

D'un phénomène sidérant vers une relation d'appropriation

Lionel Diébold, Dr

Hôpital de la Timone, France

Jean-Philippe Roustant, Doctorant

Hôpital d'Ales, France

Isabelle Boulze, Maître de conférences

CHU de Nîmes, France

Résumé

Les démarches quantitatives et qualitatives constituent le paysage méthodologique de la recherche contemporaine. De façon subversive, nous étudions un phénomène en traversant *le risque interprétatif* et la *prudence empirique*. Aussi, avec la colostomie, toutes les recherches aboutissent à un constat, l'importance de la relation infirmière malade, mais sans jamais décrire cette relation. La recherche ne semble plus articulée à la pratique. Il apparaît indispensable de reconsidérer les méthodes dans leur paradigme d'appartenance pour construire un savoir non dématérialisé de la clinique et un savoir consistant dans son paradigme. Sur un phénomène, la sidération, on raccorde *le travail du quotidien*, avec les recherches qualitatives et quantitatives. Deux paradigmes se dégagent, la phénoménologie et la psychanalyse. Il se produit une immixtion paradigmatique, à deux entrées pour lire le phénomène. Nous avons choisi de montrer de quelle manière un patient peut s'approprier la colostomie, avec une application clinique en appui sur la psychanalyse.

Mots clés

DÉMARCHE QUALITATIVE, PSYCHANALYSE, PHÉNOMÈNE, COLOSTOMIE

Dans la recherche, des nombreux débats commencent à interroger de manière critique la nature et la pertinence des méthodologies employées dans le domaine de la santé. Déjà, Latouche (1984) dénonçait le glissement des sciences de la nature dans le champ des sciences humaines, ce qui produit des écueils épistémologiques, « confusion des genres » et « réifications des théories » (p. 57). Cette opposition s'est transformée entre démarche qualitative et/ou quantitative, effet de l'actuel de notre

société contemporaine. À l'hôpital, la démarche quantitative (perspective physico-physique) concerne la maladie (taille, poids, localisation) et distingue deux groupes présumés homogènes avec la même maladie. Encore faudrait-il s'accorder sur l'homogénéité du trait privilégié qui ne tient pas compte de l'histoire de l'individu expertisé, mais seulement d'un trait qui n'a de sens que pour l'expérimentaliste? Bref, ça fournit des informations sur la maladie, mais aucune sur le malade. Les démarches qualitatives sont venues mettre en valeur le vécu et le ressenti du malade.

Dans les deux cas, nous soutenons la nécessité de s'assurer de l'adéquation des résultats obtenus lors d'une recherche avec les professionnels du terrain et les personnes concernées, les malades. Dès lors, les démarches quantitatives sont apparues inapplicables à la pratique avec les malades (applicable uniquement à l'objet « maladie ») et elles ne semblent pas se préoccuper du vécu et du bien-être des malades, en raison de leur dispositif méthodologique. De fait, la recherche qualitative aurait pu constituer « un principe de précaution aux dérives quantitativistes du modèle économique dominant » (RIFReQ 2015)¹, en revenant à la pratique. Cette inadéquation de la pratique et de la recherche, dans les démarches quantitatives, pourrait se poser aussi dans certaines démarches qualitatives. Nous pensons, notamment aux démarches qualitatives « sous protocole ». Nous les appelons ainsi, en appui d'un article de Santiago-Delefosse (2004), qui distingue des études avec un protocole et les études sur la pratique quotidienne. En effet, malgré le fait qu'elles forment « un ensemble théorique hétérogène », la proposition de « grilles d'aides à l'évaluation » et une « grille repère », notamment pour rectifier le « manque de rigueur de l'échantillonnage, peu de fidélité et de constance des données, absence de reproductibilité, faiblesse dans la validité et l'explication » (2004, p. 247), constitue, selon nous, une tendance à la normativité, qui peut s'avérer délétère à l'observation du vivant. Comme toutes grilles, tous protocoles, ils ne favorisent que le point de vue normal, celui de la norme sous-jacente (Canguilhem, 1966). Néanmoins, cette proposition normative est nuancée avec « le travail quotidien » du psychologue (Santiago-Delefosse, 2004).

Une revue de littérature, anglo-saxonne et francophone, concernant la colostomie, a été effectuée, sur les dix dernières années, en prenant comme critère les démarches qualitatives (Diébold, 2016). Elle révèle qu'**une** seule **solution** thérapeutique est donnée, malgré l'observation de la souffrance de patients, vivants le fait d'être appareillés, le plus souvent, comme « une survie » or « *a challenge* » « *negative impact* » (Krouse, 2013; Popek, 2010, cité par Diébold, 2016). Il s'agit de la relation infirmière-malade ou des solutions d'éducation thérapeutique, menée par des infirmières, avec ou sans protocole standardisé (Ferreira-Umpiérrez, 2014; Seng Giap et al 2013; Thorpe et al, 2014; Zheng et al, 2013, cité dans Diébold, 2016). Aucune solution n'est fournie pour montrer comment la relation opère et fonctionne, laissant les infirmières se débrouiller avec ce qui intéresse, de moins en moins, les

médecins et les psychologues. L'un de nous a commis un article pour montrer le maniement du transfert dans la relation (Diébold, 2016).

Ce renoncement à la pratique est pour le moins curieux, alors qu'un retour à la clinique de la relation devrait s'imposer. Paradoxalement, avec la même revue de littérature, il est possible de remarquer que les théories tournent en rond autour de la même méthode qui les promeut, sans aborder le vif de la relation entre deux personnes. À force de décrire la même chose, ne peut-on pas parler de fossilisation des théories en raison de la démarche et d'une exclusion de la pratique? Pourtant, des alternatives existent à cette hégémonie de la méthode. Il suffit de se demander dans quel paradigme on se situe. Quand Kuhn (1962) démontre que chaque paradigme construit sa propre méthode, « même en l'absence de règles » (p. 70), pour guider la recherche, il ouvre une voie originale à une « démarche de construction du savoir » (Bosisio, & Santiago, 2014, p. 45), qui sort de l'opposition démarche quantitative et/ou qualitative. C'est aussi la position de Santiago-Delefosse (2004) : « [...] en dernier lieu aucune "grille d'aide à l'évaluation" ne saurait remplacer la discussion critique de la pertinence des repères théoricoépistémologiques qui devrait faire partie du processus d'évaluation d'un article, quelle que soit la méthode de recherche » (p. 253). Il convient de resituer la méthode dans les repères théoricoépistémologiques (le paradigme) qui la désigne. Cette méthode doit être cohérente dans le paradigme, et peut alors supporter des variations intraparadigmatiques. L'hétérogénéité est une richesse de la variété des situations dans la démarche qualitative. Avec Santiago-Delefosse (2004),

[...] l'évaluation reste plus difficile dans tous les cas où les travaux de recherche sont conduits à partir de données « cliniques » recueillies dans le cadre du travail quotidien du psychologue et qui sont utilisées, dans un deuxième temps, comme données de recherche (p. 253).

Cette auteure défend qu'une pratique puisse se soutenir d'un travail quotidien du psychologue avec une procédure spécifique, « Procédure qu'il faut différencier d'une recherche appliquée qui exige un protocole de recherche préétabli, quel que soit le type de méthode » (Santiago-Delefosse, 2004, p. 253). Notre démarche est de fait qualitative, même si elle ne se contraint pas aux normes d'une grille d'évaluation ou aux protocoles de recherches préétablies des recherches aprioriques. Ce « travail quotidien », mis en valeur par Santiago-Delefosse, est *a posteriori*. Il y a une possible concordance entre la pratique et la démarche de recherche. Il existe une théorie sur les recherches construites sur « le travail quotidien », recherches qui s'appuient sur une praxis. Il s'agit de la *praxéologie* (Lacan, 1964) : c'est-à-dire une démarche de la pratique qui s'articule sur une théorie, théorie qui enrichit cette pratique en lui donnant du sens, et théorie qui se remanie des nouveaux éléments apportés par la pratique. Sur ce point de la pratique, articulée à la méthode qualitative (Santiago-Delefosse, 2004),

nous pouvons revendiquer une solide appartenance aux démarches qualitatives. Il y a un avantage immédiat à l'inclusion de la pratique. On évite l'écueil des fossilisations théoriques et une discordance entre la pratique, la méthode apriorique et la théorie. En partant de la pratique, la méthodologie, qui dépend du paradigme et de l'objet que le chercheur observe, doit s'ajuster à l'objet de la recherche. Nous avons rappelé que certains paradigmes peuvent fonctionner « même en l'absence de règles ».

Cela ne résout pas notre difficulté de l'accompagnement des malades que nous problématisons avec la colostomie. Nous cherchons, en effet, à décrire ce qui se passe dans la relation soignant-patient autour de la colostomie. Ainsi, au regard du travail quotidien, les fragments commencent sur des énoncés, tels qu'ils ont été dits par le patient, par le médecin, par l'infirmier. S'intéresser à la pratique implique de s'accorder sur ce qui est *capté* (Rouan & Pedinielli, 2001) par le chercheur, ce qui réinclut le chercheur avec les effets qu'il produit sur la relation (Santiago-Delefosse, 2002). La pratique clinique impose une démarche particulière a posteriori du chemin parcouru à partir de ce qui a fait une butée. C'est aussi un des axes centraux de la méthode qualitative, sur au moins deux points. Premièrement, la pratique clinique, dans l'après coup, dégage des *captés* observés qui peuvent constituer des nouvelles catégories qui n'auraient pas pu être pensées précédemment. Deuxièmement, « toutes les approches qualitatives s'intéressent au discours et à la manière dont le sujet exprime son monde en mots » (Santiago-Delefosse, 2002, p. 43). Cependant notre différence avec cette auteure réside dans le fait que le discours d'un patient est toujours adressé à un autre. Il s'inscrit, de fait, dans une clinique sous transfert. Dans ce cadre de l'adresse et de la relation soignant-soigné, notre intérêt se porte sur des énoncés et sur une énonciation. Enfin, la démarche qualitative présente des *illustrations cliniques* (Fernandez & Pedinielli, 2015). Ces illustrations cliniques se constituent sur des *études de cas*. L'analyse de contenu valorise l'exemplarité et surtout l'articulation d'invariants repérés de manière isolée. Ainsi, « tout ce qui est dit... est susceptible d'être soumis à une analyse de contenu » (Henry & Moscovici, 1968, p. 36) et l'analyse de contenu s'applique à des « *textes délibérément choisis* », par ce qu'elle « *visé les conditions de production* » des textes, de ce qui est dit. Sur ce point transversal, peuvent apparaître, dans l'après-coup, des invariants.

Notre paradigme pour les relations humaines est la psychanalyse, une psychanalyse appliquée au somatique. Avec Allouch (1991), il est possible d'articuler ce paradigme à la triade lacanienne, le Symbolique, Imaginaire et Réel. Le paradigme c'est « le cas auquel on donne une valeur canonique, qui sert à résoudre des problèmes formellement semblables à celui qu'il pose » (Kuhn, 1990, p. 16). Cette construction paradigmatique introduite à de nouvelles pratiques. Avec cette « généralisation-esquisse » (Kuhn, 1962), le paradigme permet de résoudre les problèmes posés à la science (ici que se passe-t-il dans la relation soignant-malade avec la colostomie?) et il fait consensus entre les experts de ce même paradigme. C'est aussi la consistance dans

le temps du paradigme qui en fait sa pertinence et sa résistance à une tension épistémologique.

Si nous recentrons notre proposition sur le paradigme, c'est par opposition à la prévalence actuelle de la méthodologie, excentrée des repères théorico-épistémologiques qui devraient la fonder. Avec ce changement de niveau, le retour au paradigme, il est aisé à comprendre que les lois ne sont pas dans la nature, elles sont des constructions intellectuelles des savants qui interprètent la nature, au même titre que les normes sociales. En ce sens, l'opposition démarche qualitative-démarche quantitative souligne que les lois sont des normes sociales, prédéfinies dans une société donnée, sous des influences majoritaires d'un pouvoir sous-tendu. Les travaux de Foucault sont éclairants et incitent à « déconstruire » les présupposés de ce pouvoir.

À partir du « travail quotidien du psychologue », une recherche pratique débute, sur une « obstacle épistémologique » (Bachelard, 1938, p. 13) que Diébold (2011) accorde à la pratique clinique, dont le phénomène se révèle indissociable de l'obstacle. Là où le chercheur bute (la relation humaine) impose de construire une méthode particulière. Il y a sur le vif du phénomène, quelque chose d'impensé qui fait rupture avec ce que le chercheur pensait avant, et sur lequel le chercheur est sommé de produire une pensée. La sidération c'est le meilleur mot qui a été trouvé pour rendre compte de ce qui saisit dans cette rencontre. Quand le saisissement survient, on est devant un phénomène, qui « ne cesse de se retirer » (Deleuze, 1993, p. 116). Ce retrait confirme sa part d'énigme à la sidération, sur un capté du clinicien « de ce qui se montre soi-même à soi-même » (Heidegger, cité par Deleuze, 1993, p. 116) dans un retrait « qui fait partie de l'éclaircie » (Heidegger, 2010, p. 252). Le phénomène est énigmatique du fait de ce retrait. Il y a une articulation du phénomène entre l'être de l'étant et non seulement, un étant, comme la science tend à le promouvoir. De fait, « Le phénomène est l'essence de ce qui se montre. Le phénomène en tant que ce-qui-se montre vise toujours l'être de l'étant et non pas un étant isolé » (Heidegger, 2010, p. 244). En partant du phénomène, on évite le piège dans lequel la science tombe, celui de l'*étant*. De façon radicale, la réal-ité décrite par la science n'est pas du domaine de l'*être*, mais du domaine de l'*étant*. C'est ainsi que Heidegger (2010) montre que « la méthode est le chemin qui conduit vers ce qui est en question, vers un **domaine réel** [surligné par nous, réel qui n'est pas réel] » (p. 159). La science traite du domaine de l'*étant* et non de celui de l'*être*. Elle n'a pas la possibilité de saisir le réel, mais seulement le réel au sens kantien. Cette précision a de l'importance pour cerner un phénomène qui provient du réel; D'où le manque d'adéquation que nous nous dénonçons entre la pratique et certaines méthodologies des sciences humaines. Il y a une difficulté majeure à laquelle Heidegger (2010) souscrit pour ce qui concerne l'*être* :

chaque phénomène fait son apparition dans la relation de l'analysant et de l'analyste soit porté à la parole à partir de lui-même dans sa teneur phénoménologique, ce qui implique qu'y soit tenu compte du fait que ce phénomène renvoie toujours à tel et tel patient concret (p. 187).

Pour approcher le réel, il convient de réfléchir à partir de chaque patient concret. C'est sur ce point que la pratique s'impose. Avec le phénomène observé, il y a des régularités à dégager des observations particulières, dans un travail quotidien. Ces constances participent du phénomène, sans le cerner. Ainsi, les deux points de vue, phénoménologique et psychanalytique, sur un phénomène, peuvent ici montrer des points de frottement paradigmatique, des points d'immixtion, au même phénomène décrit. Ces points d'immixtion distinguent néanmoins les deux paradigmes. Ce qui est commun entre les deux, c'est la tonalité du phénomène, mis en valeur par ces deux lectures paradigmatiques. Ainsi, ce qui échappe aux autres paradigmes, du fait des limites fixées pour la consistance interne de chaque paradigme, apparaît au moins pour la phénoménologie et la psychanalyse².

Ce n'est plus tout à fait le même phénomène. De fait, ces deux paradigmes, psychanalyse et phénoménologie, conduisent vers une application *praxéologique* (Lacan, 1964) de la sidération à l'appropriation de l'appareillage médical, par la restauration d'une relation altière.

L'immixtion montre que l'emprunt aux deux paradigmes ne nuit pas à la consistance des deux paradigmes, puisque les deux valorisent le phénomène, chacun de leur place. Cela fournit une définition plus solide du phénomène à observer, la sidération. Le plus souvent, quand des patients, opérés d'un cancer colorectal, rencontrent une colostomie en post opératoire, une régularité s'observe : une sidération en post opératoire. Ce phénomène peut provoquer des hallucinations, des dépersonnalisations, etc., et convoque la psychopathologie pour donner du sens à ce qui n'en a plus, à partir de la version du malade.

Dans la théorie médicale, la colostomie est un abouchement chirurgical du colon sur l'abdomen, censé favoriser le traitement radiothérapeutique et chimiothérapeutique, dans le cancer colorectal. Notre pratique clinique quotidienne en chirurgie digestive, dans un pôle d'oncologie marseillais fonde cette recherche. Les complications, liées à l'appareillage, ne sont pas suffisamment perçues : certains patients ne s'alimentent plus ou se laissent mourir. Dès lors, les médecins essaient des thérapeutiques substitutives (alimentation parentérale, soutien médicamenteux, etc.) et peuvent rater le ressort que constitue la relation. En post opératoire, dans la relation clinique, comment accompagne-t-on un patient sidéré par l'appareillage médical, censé le guérir?

Cette sidération renvoie à une problématique du regard. Nous l'illustrons : Un patient de 35 ans sidéré en post opératoire ne regarde pas sa poche. Je le rencontre. Il a dit : « je ne peux pas la voir ». Je le questionne : « qu'est-ce que vous ne pouvez pas voir? » Le patient répond « (lui) la chair de mon colon mise au-dehors », en me regardant. « (Moi) Ben, vous l'avez vu! ». Il hoche la tête (comme s'il acquiesçait), regarde sur son côté appareillé, et il me regarde à nouveau. Ma relance intègre littéralement l'énoncé du malade, et s'appuie sur le « la », qui indique qu'il nomme sa stomie. Dès le second entretien, quatre jours plus tard, le patient me rapporte qu'il a appris des infirmières à vider sa poche, à coller son socle, puis à changer son appareillage. Ce changement radical a opéré juste après qu'il ait pu la regarder une seconde fois, sous le regard d'autrui. Et son schéma corporel s'est adapté alors qu'il avait été altéré partiellement par la rencontre de la stomie. Après coup, il peut me dire, en entretien : « ça fait partie de moi maintenant » (Diébold, Pedinielli, & Boulze, 2016, p. 4).

Un passage opère de la sidération à un décollé de cette sidération, autour d'un objet, le regard. Il y a une tension à remarquer entre le regard et la honte, qui est saisi au vif de la colostomie. Ce regard de la sidération peut se réactualiser dans la relation malade-soignant, et il est indispensable pour bien accompagner le malade. Nous illustrons :

Un patient, de 50 ans, atteint d'un cancer et appareillé avec une stomie entre dans une grande surface. Pendant ses courses, il se met à craindre que sa poche s'ouvre, que le contenu se répande sur lui et « que les gens me voient ». Après, il dit « les gens penseraient que je me suis pissé dessus ». Saisi par la honte d'un écoulement supposé, il laisse ses courses dans le magasin. Ce qu'il imagine de sa poche s'ouvrant n'est pas le Réel d'une poche qui s'ouvre, c'est de l'imaginaire. Cet imaginaire concerne un sentiment de honte sur l'énoncé « être vu mouillé ». Au décours de la rencontre avec la stomie, il y a réactualisation des « théories sexuelles infantiles » (Freud, 1905) et émergence d'un affect, la honte. Avec la stomie, la honte dite se distingue de la honte ressentie. Quand ce patient raconte cet événement du magasin, le clinicien peut d'entendre, en arrière-fond, ce sentiment de honte.

Dès la séance suivante, il peut ajouter : « j'ai honte, de la gêne... ». La honte s'exprime : honte dite! Ce qui était latent, la honte ressentie, devient manifeste, avec la honte dite. Pour ce patient, la peur d'« être vu

mouillé » renvoie, en effet, à une période d'énurésie, souvenir-écran de la petite enfance (Diébold et al., 2016, p. 3).

Dans la relation avec le malade, le clinicien perçoit quelque chose du sentiment de honte qui participe d'une énonciation, au-delà de l'énoncé. On est passé de la honte ressentie à la honte dite, à partir de son regard sur lui-même, sur les autres.

Une autre patiente rapporte « ça me répugne **de voir** ces matières sur mon ventre... Ce qui est naturel, c'est qu'on ne les voit pas. Que ça se passe derrière! C'est pas naturel de voir de la merde sur le ventre... **Ce n'est plus moi, avec ça sur le ventre** ». L'énoncé désigne la question du regard, du voir. Ce qui est constant, c'est que ça concerne le voir, en premier lieu, et ce qu'elle se représente de ce voir. Dans la clinique, elle ne regarde pas sa poche ni le flanc où est appareillée la stomie. Quelque chose est bloqué! Elle regarde du côté opposé à la colostomie (Diébold et al., 2016, p. 4).

Elle peut ainsi rencontrer le regard bienveillant d'un soignant et une écoute. Elle ajoute « ce n'est plus moi, avec ça sur le ventre ». Cet énoncé « ce n'est PLUS MOI, avec ça sur le ventre » renvoie à une altération de l'image spéculaire, sur laquelle se présente un affect de honte. Un phénomène est forcément énigmatique au sens où quelque chose échappe à celui qui observe, ce quelque chose qui échappe est néanmoins présent, en retrait. À partir de ce phénomène, et de l'observation qui inclut le praticien observant ce phénomène, il est possible de réfléchir sur le phénomène.

Le clinicien rencontre un patient sidéré sur son lit allongé qui « se laisse glisser », comme disent les infirmières. Le lit de ce patient baigne de matières fécales et urinaires. L'odeur est fétide. Il est comme abandonné dans ce lit, en regardant fixement la télévision, dont les images défilent. La poche stomiale est présente, mais elle est décollée. Il ne semble pas sentir. Il ne bouge pas. Il regarde fixement la télévision, comme accroché par le regard aux images qui défilent. Il n'a pas sonné pour demander de l'aide. [C'est un état de détresse absolu (Hiflosigkeit, Freud)! Intervention d'une aide-soignante, puis retour à l'entretien.] Son regard est toujours accroché à la télévision (Diébold et al., 2016, p. 5).

En général, nous nous appuyons sur les énoncés des malades. Or, là, il n'y a pas d'énoncé. Le corps ne tient plus que par l'accroche du regard. Ça fait partie du corps, quand même. C'est un *capté* de ce que le clinicien peut capter de cette relation. La sidération, qui s'accompagne d'un mutisme, est mise en tension dans l'échange provoqué. Restaurer un « bain de langage », avec un sujet mutique, est un pari. « Comme sortie d'une torpeur, ce patient, avec difficulté, commence à répondre ». La parole introduit une coupure au regard accroché, fixé dans l'imaginaire.

À la relance du praticien, il répond, avec difficulté... Il peut alors dire sa difficulté parce qu'il a vécu un AVC dont il s'est remis difficilement, deux ans auparavant, et il raconte ce vécu, puis, « dans la foulée un cancer du rectum (Diébold et al., 2016, p. 5).

La honte est survenue après son difficile dépassement de l'AVC. La restauration d'un corps est bousculée par l'intermédiaire de la stomie. Cette survenue du réel constitue une sommation qui provoque une sidération. Il ne peut plus se voir. Sa relation à lui-même a changé.

Sous un regard bienveillant, il commence à se dire à son rythme. En fin d'entretien, il fait un lien avec un souvenir. Son père, directeur d'une usine, alors qu'il était diplômé d'une grande école, lui confie, pendant six mois, la tâche de nettoyer la merde de toute l'usine. Une fois la parole restaurée, il peut la nommer cette poche, en la désignant de façon métonymique, il dit « cette merde ». Il y a une énonciation dans le récit du souvenir « nettoyer cette merde » de l'usine et celle qu'il a à nettoyer ou qui a été nettoyée de la poche décollée. [C'est un déjà là en travail d'élaboration]. Quelques jours plus tard, il commence à se coiffer, à se parfumer. À partir de là, dans nos entretiens, il raconte qu'il a demandé « à voir » ses enfants. Il ne les avait pas vus depuis son hospitalisation (Diébold et al., 2016, p. 6).

Le regard de l'autre passe d'abord par la restauration de son propre regard. Une fois, son regard restauré, il peut désirer ailleurs, et il veut transmettre quelque chose à ses enfants.

La sidération montre le chemin à parcourir pour dé-sidérer le patient. Cette expérience ancienne du sujet, le souvenir, va lui permettre de se restaurer un corps, fait de langage et de fantasme, en appui sur une identification paternelle. Cette identification renvoie à la description de Freud (1921), terme que Freud (1914, p. 90) définit dans *Pour introduire le narcissisme* comme : « type d'amour par étayage » qu'il détaille ainsi : « l'homme qui protège [...] ». Cette illustration montre que la sidération, ce saisissement subjectif, même si l'image spéculaire est affectée, peut se transformer, grâce au transfert et à l'inconscient, dans la relation.

Une patiente de 55 ans a été appareillée d'une stomie terminale. Elle n'a pas bénéficié d'accompagnement au chevet quand elle a été saisie de se voir avec « ce trou ». Depuis un an, elle ne sort plus de chez elle et le chirurgien l'encourage à rencontrer un psychologue. Elle a été capable d'apprendre à s'appareiller, mais elle ne peut pas se voir avec la poche. Quand elle mange, elle dit « je regarde la poche se gonfler ». C'est insupportable. Sortir lui paraît « intolérable », elle pourrait être « vue par les autres ». Elle se sent persécutée par les autres. Elle n'a pas eu de

relations sexuelles avec son mari depuis l'intervention. Elle a trouvé une solution : rester enfermée à son domicile. Elle ne se reconnaît plus. La question de la honte est intriquée avec l'image spéculaire. Après un travail psychique d'une année et demi, cette patiente peut adresser un rêve au clinicien. Elle dit « je mastique un gros bout de chewing-gum ». Elle a une insistance sur « gros », comme s'il s'agissait d'un très gros bout. Le fragment du rêve continue : « ma bouche est emprisonnée et le chewing-gum prend toute la bouche ». Elle ne comprend pas son rêve. La bouche rêvée semble parler, par déplacement, de « ce trou », cet abouchement, sur le ventre³, un chewing-gum psychique qui fermerait ce trou, qui la réparerait. Elle indique avoir eu l'impression de « perdre quelque chose », dans le rêve. Elle ajoute qu'elle ne peut plus crier. Elle y perd sa plainte, celle qu'il l'a accompagnée jusque-là, sa plainte de la poche. Quelque chose a bougé. Le rêve accomplit son désir que ça se bouche de l'intérieur pour réparer ce qui a été vu à l'extérieur. Conjointement, elle renoue avec le plaisir de manger. Quelques semaines plus tard, elle indique qu'elle n'a plus envie de venir, à nos rendez-vous (Diébold et al., 2016, p. 6).

Pour ouvrir la discussion sur cette pratique clinique à l'hôpital qui part d'une butée sur le phénomène de la sidération, il ne s'agit pas seulement de passer du sentiment de honte à une honte dite. La position du clinicien permet de proposer à chaque patient d'évoquer en quoi la stomie peut faire énigme pour lui, en quoi cette atteinte du corps remet en cause l'énigme du désir de l'Autre, provenant des théories de l'infantile. Là, où nous rejoignons Heidegger (2010) c'est que chaque relation est particulière et que le « ... phénomène renvoie toujours à tel et tel patient concret » (p. 187), jusqu'au moment où un certain nombre de patients laissent entrevoir une régularité, qui ne vaut que pour les patients rencontrés, mais qui peut constituer un fil rouge aidant à la pratique, pour les autres patients.

D'un point de vue méthodologique, on pourrait nous reprocher de ne pas avoir pensé en phénoménologue, c'est-à-dire en décrivant des *captés* sensoriels, puis de négliger de rechercher les catégories, constitutives de la pensée, qui viendraient donner une signification « aux données sensorielles et hylétiques » (au sens de Husserl) observées. Notre lecture des travaux de Heidegger (2010) nous incite à remettre en cause ce schéma classique des catégories phénoménologiques préexistantes. Avec Heidegger, nous pensons qu'une telle description aurait été « une pure construction » (2010, p. 287), mais n'aurait pas permis de dégager quelque chose autour du fantasme. Par contre, notre description du phénomène n'empêcherait pas de penser des catégories sur les captés observés. C'est une possibilité d'un second point de vue du phénomène qui pourrait compléter notre étude. Des points de frottements paradigmatiques ou d'immixtion n'indiquent pas une connivence entre les deux

paradigmes⁴. Notre paradigme est une psychanalyse appliquée au somatique. Ce choix pense l'inédit de la rencontre (Lacan, 1964), dans le sens de la construction ou de la reconstruction (Freud, 1937), aussi bien avec la lecture des théories sexuelles de l'infantile (dans le sens d'une herméneutique) qu'avec le nouage borroméen que la suppléance autorise (entre les trois dimensions, le Réel, le Symbolique et l'Imaginaire), suppléance mise à l'épreuve de la pratique clinique. Les fantasmes sous-jacents à la sidération sont développés dans un autre article (Diébold et al., 2016). Les structures subjectives sont présentes, dans la relation que chacun manifeste sur le phénomène, en relation avec la castration, et elles participent du phénomène. De fait, ce qui est constant émerge de la rencontre clinique, le phénomène de sidération trouve avec le fantasme, une manière singulière de traduire le réel. Notre paradigme limite aussi notre lecture à ce qu'il est possible de construire dans ce paradigme, autour de l'inconscient et du transfert (Diébold et al., 2016).

Avec cette appropriation de l'objet médical, la stomie, pour les patients rencontrés, c'est leur position par rapport aux attentes de l'Autre, mais aussi leur position de sujet d'une énonciation (qui passe nécessairement par un retour à l'histoire) qui se sont transformées. Le regard de l'Autre, qui témoigne d'un rapport de soi à soi-même, a pu s'aménager, parce qu'au moins un soignant, investi libidinalement par le malade, doit tenir cette position pour ce patient. Le transfert participe de la relation entre le soignant et le malade, autour du phénomène du corps que la colostomie a engagé, à chaque fois. Sans transfert, quid de la relation?

Enfin, dans « le travail quotidien du psychologue » sur le phénomène de la sidération, un affect est survenu. La honte (honte dite ou sentiment de honte), apparaît comme une constante de la rencontre du malade avec la stomie. L'application clinique, sur le regard, soutient de quelle manière peut se travailler le phénomène de la sidération, en postopératoire.

Notes

¹ Extrait de l'argument de l'appel à communication du 5^e colloque du Réseau International Francophone de la Recherche Qualitative (RIFReQ), qui s'est déroulé à Montpellier, les 17, 18, 19 juin 2015.

² Les débats entre phénoménologie et psychanalyse (Binswanger, Heidegger, Husserl, Von Weizsäcker et Freud) ont enrichi les deux paradigmes. Néanmoins, le déchiffrement d'un message n'explique pas ce qui se passe dans l'adresse à l'autre du transfert ni en l'absence de message inconscient. De cette place, la psychanalyse ne nous paraît pas une phénoméno-herméneutique. Depuis Lacan, les énoncés sont toujours, dans notre paradigme, **adressés à un autre**, en raison du transfert pour la situer dans une relation asymétrique donnée. Cela nous semble se distinguer de la phénoménologie de Heidegger, notamment, où cette dimension n'est

pas, à notre connaissance, présente. Le fait de situer la psychanalyse dans une relation la sort de la dimension herméneutique, censée uniquement déchiffrer un message inconscient, principalement lorsqu'il y a de l'inédit.

³ Stoma en grec signifie la bouche. Il y a une contiguïté étymologique entre la bouche et l'abouchement. Ça a donné le mot de stomie.

⁴ Nous pourrions être tentés de situer la psychanalyse dans un courant de pensée phénoméno-herméneutique. Au contraire, nous soutenons qu'elle constitue un paradigme théoricoépistémologique qui s'est appuyé et distingué de la phénoménologie. Freud (1936) a pris soin de se dégager des catégories phénoménologiques, pour soutenir notamment l'inconscient, la pulsion et le transfert dans la relation. Dans *Un trouble du souvenir sur l'Acropole*, Freud décrit la *Stimmung* et un phénomène de dépersonnalisation. Une idée provenant de l'inconscient, *Einfall*, transforme radicalement la *Stimmung* et le phénomène de dépersonnalisation apparaît, avec les identifications œdipiennes. Les deux lectures du phénomène initial, phénoménologie et psychanalyse, semblent complémentaires, mais les applications cliniques s'appuient sur des catégories bien différentes.

Références

- Allouch, J. (1991). Tel 36 53 75. *Esquisses psychanalytiques*, 15, 9-30. Repéré à www.jeanallouch.com/pdf/57
- Bachelard, G. (1938). *La formation de l'esprit scientifique. Contribution à une psychanalyse de la connaissance objective*. Paris : Vrin.
- Bosisio, F., & Santiago-Delefosse, M. (2014). Intérêts et limites de l'utilisation d'une méthodologie mixte : à propos d'une recherche en psychologie de la santé. *Pratiques psychologiques*, 20(1), 39-53.
- Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*. Paris : Presses universitaires de France.
- Deleuze, G. (1993). Un précurseur méconnu de Heidegger, Alfred Jarry. Dans G. Deleuze (Éd.), *Critique et clinique* (pp. 115-125). Paris : Éditions de Minuit.
- Diébold, L. (2011). *Les phénomènes psychosomatiques à la lettre. Une application clinique au trait unaire* (Thèse de doctorat inédite). Université Aix-Marseille, Marseille, France.
- Diébold, L. (2016). Colostomy and shame : engaging affect in the adaptation to a medical device. *AJAN*, 34(1), 32-41.
- Diébold, L., Pedinielli J.-L., & Boulze, I. (2016). Honte et image spéculaire : l'expérience de la stomie dans le cancer colorectal. *Psycho-oncologie*, 10(1), 1-8.

- Fernandez, L., & Pedinielli, J.-L. (2015). *L'observation clinique et l'étude de cas*. Paris : Armand Colin.
- Freud, S. (1914). *Pour introduire le narcissisme*. Paris : Presses universitaires de France.
- Freud, S. (1921). *Psychologie des foules et analyse du moi*. Paris : Payot.
- Freud, S. (1936). Un trouble du souvenir sur l'Acropole. Dans S. Freud (Éd.), *Résultats, idées, problèmes II* (pp. 220-230). Paris : Presses universitaires de France.
- Freud, S. (1937). Constructions dans l'analyse. Dans S. Freud (Éd.), *Résultats, idées, problèmes* (Tome II, pp. 269-281). Paris : Presses universitaires de France.
- Heidegger, M. (2010). *Séminaires de Zurich*. Paris : Gallimard.
- Henry, P., & Moscovici, S. (1968). Problèmes de l'analyse de contenu. *Langage*, 3(11), 36-60.
- Kuhn, T. S. (1962). *La structure des révolutions scientifiques*. Paris : Flammarion.
- Kuhn, T. S. (1990). *La tension essentielle*. Paris : Gallimard.
- Lacan, J. (1964). *Le séminaire XI. Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*. Paris : Le Seuil.
- Latouche, S. (1984). *Le procès de la science sociale. Introduction à une théorie critique de la connaissance*. Paris : Anthropos.
- Rouan, G., & Pedinielli, J.-L. (2001). Aspects épistémologiques des méthodes qualitatives. Dans M. Santiago-Delefosse, & G. Rouan (Éds), *Les méthodes qualitatives en psychologie* (pp. 39-59). Paris : Dunod.
- Santiago-Delefosse, M. (2002). *Psychologie de la santé : perspectives qualitatives et cliniques*. Liège : Pierre Mardaga.
- Santiago-Delefosse, M. (2004). Évaluer la qualité des publications. Quelles spécificités pour la recherche qualitative? *Pratiques psychologiques*, 10(3), 243-254.

Lionel Diébold est Dr en psychopathologie clinique et psychologue clinicien à l'Hôpital de La Timone (Service de Chirurgie générale et digestive, Pôle « DACCORD » (Digestif, Anatomie pathologique, Chirurgie, CISIH, Oncologie, Radiothérapie, Dermatologie)). Il est aussi Membre associé de l'équipe 4, Dynamique d'appropriation d'une maladie chronique - Laboratoire Epsilon, EA 4556, Dynamique des capacités humaines et des conduites de santé (Site Saint Charles Epsilon). L'intérêt de cet auteur se porte sur les phénomènes somatiques et

les applications pratiques de la psychanalyse à ces phénomènes, dans une démarche qualitative.

Jean-Philippe Roustant est psychologue clinicien et doctorant au Laboratoire Epsilon, Dynamique des capacités humaines et des conduites de santé (DEA dernier diplôme) au Centre hospitalier d'Alès CMPEA (centre médico psychologique de l'enfant et l'adolescent). Il s'intéresse à la psychopathologie de l'acte (passage, recours à l'acte et acting-out). Son intérêt concerne les méthodes mixtes et les techniques projectives.

Isabelle Boulze est Maître de conférences (HDR), Psychologie clinique et psychopathologie, et psychologue clinicienne. Elle est également responsable Equipe Dynamique d'appropriation d'une maladie chronique au Laboratoire Epsilon, EA 4556 Dynamique des capacités humaines et des conduites de santé, CHU de Nîmes, hôpital Carémeau, Service addictologie du Grau du Roi.