



HAL
open science

Ambivalence du malade : entre envahissement médical et réassurance nécessaire

A. van Lander

► To cite this version:

A. van Lander. Ambivalence du malade : entre envahissement médical et réassurance nécessaire. 4ième automnales de l'éthique. La fin de vie à l'épreuve des progrès scientifiques, Nov 2013, Saint-Etienne, France. hal-03119325

HAL Id: hal-03119325

<https://uca.hal.science/hal-03119325>

Submitted on 23 Jan 2021

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.

« La fin de vie à l'épreuve des progrès scientifiques »

Ambivalence du malade : entre envahissement médical et réassurance nécessaire.

Les automnales de l'éthique.

22 novembre 2013

Axelle VAN LANDER, Docteur en Psychologie,
Laboratoire Santé Individu Société EAM 4128,
Centre de soins palliatifs CHU Clermont-Ferrand
avanlander@chu-clermontferrand.fr

En psychologie on utilise très largement le terme « *ambivalence* », le plus souvent pour souligner la complexité de la psyché humaine. Nous allons aborder ensemble l'ambivalence des patients en fin de vie dans leur rapport avec les soins imposés par la maladie mortelle.

Pour éviter des contre-sens nous pouvons commencer par lire les définitions proposées par le Larousse :

« *Caractère de ce qui peut avoir deux sens, recevoir deux interprétations : L'ambivalence des rêves. Caractère de quelqu'un qui présente ou manifeste des comportements, des goûts contradictoires ou opposés. Tendance à éprouver ou à manifester simultanément deux sentiments opposés à l'égard d'un même objet : amour et haine, joie et tristesse, etc.* »

« Le Vocabulaire de Psychanalyse » de Laplanche et Pontalis propose une définition très similaire : « *Présence simultanée dans la relation à un même objet, de tendances, d'attitudes et de sentiments opposés, par excellence l'amour et la haine* ».

Utilisé pour un malade dans son rapport aux soins cela signifie donc qu'il nous apparaît incohérent, illogique, incompréhensible et surtout très déraisonnable. On regrette qu'il ne choisisse pas clairement les soins nécessaires à son confort même si cela représente une soumission aux professionnels les dispensant. Pourtant, si on pratique un peu d'introspection personnelle, on découvrira qu'on a tous beaucoup de difficultés pour choisir. Choisir implique une part de renoncement : un abandon de notre toute-puissance, l'acceptation de ne pas tout avoir et surtout tout être. Rester ambivalent c'est continuer à espérer : espérer retrouver le confort et conserver sa liberté.

Dans mon intervention je vais vous soumettre quelques pistes pour comprendre ce choix impossible et surtout quelques idées pour s'y adapter, puisque c'est bien l'enjeu des accompagnements palliatifs. Nous sommes dans un colloque sur l'éthique donc je vais éviter d'être trop théorique. C'est le sujet qui guide l'éthique. En Auvergne, l'activité principale de notre espace éthique est d'analyser les accompagnements suscitant des dilemmes aux équipes

libérales ou institutionnelles. Un étayage concret sur une situation est indispensable pour guider la réflexion et découvrir les positionnements soignants les plus ajustés à cette période particulière de crise identitaire. L'enjeu est de permettre aux patients de rester des « sujets espérant ».

Situation :

Christian est âgé de 53 ans. Il arrive à l'USP au printemps, atteint d'un cancer pulmonaire très évolué. Son état général est très dégradé. Il ne se lève qu'avec difficulté. Je le rencontre au bout de trois jours. Je vais auprès de lui dans sa chambre et je me présente comme la psychologue du service. Je lui explique que je suis à sa disposition s'il le souhaite. Immédiatement il me propose de m'asseoir et explique avoir beaucoup de difficultés pour dormir. Il se sent constamment oppressé parce qu'il ne sait pas ce qui va se passer avec le cancer. Il est loin de chez lui. Bucheron, il n'a pas l'habitude de rester sans rien faire et ça lui fait du bien de parler. Cet aveu me paraît très étonnant : j'ai la sensation d'avoir en face de moi un géant apeuré, subissant une maladie qui le confronte à la nécessité de s'abandonner aux autres. Au fil des entretiens il évoque en ma présence ses projets : la rénovation d'un appartement, la volonté de quitter son amie actuelle, bref des projections dans l'avenir faisant abstraction des conséquences possibles de la pathologie, des conséquences pourtant déjà actuelles puisqu'il est dans l'incapacité de marcher. Il prend plaisir à cette parole qui construit. En miroir, je suis tout d'abord décontenancée : quel contraste avec l'image physique qu'il renvoie ! Puis j'abandonne : pourquoi m'accrocher à cette réalité mortifère ? Je le suis donc dans cette légèreté : la plaisanterie et la valorisation, telle que je pourrais être avec un homme adulte qui a bien des motifs de fierté. En groupe de supervision je réalise qu'une position maternelle, pourtant tentante, aurait sans doute au contraire mis l'accent sur sa mise en dépendance par la pathologie. En parallèle, rapidement, la réalité nous rattrape : il suffoque pour parler. Le moindre effort génère des difficultés respiratoires insupportables pour ceux qui en sont témoins : on le voit étouffer. Les médecins évoquent la sédation comme seul recours pour le soulager et vont le rencontrer pour lui annoncer. Rapidement je me rends auprès de lui, pour être disponible s'il souhaite l'évoquer. Il est en fait très en colère. Il me raconte la visite du médecin du service en m'expliquant qu'elle veut mettre à sa disposition « *un nouveau traitement révolutionnaire qui permet de dormir pour ne plus souffrir* ». Il ne veut plus la voir : « *pour qui se prend-elle, je n'ai rien demandé* ». Il refuse manifestement cette décision d'autrui qui signifie que la médecine doit intervenir et intervenir en lui ôtant la conscience : un choix impossible. « *Il attend des médecins qu'ils l'aident.* » En réaction je ressens l'intervention des médecins comme brutale avec l'envie de soutenir sa position : ne

plus lui en parler. Il est à la fois envahi par les angoisses de l'équipe qu'il meurt étouffé et par les compétences qu'elle voudrait mettre à sa disposition.

Sortie de la chambre, avec un peu de recul, la position de ma collègue me paraît très difficile : doit-elle attendre qu'il demande une sédation qui paraît impensable ou doit-elle l'imposer pour interrompre des souffrances qui paraissent bien inhumaines ? Ce patient lui apparaît comme très ambivalent : « *il ne veut pas souffrir mais ne se décide pas pour ce qui peut l'aider* ». Comment peut-elle le réassurer de sa juste intervention sans être dans la prise de pouvoir ?

Je vous propose de garder en tête ces questions. Avant d'y répondre nous allons essayer de comprendre ce qui apparaît comme de l'ambivalence chez Christian.

I. Analyse du fonctionnement psychique de Christian

1. une crise identitaire

Comment comprendre au niveau psychique les conséquences de son cancer ?

La maladie a grandement modifié le corps de Christian. Pour Le Breton, le corps est la condition de l'homme et le lieu de son identité. Le modifier équivaut à modifier son rapport au monde (Le Breton, 2008, p.105). Le fait de ne plus pouvoir se tenir debout confronte ce géant à la nécessité de regarder les gens par en-dessous. Il constate avec dépit que je dois me baisser pour être à son niveau. Toutes les modifications du corps entraînent selon Roland Gori (2004) un véritable égarement identitaire. Christian en effet ne se reconnaît plus : se rapporter à soi devient une difficulté. Par l'effraction du corps qu'elle génère, la maladie grave provoque une rupture, une véritable **crise identitaire**. On peut lire un vécu similaire dans le témoignage de Claire Marin, philosophe, qui nous décrit de façon très percutante son propre vécu de la rupture identitaire :

« Cette maladie me met hors de moi. La colère dit cette insupportable dépossession. C'est de ma propre vie, de mon identité que je suis amputée. Je ne suis plus celle que j'étais. Ce n'est pas l'effet d'une usure naturelle, un essoufflement inévitable du vivant qui vieillit. Je ne me reconnais plus. Ni en photo, ni en souvenir. Elle a fait de moi quelqu'un d'étranger. Pour me retrouver je dois encore lutter (...). Je refuse d'augmenter les traitements qui stimulent mais qui font enfler mon visage comme celui d'un écureuil. » (Marin, 2008, P22-23).

Pour Christian la spécificité de sa maladie c'est qu'elle modifie non seulement son corps mais menace également tous son être : elle est mortelle. Elle interroge la permanence de son identité : **le sentiment de continuité**, ce sentiment que nous avons tous d'être les mêmes quelque soit les événements et que nous serons toujours nous demain.

La difficulté supplémentaire c'est que cette menace n'est pas extérieure mais à l'intérieur de lui. Son corps devient lieu de confrontation à la maladie et à la mort. Les uns et les autres on peut difficilement l'imaginer. Si je vous dis : « *vous allez mourir cette semaine* » quelle est la première chose qui vous vient en tête sur ce qui pourrait causer votre mort ? En général vous me répondez un accident de voiture ou de la voie publique, donc avec une cause extérieure. Si je pose cette même question à Christian il me répondra : « *le danger n'est pas à l'extérieur de moi, il est en moi. C'est mon propre corps qui va me tuer.* » Voici ce qui nous différencie.

2. Un système défensif particulier

Pour survivre psychiquement à ce vécu du cancer, on peut détecter chez Christian **un système défensif particulier**.

Selon Freud c'est par le déni que le sujet se défend de ce réel de la mort. Pourtant Christian me paraît plutôt, comme le décrivent Gary Rodin et Camilla Zimmermann (2007) utiliser la **dissociation** ou le clivage : au niveau conscient et rationnel la pleine conscience de sa mortalité et au niveau pulsionnel le désir de vivre. Les sentiments de bien-être coexistent ainsi avec des sentiments de détresse. En 2005, Michel de m'Uzan défendait également cette idée dans son ouvrage « Aux confins de l'identité » :

« L'appareil psychique le plus « sain », c'est-à-dire celui qui gouverne un être totalement convaincu de sa finitude irrémédiable, dépend donc d'un mécanisme dit psychotique, d'un clivage quasi existentiel, opéré au sein même de son Moi » (2005, p44).

Christian peut accepter d'être hospitalisé, les traitements, être conscient de sa maladie mortelle et dans le même temps se projeter dans la décoration de son appartement. En complément on peut percevoir une part de rêverie qui le préserve de la réalité sidérante : je vous rappelle que nous utilisons tous ce mécanisme de défense très évolué. Si vous vous ennuyez pendant mon intervention vous vous êtes évadés en rêvant à ce que vous alliez faire ce week-end. Christian ne peut plus vivre ses rêves mais il peut rêver sa vie et ainsi rétablir une temporalité, le sentiment de continuité évoqué précédemment constitutif de son identité. Il a le sentiment qu'une part de lui-même reste la même : cette capacité par exemple à bricoler, peindre ... Il vit son présent mais également un avenir. Sami-Ali (2000) dans son ouvrage « l'impasse relationnelle, temporalité et cancer » confirme l'importance de la rêverie dans la maladie grave pour ouvrir le sujet aux affects.

Nous pouvons donc détecter chez Christian une crise identitaire avec notamment une rupture du sentiment de continuité dont il se défend par la dissociation et la rêverie. Ce sont ces mécanismes qui nous donnent en fait cette impression d'une ambivalence chez Christian :

« j'accepte l'hospitalisation en soins palliatifs qui marque le pronostic et je rêve à la décoration de mon appartement ».

3. l'investissement psychique des soins

Quelles en sont les conséquences sur son rapport aux soins ? Il peut être intéressant d'examiner son investissement des propositions médicales depuis l'annonce de son cancer.

Son cancer a été diagnostiqué à Noël à partir d'une banale bronchite. Il lui a été annoncé par un pneumologue du Centre Hospitalier où il consultait. Cette annonce ne l'a pas empêché de rentrer chez lui *« comme si de rien n'était »*. Il a fêté le nouvel an avec son frère sans l'en informer puis a commencé une chimiothérapie. D'une part il a demandé à être soigné et de l'autre à ne pas être envahi dans son quotidien. De plus en plus en difficulté pour gérer les banalités comme les courses, la cuisine, sa toilette (...) il a perdu beaucoup de poids pour arriver, en bout de course, dans le service de soins palliatifs. Malgré les nombreuses propositions de son médecin traitant, rien n'aura été mis en place à son domicile.

Hospitalisé en urgence, les médecins lui proposent de contenir la maladie au moyen de traitements de confort qu'il accepte. Une IRM est réalisée pour vérifier la présence de métastases cérébrales. Cet examen est pour lui rassurant mais il supporte difficilement l'attente des résultats. Cela le confronte à cette réalité qu'il dépend d'un autre à l'extérieur de lui-même pour savoir ce qui se passe en lui. La maladie impose une extériorisation de son corps : on mesure sa température, on surveille ses quantités d'urines... Les frontières de son corps ne sont plus opérantes : il n'y a plus d'intimité possible. Il se soumet pourtant à cette *« extériorisation »* avec l'objectif de maîtriser la maladie et donc de *« faire ce qu'il faut pour ça »*. Il accepte également le cadre sécurisant du service. Il apprécie la proximité immédiate de l'équipe et appelle régulièrement pour bénéficier de massages qui le détendent. Les soignants interviennent pour des soins de nursing qu'il accepte avec soulagement. La perte des fonctionnalités de son corps telles les fonctions nutritives ou éliminatrices l'oblige à supporter une certaine régression narcissique. Ce corps qu'il connaissait depuis la naissance ne lui est plus familier. Il est devenu un espace dont la géographie lui est inconnue. Ce sont les soignants qui peuvent dorénavant en lire les signes et rétablir un certain **sentiment d'unité**, de confiance constitutive avec le sentiment de continuité de son identité. Par exemple ils le rassurent sur le fait qu'il n'ait plus d'appétit en situant que l'important n'est pas la quantité mais le plaisir gustatif ou encore que les liquides n'ont plus les mêmes vertus hydratantes et peuvent même parfois accroître son encombrement. Le mode d'emploi de son organisme lui échappe et ce sont les soignants qui en sont les traducteurs.

Etonnamment donc Christian accepte les interventions de l'équipe, l'hospitalisation en soins palliatifs, les examens... Au niveau de son identité, les sentiments de continuité sont restaurés au moyen du clivage et de la rêverie et le sentiment d'unité par l'étayage des soignants.

Son fonctionnement psychique ne l'empêche pas de bénéficier de l'ensemble des soins. Qu'y a-t-il donc de si différent dans l'intervention de ce médecin qui lui évoque la sédation en cas de détresse respiratoire ? A la lumière de ces différents éléments examinons maintenant l'intervention médicale avec cette préoccupation : pourquoi a-t-elle fait violence, a-t-elle effracté ces mécanismes de défense ?

III. Les contre-transferts soignants.

Nous pouvons examiner l'énoncé de sédation ainsi que le fonctionnement psychique des soignants.

En premier lieu le sujet même de la détresse respiratoire n'était pas pensable par Christian. Les énoncés sur la maladie sont possibles lorsqu'ils font écho aux processus partagés, lorsqu'ils disent l'expérience du mourir vécue ensemble. La détresse respiratoire n'est pas une expérience partageable entre Christian et le médecin. Christian ne la signifie pas. Il endure et supporte ce symptôme et ne le relève pas comme présentant une quelconque importance. La gêne respiratoire a été progressive et s'est intégrée à son quotidien. Elle est devenue sa normalité. L'énoncé médical souligne son caractère dangereux et fait effraction. D'une part Christian ne peut plus banaliser ce symptôme et d'autre part la parole médicale arrive à un moment où Christian n'est pas en demande de soulagement. Il est envahi par une parole qui s'impose dans un système de représentation qui n'est pas compatible. Les médecins en déduisent qu'il n'est pas cohérent : il demande de ne pas souffrir et pourtant il ne choisit pas de profiter des soins les plus importants.

L'énoncé de la sédation n'était donc pas entendable mais alors pourquoi malgré tout la formuler ? En général lorsque vous avez quelque chose de difficile à dire vous percevez chez l'autre s'il est prêt à entendre ou au contraire s'il faut temporiser et en repousser l'annonce. Essayons donc maintenant d'entendre cette urgence à dire du côté de ce médecin. L'ambivalence n'est-elle que du côté du patient ? Après discussion avec l'équipe et ce médecin voici l'hypothèse que nous pourrions formuler pour expliquer que le trop ou le pas assez est toujours le fruit d'une rencontre des subjectivités. L'équipe est très proche de Christian, admirative de ses efforts. Elle se projette dans les souffrances qu'il doit sûrement éprouver à se voir mourir à petit feu. Elle interpelle régulièrement les médecins en relève pour qu'une sédation soit mise en place : « *ce serait mieux pour lui, il faut arrêter ses souffrances.*

On ne peut plus le voir étouffer. On n'a pas le droit de lui refuser ce que l'on sait faire simplement parce qu'on ne lui en a pas parlé ». Le médecin explique qu'il y a effectivement urgence à intervenir sinon cela devient non assistance à personne en danger. On doit éthiquement mettre à sa disposition les progrès obtenus en soins palliatifs c'est-à-dire le fait d'endormir pour ne plus souffrir. Au niveau des affects le médecin semble très déprimé par cet accompagnement : atteinte dans l'image d'elle-même avec des propos remettant en question la valeur même des soins palliatifs : *« on n'en fait pas assez si on ne le sédate pas. A quoi bon vivre dans ces conditions ? Il aurait mieux valu pour lui qu'il meurt lors des complications de sa chimiothérapie »*. Bien plus que la souffrance de Christian, ce sont en fait ces affects qui la conduisent à cet énoncé sur la sédation. Ce **contre-transfert dépressif** et son vécu d'impuissance la conduisent à cette parole de toute-puissance pour stopper l'hémorragie narcissique : *« on va vous endormir »*. Cette parole lui fait du bien ainsi qu'à l'équipe : enfin on fait quelque chose !

Dans une étude que j'ai réalisée en 2011-2012 auprès de 26 psychologues répartis en France sur une année de leur exercice, on a découvert que les ruptures du sentiment d'unité chez les patients en fin de vie mobilisaient chez les psychologues des affects dépressifs et le sentiment d'impuissance. Les psychologues éprouvaient en réaction l'envie d'agir, des envies de toute-puissance. Dans l'ouvrage collectif écrit sous la direction de Patrick Ben Soussan deux psychologues travaillant en soins palliatifs confirment ainsi leurs affects dépressifs : *« lors de la rencontre avec ces patients, le psychologue est, dans son mouvement contre-transférentiel, confronté lui aussi à la violence de ces éprouvés, potentialisés par l'intense déréliction de celui qui lui fait face. Il peut arriver qu'il soit débordé par l'impact de la situation. Comme dans toute prise en charge, le risque existe que les affects dépressifs du patient viennent réveiller le propre noyau dépressif du psychologue. Dans le contexte clinique ici évoqué, cela se joue de manière intense, vu la rapidité du dénuement et la pauvreté du recours à la parole. Le psy peut alors se retrouver face à sa propre « démuntion, entravant sa pensée associative et créatrice, le menaçant de quitter une certaine position d'attention »* (Destandau et Lemaignan, 2005, p.77). Puisque nous sommes à Lyon nous pouvons aussi citer René Roussillon qui nous rappelle combien il est difficile de garder le contact élaboratif avec ce type de traumatisme de l'agonie et combien la tentation est grande de s'y soustraire (Roussillon, 2004, p.142).

Si l'effet est le même sur les soignants et les médecins on peut ainsi penser que des passages à l'acte sont tentants pour s'y soustraire tel celui de prescrire une sédation alors que l'indication n'est pas encore parlée avec le patient. Dans notre étude, les psychologues avouaient ressentir

la mobilisation d'émotions maternelles les conduisant à vouloir protéger les patients de toute tension. Par excellence la sédation protège de toute tension : lorsque la situation du patient est difficile elle apparaît aux soignants comme offrant un havre de paix. Le médecin pourra ainsi dire : « *ce sera plus facile pour sa famille de le voir calme* ».

Je finirai cette intervention en vous demandant d'imaginer maintenant ce que vous feriez si vous étiez à la place de ce médecin, si vous étiez convaincus de la nécessité de la sédation. Comment intervenir ? Comment Christian peut profiter de la réassurance médicale sans faire surgir l'angoisse d'étouffer ?

Pour répondre, et revenir à la réalité de cette situation qui n'avait rien d'idéale, je suis intervenue auprès du médecin pour qu'elle n'évoque plus la sédation sauf si Christian la questionnait. Elle l'a mis en place en urgence la semaine suivante à la suite d'une asphyxie terminale. Christian est décédé le lendemain, après la visite de son frère.

Conclusion

Pour conclure ce ne sont pas nos actes qui sont bons ou mauvais. Discuter d'une sédation avec un patient peut être néfaste ou au contraire très bénéfique. Mon étude s'intitulait « *l'identité à l'épreuve de la maladie létale* ». Notre table ronde aujourd'hui s'intitule « la fin de vie à l'épreuve des progrès scientifiques. » Que d'épreuves !

Si l'identité est modifiée par la maladie, il est bien vrai que la fin de vie est également modifiée par les nouvelles possibilités offertes par la médecine mais parfois c'est au service de notre propre sentiment d'impuissance de soignants. Nous devons être vigilants à ce que le progrès médical ne réponde pas simplement aux souffrances d'une équipe, spectatrice de modifications identitaires chez autrui. Nous possédons aujourd'hui une technicité en soins palliatifs dont il est bon de mesurer l'objectif. Il n'est pas de faire disparaître les épreuves de la maladie. Celle-ci sera toujours une épreuve même si on voudrait en protéger les patients. De la même façon, vous savez très bien, si vous êtes parents qu'il n'est pas possible ou souhaitable de protéger vos enfants des épreuves à vivre. Quel est alors l'objectif en soins palliatifs ?

Je crois qu'il est le même que celui d'entretiens psychologiques qui est, selon Bion, d'accroître la capacité du sujet à supporter la souffrance et non de faire disparaître cette dernière. Si la souffrance disparaît au terme d'une analyse réussie c'est qu'on a appris à la tolérer (Bion, 1963, p.62-63).

Pour aider Christian à apprivoiser sa souffrance, nous devons nous décaler par rapport à la situation, questionner notre contre-transfert, s'assurer qu'il ne motive pas nos actions mais qu'il est plutôt l'éclairage de son vécu. J'ai revu le frère de Christian pendant 6 mois en suivi de deuil. Il me rappelait souvent que ce qui avait aidé son frère c'était d'avoir découvert qu'il pouvait survivre à ses angoisses. Il lui avait raconté qu'il avait appris en m'en parlant à les supporter et à les différencier de complications somatiques. Antérieurement il avait la crainte que ces angoisses deviennent toujours plus puissantes et deviennent incontrôlables. Le fait d'en parler lui avait permis de mieux les comprendre. Pour vous donner une illustration décalée des contre-transferts : si vous voulez être soignant à mon égard, vous devez vous assurer que la fatigue que vous ressentez à l'issue de mon intervention est bien le reflet de ma propre fatigue avant de me proposer de me reposer. Si en fait elle n'est le reflet que de votre propre lassitude à être dans une position d'écoute votre proposition sera déplacée et inutile.

Pour finir je reprendrai ce qu'un espace éthique nous apprend : c'est faire au mieux ou le moins mal possible. L'interdisciplinarité d'un tel espace nous apprend à questionner nos interventions, comprendre les émotions en jeu pour rendre humain l'espace d'un service de soins palliatifs avec des interventions mesurées, ni dans le trop ni dans le pas assez face à des demandes parfois incompréhensibles mais simplement humaines.

Dans une conférence organisée en 2005, Pierre Le Coz rappelait que « *L'éthique est cette démarche d'auto réflexion : elle n'est pas l'action mais un regard distancié sur ce qui permet de lui assurer l'effectivité son sens. Pourquoi, par exemple, cette cinquième chimiothérapie qui fera gagner trois mois de vie douloureuse à tel patient atteint d'un cancer pancréatique métastaté ? On peut être suspendu dans le vide face à une question aussi déchirante. Mais pour pouvoir ne serait-ce que ressentir ce vide, encore faut-il avoir un espace de réflexion qui permette de le faire advenir.* »

Merci de votre attention.

Bibliographie

Bion, W. R. (1963). *Eléments de psychanalyse* (éd. 1979). Paris: PUF.

Destandau, M., & Lemaignan, G. (2005). Etre face à l'autre et à son ultime dépendance. Dans P. Ben Soussan (Ed.), *Des psys à l'hôpital : quels inconscients !* (pp. 73-88). Ramonville Saint-Agne: Erès.

Gori, R. (2004). Le corps expoprié. Dans P. Ben Soussan (Ed.), *Le cancer approche psychodynamique chez l'adulte* (pp. 17-29). Ramonville Saint-Agne: Erès.

Le breton, D. (2008). *Anthropologie et corps de la modernité*. Paris: PUF.

Le Coz, P. (2005). Des espaces de réflexion éthique : pour quoi faire ? Colloque *pratiques soignantes, éthique et sociétés : impasses, alternatives et aspects interculturels*, Lyon.

Marin, C. (2008). *Hors de moi*. Paris: Allia.

Rodin, G., & Zimmermann, C. (2008). Psychoanalytic reflections on mortality: a reconsideration. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry*, 36(1), 181-96.

Roussillon, R. (1999). *Agonie, clivage et symbolisation* (éd. 2e). Paris: Puf.