deuil ; organe retiré et parfois non remplacé ;
- problématique de la castration ;
- problématique de la réparation ;
- problématique de l'image du corps ;
- problématique du regard de l'autre et de l'image renvoyée à autrui et à soi-même (image spéculaire) ;
- problématique de l'objet à rejeter (« mauvais objet responsable de tous les maux ») ou à réinvestir.

L'importance du retentissement sur le corps va dépendre de la symbolique, du degré d'investissement et des représentations associées à l'organe atteint et des modifications du fonctionnement corporel. Les perturbations identitaires

engendrées, la perte du sentiment de sécurité, la blessure narcissique, le travail de deuil face à l'organe retiré et aux autres pertes associées rendent compte du difficile travail d'intégration du nouvel organe.

L'importance des troubles de l'image du corps est telle qu'elle peut déterminer l'état de bien être émotionnel un à deux ans après le diagnostic et le traitement chirurgical [15].

Les réactions psychologiques des soignants face à la mutilation du corps

L'angoisse du patient fait résonance avec la propre angoisse du soignant et peut se traduire par l'ambivalence par rapport au désir du malade, et la mise en place de mécanismes de projection et d'identification. Le doute, le désarroi et l'impuissance face à un vécu corporel jugé comme inacceptable et intolérable peuvent générer des passages à l'acte avec des décisions médicales hâtives voire des ruptures de la communication. Le soignant devient ainsi pour le patient objet de persécution et vice versa. Cet état de fait est majoré par l'attachement au patient comme objet de soins pour mieux faire abstraction du patient sujet-désirant.

Prenons trois exemples emblématiques d'atteinte cancéreuse du corps avec la mutilation qui va en résulter : le sein et la mastectomie, le larynx et la laryngectomie, le côlon et la colostomie.

Cancer du sein

Cinquante mille nouveaux cas de cancers du sein par an sont diagnostiqués en France [1].

Un tiers auront besoin d'une chirurgie dite radicale [9]. La mastectomie pouvant être à visée curative ou à visée prophylactique dans le cadre d'une mutation génétique exposant fortement la patiente à un risque de cancer du sein.

L'atteinte du sein par le cancer renvoie à diverses symboliques car il est le lieu de multiples investissements conscients et inconscients :

- la composante anatomique avec le sein mamelle nourricière source de vie, de maternité mais aussi devenu menace de mort potentielle ;
- la composante narcissique avec le sein source de séduction, de beauté et de féminité ;
- la composante érotique avec le sein source de fantasmes, zone érogène et élément de la sexualité ;
- la composante imaginaire avec le sein du désir, celui qu'on n'a jamais eu... Et qu'on n'aura jamais.

La perte du sein renvoie à un vécu de castration, une mutilation de l'image de soi qui va couper l'accès au plaisir sexuel d'une zone fortement investie sur le plan érogène et constituer une blessure voire un effondrement narcissique

avec la fin de la féminité et par contamination un vécu mortifère.

La mastectomie renvoie à une perte d'identité avec l'atteinte à l'intégrité physique par la mutilation et la détérioration de l'image de soi (apparence, désirabilité). Elle oblige la patiente à faire le deuil du sein retiré par rapport à la silhouette antérieure et à s'adapter à une asymétrie et des modifications du volume et des sensations tactiles pouvant entraîner des répercussions sur la sexualité et la vie conjugale.

Il peut se développer une véritable névrose de deuil souvent plus intense que pour tout autre organe car celui-ci est fortement investi. Un syndrome dépressif post mastectomie est rencontré dans près de 14 à 25 % des cas [10].

Pour pallier à la détresse psychologique engendrée par la mastectomie, certaines patientes se voient proposer une reconstruction mammaire qui peut être immédiate ou différée à un an. Toutefois, cet acte chirurgical qui se veut réparateur ne va pas dispenser la patiente du travail de deuil du sein perdu et de l'appropriation, de l'incorporation et du réinvestissement libidinal du sein reconstruit [3]. C'est aussi l'ambivalence et la question du désir de la femme à être reconstruite qui est posée par ce geste chirurgical.

Cancer des voies aériennes digestives supérieures (VADS)

Cette localisation tumorale bien spécifique, atteint et modifie chez les patients qui en souffrent, leur sentiment et l'assise identitaires. En effet, les mutilations, les défigurations et les modifications du fonctionnement corporel entraînent des changements dans les perceptions et l'image qu'une personne peut avoir de son corps : déformations, trous, odeurs...

L'altération du visage et donc de la face comme représentant de l'identité conduisant parfois à une monstruosité ou au ridicule. Cela n'est pas sans rappeler l'expression « perdre la face ». Les tumeurs des VADS peuvent affecter le siège du regard par le biais de l'atteinte du visage et de l'apparence ou toucher le lieu du langage en perturbant la communication lors de l'atteinte de la voix. Cela a pour conséquences de retentir sur le lien relationnel familial, social et professionnel.

Les deux problématiques majeures des traitements des cancers de la sphère ORL concernent la défiguration et le dysfonctionnement.

La défiguration se traduit par des changements et une altération structurels et une modification sur le plan esthétique.

Le dysfonctionnement se traduit par une altération fonctionnelle entraînant soit une atteinte phonatoire ou de la déglutition, soit une atteinte gustative, olfactive et visuelle.

Les cancers des VADS ont donc un impact sur l'image du corps non négligeable.

Ces troubles de l'image corporelle véhiculent une angoisse majeure chez ce type de patient. Il n'accepte pas forcément son nouveau schéma corporel face à une trahison du corps et dont les modifications génèrent une disparition du sentiment de séduction et d'attraction physique. La crainte de l'interaction avec les autres par le contact, le regard, le toucher renvoie à une stigmatisation avec des conduites d'évitement et une perte de sociabilité. Ce comportement est parfois renforcé par les attitudes sociétales et de l'entourage faites d'hostilité, de peur, de dégoût et de fascination morbide.

Le corps perçu comme vulnérable, meurtri, violé, mutilé, dévasté renforce le sentiment de perte de contrôle et de maîtrise. Les patients sont ainsi confrontés à la dysmorphie, et à l'épreuve de se regarder dans la glace et d'être regardés par autrui.

La laryngectomie totale constitue l'intervention mutilante par excellence car elle entraîne une perte de la phonation et donc du mode de communication propre à l'être humain [8].

Les séquelles morphologiques de cette chirurgie avec la réalisation d'une trachéotomie et la pose d'un trachéostome à demeure associées aux séquelles physiologiques de l'intervention avec difficultés de respiration, quintes de toux (bouchons du trachéostome), fausses routes, production de sécrétions, expectorations, régurgitations, odeurs, atteinte de l'oralité et difficultés d'alimentation contribuent à grever la qualité de vie de ces patients [8].

À la différence du sein où la patiente peut cacher son asymétrie sous des habits amples, le trachéostome représente « ce trou qui crache à la figure des autres » [12] et qu'il est bien difficile de masquer.

Les séquelles psychologiques peuvent être invalidantes. L'ablation du larynx symbolise la castration (« voix de soprano chez les castrats »). La perte de la voix est assimilée à la perte d'une « personnalité verbale » qui contribue au sentiment d'identité, d'autorité, de virilité (« donner de la voix »). La problématique de deuil avec l'acceptation de la nouvelle voix et le renoncement à ne plus parler « comme avant » mais « comme après » est un des enjeux majeurs de la prise en charge de ces patients et va conditionner les processus d'adaptation et de réadaptation.

L'atteinte profonde de l'image corporelle et de son intégrité face à une image dévalorisée renvoyée à soi-même et à autrui contribue à renforcer l'atteinte narcissique majorée par l'appréhension de se regarder et du regard des autres. L'estime de soi est fragilisée par la difficulté à exprimer ses sentiments, ses émotions et in fine sa personnalité. La culpabilité (pas toujours !) en lien avec les antécédents d'intoxication mixte (alcool, tabac) responsables du cancer, ne fait que renforcer la détresse psychologique.

Le challenge pour ces patients laryngectomisés est l'acquisition d'une voix de remplacement constituée par l'implantation d'une voix œsophagienne et d'une rééducation orthophonique.

L'objectif est de favoriser la réinsertion sociale, familiale et professionnelle tout en préservant ou en essayant d'améliorer autant que faire se peut la qualité de vie.

L'impact des cancers des VADS et de ses traitements peut aussi s'observer chez les équipes soignantes en charge de ces patients. Elles peuvent éprouver un sentiment de culpabilité en se sentant responsable de la mutilation faciale des patients ou développer inconsciemment une fascination morbide et un « voyeurisme » voir adopter des attitudes de dégoût et de fuite. Cela renvoie à l'insupportable de l'image de l'autre.

Cancer colorectal

L'atteinte du côlon-rectum par le cancer confronte les patients à une expérience corporelle bien particulière. La mise en place d'une colostomie (abouchement d'une partie de l'intestin à la peau) renvoie aux dimensions de l'analité avec l'apprentissage du contrôle sphinctérien et l'acquisition de la propreté. La somatisation interne traduit les troubles anxieux et les émotions qui passent par le canal du corps et ne sont pas mentalisées.

La dépréciation de l'image du corps suite à la mutilation et aux modifications fonctionnelles induites renvoie aux problématiques d'ouverture et de fermeture du corps, d'odeurs, de saleté et de propreté, de rétention et d'expulsion.

Une étude de McKenzie F [17] chez 86 patients porteurs d'une stomie digestive a montré que 25 % avaient des difficultés au quotidien pour le change, 50 % ont pensé ne plus contrôler leur corps, 33 % évitaient tout contact social et activités de loisir avec une focalisation des peurs sur les odeurs et les fuites.

Une autre étude de Sideris [20] retrouve une diminution de la qualité de vie mesurée par l'échelle QLQC-30 en lien avec une atteinte de l'image du corps avec comme facteurs contributifs le mariage et la présence d'un milieu socioculturel bas.

Évaluation des troubles liés à l'image du corps

Celle-ci se fera par l'analyse des comportements objectifs devant la présence ou l'absence de signes anxieux, le refus de reconnaître ou de parler de la perte corporelle, la réticence à bénéficier de l'aide proposée, le refus de montrer ou de regarder la zone anatomique atteinte.

La nature de la menace sera évaluée devant l'importance accordée au corps (séduction, attractivité), la nature de l'organe touché (fonction symbolique, degré d'investissement) et l'atteinte du corps au niveau fonctionnel ou structurel, qu'elle soit temporaire ou définitive.

Une échelle d'évaluation des troubles de l'image corporelle en oncologie peut être utilisée : le « Body Image Scale » (BIS) de Hopwood *et al.* [16], validée en français

par Brédart *et al.* [7]. Cette échelle comporte une utilité en pratique clinique et en recherche clinique interculturelle.

Elle permet une aide à la verbalisation du vécu corporel et représente un outil descriptif des troubles spécifiques de l'image du corps et facilite l'évaluation de l'impact des traitements sur l'image du corps qu'ils soient de type intervention psychothérapeutique ou socio-esthétique. Il s'agit d'un questionnaire de 10 items portant sur le vécu affectif et comportemental par les patients de leur image du corps, leur perception de l'apparence physique et de l'intégrité corporelle, leur sentiment de séduction. La validation psychométrique en français est en cours [7].

Certaines questions concernant les rapports entre cancer et image du corps restent en suspens :

- quels sont les liens entre image du corps et adaptation psychologique ?
- quels sont les liens entre image du corps et survie ?
- quelles sont les répercussions selon la perception positive ou négative de l'image du corps sur les thématiques de la sexualité, de l'estime de soi, du vécu de la relation au partenaire et à autrui ?
- quelle peut être l'efficacité des interventions psychosociales ?

Une étude récente de Cousson-Gélie *et al.* [11] explore les liens entre l'image du corps et la survie. Parmi une population de 75 patientes atteintes d'un cancer du sein non métastatique, une évaluation a été effectuée par le Body Image Questionnaire (BIQ). Un suivi à 10 ans avec recherche de la valeur prédictive de la variable image du corps en terme de survie a été effectué. Les résultats sont les suivants : 43 patients décédés à 10 ans dont 37 de cancer du sein. Ces auteurs retrouvent une augmentation du risque de décès à 10 ans par cancer du sein si score bas au BIQ et une diminution du risque de décès à 10 ans par cancer du sein si score élevé au BIQ (analyse univariée) (HR : 0,50 ; 95 % [CI] : 0,26-0,96). Toutefois, le devenir est non significatif après ajustement aux facteurs pronostics du cancer (HR adapté : 0,79 ; 95 % CI : 0,39-1,61) [11].

Prise en charge d'un trouble de l'image corporelle

En premier lieu, il convient de pouvoir identifier l'atteinte au niveau corporel, avec ses répercussions au niveau fonctionnel et des performances et les conséquences sur l'identité personnelle. Dans un second temps, les émotions ressenties face aux modifications corporelles seront évaluées telles que les sentiments de colère, de tristesse, de frustration et de culpabilité. Reconnaître la perte et donner la possibilité au patient d'évoquer son vécu par rapport à ses modifications corporelles et lui permettre l'élaboration et la mise en mots pour ne pas rester aliéné au cancer et à la mutilation. En troisième lieu, identifier un trouble psychiatrique associé tel qu'un épisode dépressif majeur, un

trouble de l'adaptation, un trouble phobique ou l'apparition d'un syndrome de stress post-traumatique.

Autant que faire se peut, il conviendra face à un patient fragilisé sur le plan narcissique de toujours préserver son intimité et la valeur de son estime de soi.

Accepter avec le patient les modifications fonctionnelles et structurelles du corps et lui permettre de se réapproprier son corps fera partie des objectifs principaux de cette prise en charge. Pour ce faire, des encouragements réalistes, l'aide au toucher et à la visualisation de la zone corporelle modifiée, la recherche de solutions anticipatoires par rapport aux modifications attendues comme le port de prothèses capillaires vont contribuer à l'aider à mieux appréhender ce nouveau corps.

Conclusion

Le cancer, maladie somatique par excellence, n'est pas pour certains sans fondement psychique. S'il impose de soigner un corps malade et une maladie, il appelle aussi à soigner un individu avec ses interrogations, ses sentiments, ses attentes dont il faut aussi prendre soin. L'angoisse du patient mutilé pourrait ainsi représenter un point de liaison entre soins du corps et soins de l'esprit. L'efficacité des interventions psychosociales sur les troubles de l'image corporelle reste encore à être démontrée par des études randomisées [6].

Références

1. Allemand H, Seradour B, Weill A, Ricordeau P. Baisse de l'incidence des cancers du sein en 2005 et 2006 en France : un phénomène paradoxal. *Bull Cancer* 2008 ; 95 : 11-5.
2. Aulagnier P. *Un interprète en quête de sens*. Paris : Payot, 1986.
3. Baas C, Henry M, Mathelin C. Les reconstructions mammaires : enjeux médicaux et psychologiques. *Psycho-Oncologie* 2008 ; 2 : 71-6.
4. Bacque MF. Reconstruire un corps... une complexité inouïe. *Psycho-Oncologie* 2008 ; 2 : 69-70.
5. Basclat JP, Ellien F. Les altérations de la face : l'autre défiguré, le monstrueux, le familial. *Psycho-Oncologie* 2007 ; 1 : 19-23.
6. Bessell A, Moss TP. Evaluating the effectiveness of psychosocial interventions for individuals with visible differences : a systematic review of the empirical literature. *Body Image* 2007 ; 4 : 227-38.
7. Brédart A, Swaine Verdier A, Dolbeault S. Traduction/adaptation française de l'échelle « Body Image Scale » (BIS) évaluant la perception de l'image du corps chez des femmes atteintes de cancer du sein. *Psycho-Oncologie* 2007 ; 1 : 24-30.
8. Bretagne E. Être laryngectomisé : réhabilitation et réadaptation. *Psycho-Oncologie* 2008 ; 2 : 83-5.

9. Brettes JP, Mthelin C, Gairard B, Bellocq JP. *Cancer du sein*. Issy-les-Moulineaux : Masson, 2007.
10. Christensen S, Zachariae R, Jensen AB, Vaeth M, Moller S, Ravnsbaek J, Von der Maase H. Prevalence and risk of depressive symptoms 3-4 months post-surgery in a nationwide cohort study of Danish women treated for early stage breast-cancer. *Breast Cancer Res Treat* 2008, DOI 10.1007/s10549-008-9920-9.
11. Cousson-Gelie F, Bruchon-Schweitzer M, Dilhuydy JM, Jutand MA. Do anxiety, body image, social support and coping strategies predict survival in breast cancer? A ten-year follow-up study. *Psychosomatics* 2007 ; 48 : 211-6.
12. Crevier-Buchman L. Le laryngectomisé et le vécu psychologique de son trachéostome. *Rev Laryngol Otol Rhinol (Bordeaux)* 2002 ; 123 : 137-9.
13. Deschamps D. *Psychanalyse et Cancer : au fil des mots... un autre regard*. Paris : L'Harmattan, 1997.
14. Dolto F. *L'Image inconsciente du corps*. Paris : Seuil, 1984.
15. Figueiredo MI, Cullen J, Hwang YT, Rowland JH, Mandelblatt JS. Breast cancer treatment in older women : does getting what you want improve your long-term body image and mental health ? *J Clin Oncol* 2004 ; 22 : 4002-9.
16. Hopwood P, Fletcher I, Lee A, Al Ghazal S. A body image scale for use with cancer patients. *Eur J Cancer* 2001 ; 37 : 189-97.
17. McKenzie F, White CA, Kendall S, Finlayson A, Urquhart M, Williams I. Psychological impact of colostomy pouch change and disposal. *Br J Nurs* 2006 ; 15 : 308-16.
18. Schilder P. *L'Image du corps. Études des forces constructives de la psyché*. Paris : Gallimard, 1935, 1968.
19. Shakespeare W. *Le Roi Lear, acte II*. Paris : Flammarion, 1995.
20. Sideris L, Zenasni F, Vernerey D, Dauchy S, Lasser P, Pignon JP, et al. Quality of life of patients operated on for low rectal cancer : impact of the type of surgery and patients' characteristics. *Dis Colon Rectum* 2005 ; 48 : 2180-91.
21. White CA. Body image dimensions and cancer : a heuristic cognitive behavioural model. *Psychooncology* 2000 ; 9 : 183-92.