

# Quelle transmission du féminin quand la génétique s'en mêle ? Quand la fée des Ténèbres se penche sur le berceau de la petite fille

Catherine Diricq

Volume 15, numéro 1, automne 2002

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1073912ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1073912ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Université du Québec à Montréal

ISSN

1180-3479 (imprimé)

1916-0976 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Diricq, C. (2002). Quelle transmission du féminin quand la génétique s'en mêle ? Quand la fée des Ténèbres se penche sur le berceau de la petite fille. *Frontières*, 15(1), 71–77. <https://doi.org/10.7202/1073912ar>

Résumé de l'article

C'est à partir de notre expérience avec des personnes atteintes d'un cancer mammaire que nous aborderons la question des conséquences de la notion de transmission génétique de certaines pathologies à pronostic léthal. Dans les entretiens cliniques avec des femmes mammeclomisées, il est question du risque génétique. Comment élaborent-elles cette donne médicale ? La mère qui a porté la vie se vit-elle avec le cancer, porteuse de la mort ? Le diagnostic de cette maladie est-il une entrave à la construction de relations mère-fille contenantes ? Comment un processus psychothérapeutique peut-il permettre un réaménagement tel que la fée des ténèbres puisse se vivre à nouveau comme une mère suffisamment bonne ? Toutes ces questions sont développées dans l'article à partir d'une vignette clinique.

# Quelle transmission du féminin quand la génétique s'en mêle ? Quand la fée des Ténèbres se penche sur le berceau de la petite fille

## Résumé

C'est à partir de notre expérience avec des personnes atteintes d'un cancer mammaire que nous aborderons la question des conséquences de la notion de transmission génétique de certaines pathologies à pronostic léthal. Dans les entretiens cliniques avec des femmes mammectomisées, il est question du risque génétique. Comment élaborent-elles cette donne médicale ? La mère qui a porté la vie se vit-elle avec le cancer, porteuse de la mort ? Le diagnostic de cette maladie est-il une entrave à la construction de relations mère-fille contenantes ? Comment un processus psychothérapeutique peut-il permettre un réaménagement tel que la fée des ténèbres puisse se vivre à nouveau comme une mère suffisamment bonne ? Toutes ces questions sont développées dans l'article à partir d'une vignette clinique.

Mots clés : *psycho-oncologie – mammectomie – génétique – transmission du féminin*

## Abstract

Starting from our experience with breast cancer patients, we will tackle the problem of the consequences due to the notion of genetic predisposition of certain pathologies with a legal prognosis. During clinical interviews with women having undergone a mastectomy, genetic risk is discussed. How do they deal with this medical fact ? Does the mother who has borne life see herself with cancer as the carrier of death ? Is the diagnosis of this disease an obstacle to building up mother-daughter relationships ? How can psychotherapy enable us to rethink a fairy of darkness as a good-enough mother ? All these questions are expanded on in this article based on a case report.

Key words : *psycho-oncology – mastectomy – genetics – passing on the feminine*

Catherine Diricq,  
psychologue psychothérapeute,  
Centre de santé mentale à l'Université Libre de Bruxelles –  
Équipe psycho-oncologie,  
Hôpital Public Universitaire St-Pierre (Belgique) –  
Équipe mobile de soins palliatifs.

## LA GÉNÉTIQUE DU CANCER : CONSÉQUENCES PSYCHIQUES DE CE NOUVEAU SAVOIR

Les nouvelles connaissances en oncogénétique, particulièrement dans les domaines du cancer du sein ou de l'ovaire, m'ont amenée à ré-interroger la transmission du féminin quand elle se complique, du côté du réel, par l'irruption de la maladie et de son éventuelle transmission génétique. En d'autres mots, comment la transmission biologique que serait la transmission de gènes mutés viendrait-elle perturber la transmission du féminin ?

La recherche en oncogénétique a permis de mettre en évidence l'existence d'au moins deux gènes (BRCA1 et BRCA2) spécifiques prédisposant pour les cancers du sein ou de l'ovaire (Haffty *et al.*, 2002). Depuis, des consultations sont parfois proposées à des femmes dont la mère, ou la sœur, a développé une de ces pathologies. Ce type de consultations renvoie à une évaluation médicale du risque de maladie héréditaire. Les généticiens proposent différentes investigations dans ce but. Cette médecine prédictive a pour particularité de ne pas se référer, prioritairement, au corps de la femme malade mais au corps de l'autre, issue de la même famille et atteinte d'une pathologie cancéreuse ou décédée des suites d'un tel mal.

Les oncogénéticiens se servent entre autres, comme outil de travail, de l'arbre généalogique. Un arbre particulier où

s'inscrivent les morts et les malades, parfois nombreux dans la famille de la consultante. Ce génogramme évoque l'histoire de la maladie à travers les générations. Il est fait de remémorations... réveillant parfois des souvenirs oubliés, des secrets... des fantômes dans la chambre de l'enfant. Le savoir médical nouveau se heurte à un autre savoir : le savoir familial. Ces nouvelles données génétiques ouvrent l'accès à un savoir sur les ressemblances identitaires. Les liens conscients et inconscients qui participent à l'histoire d'une famille peuvent être ébranlés. Comment la femme qui demande une évaluation du risque de développer un cancer mammaire pourrait-elle assimiler ce savoir et garder une distance avec ce qui appartient à l'autre, si proche ?

Dans le cas du cancer du sein, la connaissance d'une prédisposition héréditaire peut être perçue comme un déterminisme, un destin de la lignée maternelle auquel il ne serait, dans les fantasmes de certaines, pas possible d'échapper<sup>1</sup>. Comment, dans ce contexte, rester le sujet d'un savoir qui ne vire pas au destin ? Le temps très particulier entre les examens médicaux et la communication des résultats est un temps de « l'entre-deux ». Entre le statut de bien portant et celui de malade. Une brèche est ouverte, une réflexion sur sa vulnérabilité d'être humain a peut-être commencé.

Ce moment en est alors un d'ouverture psychique qu'un travail psychothérapeutique pourrait soutenir.

Si un résultat positif dans de telles consultations est rare (5 % des cas), il n'est certainement pas anodin sur le plan médical puisqu'il augure d'un risque allant, selon les études, jusqu'à 90 % de malchance de développer un cancer (Frost *et al.*, 2000).

L'annonce de résultats négatifs n'est pas à banaliser.

Lorsqu'il y a suspicion de maladie grave et que les résultats des examens médicaux, tests ou prélèvements sont négatifs, cela signifie que des signes objectivables de cette maladie n'ont pas été décelés. Nouvelle rassurante en soi et dont la transmission au patient par le médecin est parfois faite si rapidement qu'un courrier ou un appel téléphonique semble suffire. L'impact n'est pourtant pas à négliger.

Ma pratique antérieure dans un service médical pour personnes atteintes par le VIH m'a amenée à élaborer une réflexion à propos de l'annonce d'un résultat négatif. Il me semble que la démarche de tout dépistage de maladie est une occasion que s'offre la personne de prendre conscience de certains repères de vie actuels, de cerner des besoins et désirs, de se réapproprier





Alain Paielement, *Parages (puits)*, 2002

des ressources pour peut-être mettre en place des changements ou des ajustements de son mode de vie.

En outre, dans le cas de l'annonce d'un résultat oncogénétique négatif pour une fille alors que sa mère est porteuse du gène, il existe une discordance de statuts mère / fille qui peut aussi avoir des impacts non négligeables sur la rencontre de ces deux féminités, la seconde issue de la première.

Mais revenons plus précisément à la question soulevée dans le titre de l'article : Quelle transmission du féminin quand la génétique s'en mêle ?

### HISTOIRE CLINIQUE

C'est à partir d'une rencontre avec une femme atteinte d'un cancer mammaire que j'aborderai la question des conséquences de la transmission d'une pathologie à pronostic léthal. Le gène, cet élément microscopique du corps humain, risque de se voir doté dans l'imaginaire d'un pouvoir comparable à celui d'une mauvaise fée qui se penche sur le berceau de l'enfant. La mère a porté la vie et se vit, avec le cancer, porteuse de la mort. Le bon sein, source de vie, source de lait, devient mortifère.

Le diagnostic d'une telle maladie potentiellement mortelle et parfois héréditaire est-il une entrave à la construction de relations mère-fille contenantantes ? Dans ce cas, un processus psychothérapeutique peut-il permettre un réaménagement tel que la fée des Ténèbres puisse se revivre comme une mère suffisamment bonne ? Dans la rencontre psychothérapeutique qui m'a amenée à poser ces questions, il n'y a pas eu de bilan oncogénétique mais de nombreuses interrogations et élaborations, des doutes et des angoisses.

Il s'agit d'une jeune femme de 35 ans (Mme T.) qui est orientée à ma consultation par une association d'écoute téléphonique pour patients cancéreux qu'elle avait contactée spontanément. En effet, l'unité de psycho-oncologie du Centre de santé mentale où je travaille collabore avec différents services hospitaliers ou consultations ambulatoires pour personnes atteintes de maladies graves.

Mme T. a subi, huit mois avant notre première rencontre, une double mastectomie à la suite d'un diagnostic de cancer du sein. Vu son jeune âge et des antécédents sur lesquels je reviendrai, l'ablation du second sein a été faite dans un contexte de prévention. Cette jeune femme est très en souffrance lorsqu'elle se décide à consulter un psychothérapeute. Elle peut l'exprimer, elle pleure beaucoup lors de nos premiers entretiens, elle verbalise ses peurs de mourir, de ne pas voir grandir ses enfants. Elle dit l'importance de pouvoir en parler et le soulagement de se permettre de

verser des larmes. Pourtant elle n'accepte pas de venir plus d'une fois par semaine et va, par la suite, s'absenter souvent (au moins tous les congés scolaires).

Dans un premier temps, Mme T. vient « déposer » en consultation ses angoisses face à la maladie, ses peurs d'une récédive. Il est essentiellement question de la période de vie entre l'annonce du diagnostic, l'opération chirurgicale quinze jours plus tard, la radiothérapie puis la chimio et ses effets secondaires dont la chute temporaire des cheveux, l'alopecie. Dans ce moment, elle est en rupture avec le reste de son histoire. Je sais seulement qu'elle est mariée et mère de deux enfants. Marie a alors cinq ans et son frère à peine deux ans. Il est très peu question de son mari.

Ce n'est que plusieurs semaines après le début du travail qu'elle parlera de sa mère, décédée il y a 8 ans de la même maladie. J'apprendrai aussi que sa grand-mère en est morte à l'âge de 37 ans. Elle qualifie de très bonne la relation qu'elle a toujours entretenue avec sa maman. Ses parents se sont séparés à la fin de son adolescence. Elle avait, jusque-là, idéalisé le couple parental. La rupture a été très conflictuelle et est à l'origine d'autres séparations puisque sa mère est partie vivre dans le Sud, avec son nouveau compagnon. Mère qui devient femme et amante, qui rompt la fusion avec elle en quittant la Belgique. Mme T. décide alors d'étudier à l'étranger. Manière de fuir

la rencontre avec le réel de la séparation ou plutôt des séparations ?

C'est aussi la rupture avec une image parfaite du père. La mère brise le tabou du silence, elle met sa fille – ma patiente – au courant des griefs envers son ex-mari. Mme T. apprend combien il a fait souffrir sa mère ; elle perçoit ses aspects tyranniques. « Un homme qui croit qu'il peut tout acheter avec son argent... même les gens. » En quittant son mari, la mère montre qu'elle ne veut plus se laisser acheter par cet homme riche et puissant ni se faire payer pour rester soumise. Mais dans le même élan, elle – toujours la mère – exclut et dénigre les hommes et les pères. Elle instaure une alliance mortifère avec sa fille en lui révélant les secrets interdits.

Quelques années plus tard, la mère développe un cancer du sein et se dégrade rapidement. Ma patiente fera régulièrement le déplacement pour passer du temps auprès d'elle. Puis, sans pouvoir s'expliquer pourquoi, bien qu'elle savait sa maman en phase terminale de la maladie, elle n'est plus retournée la voir le dernier trimestre de sa vie. Elle n'a pas assisté à la crémation ni à la dispersion des cendres dans la mer. Après le décès de sa mère, elle apprend que celle-ci s'est organisée pour lui léguer par héritage des avoirs qui auraient dû revenir à son père.

Je n'entrerai pas dans les détails juridiques, mais il est intéressant de savoir

qu'aujourd'hui encore le père se comporte comme s'il était l'héritier direct de son ex-épouse. Au point que sa fille, ma patiente, ne parvient pas à profiter de ses biens sans se sentir obligée de faire référence à lui. Par exemple, avant de faire des travaux dans sa seconde résidence, reçue en héritage, elle lui demande l'autorisation.

Il n'y a eu ni faire-part de décès de la mère, ni annonce dans la presse. Une fois par an, à la date anniversaire de cette mort, Mme T. assiste à une messe bien qu'elle ne soit pas croyante. Ce qui lui manque le plus c'est un rituel collectif, dit-elle, à travers lequel la perte de sa maman aurait pu être reconnue par le groupe social.

À la suite de cette évocation en séance, les associations entre les trois générations sont multiples. Il est parfois difficile de décoller les histoires et de comprendre quand il s'agit d'elle et sa mère ou de sa fille et elle.

Elle pleure beaucoup en disant qu'ici il ne reste rien de sa maman. Il ne reste rien d'elle sinon cette inscription corporelle mortifère qui pourrait se révéler sur le corps de sa fille, comme elle-même l'a reçue de sa mère... Elle évoquera plus tard le manque de sa mère alors qu'elle accédait à la maternité.

Et dans le même temps, Mme T. met en scène comme à la fin de vie de sa maman des mouvements de bascule où la fusion est suivie d'une rupture. De même, dans nos



séances, je la sens capable d'interrompre subitement le travail. Ainsi, elle m'interroge sur la longueur d'une thérapie puis s'absente au rendez-vous suivant. Je repense alors à sa trop grande difficulté à revoir sa mère et peut-être aussi à parler avec elle de la maladie (la même donc) et de toutes les angoisses liées à la possible perte de l'autre. Elle n'a pu tolérer cette rencontre avec un réel devenu insupportable. Réel impossible à imaginer comme vrai, réel impossible à symboliser. Alors elle coupe le lien. Elle s'absente. Être loin de sa mère pour ne pas penser la transmission impossible.

Par la suite, il sera question de la relation qu'elle entretient avec sa fille Marie, âgée seulement de 5 ans. Mme T. s'interroge sur les risques héréditaires de certains cancers du sein, sur la possible transmission de la maladie à Marie. La culpabilité de n'avoir pas été plus proche de sa mère se mélange à la crainte d'imposer à sa fille une même destinée. Victime de la lignée maternelle, elle interroge ce qu'elle risque de transmettre et culpabilise. La génétique n'est plus seulement du côté du réel. Elle est dans son imaginaire dotée de la toute-puissance d'une mauvaise fée.

Mme T. n'arrive pas à trouver avec la fillette une juste distance pour lui parler de la maladie. Difficultés qui se sont traduites par des actings tels que montrer son torse et les disgracieuses cicatrices à la place des seins, ou l'accueillir au retour des vacances

sans perruque alors que Marie ne savait pas qu'elle retrouverait une maman sans sa belle chevelure. Elle me fera vivre un saisissant moment quand, après des mois de thérapie où elle se présentait avec les cheveux très courts puis attachés, elle me surprend comme elle l'a fait avec Marie, dans l'escalier, mais cette fois avec de longs cheveux bouclés dansant sur ses épaules...

## DISCUSSION

Mme T. n'a pas pour demande initiale, une demande de psychothérapie. Elle éprouve juste le besoin de parler de la maladie, des mutilations subies, de la lourdeur des traitements. Mais après quelques entretiens elle met ce réel, si douloureux, en lien avec son histoire. La maladie a opéré comme « un pousse à penser » (Rimbault, 2001). Elle a déclenché une quête étiologique : « pourquoi, comment ? ». « Cette quête n'est pas seulement celle qui peut être énoncée par la personne, le "je", mais dans laquelle est impliqué le sujet de l'inconscient » (Rimbault, 2001).

Le psychologue qui s'engage dans une telle rencontre thérapeutique doit connaître ces éléments de réalité. Il sait que le savoir médical se heurte à un autre : celui de l'inconscient. Les patientes sont parfois au courant du risque héréditaire et cela alimente leurs fantasmes. Il nous faut trouver un langage commun qui passe par le vocabulaire médical.

La rencontre entre le savoir scientifique, le savoir qu'a l'individu sur lui-même mais aussi le savoir familial dans le cas des maladies potentiellement héréditaires peut être explosive, d'autant, dit Donatien Mallet, qu'elle se situe dans un moment où les interactions familiales sont intenses (Mallet, 2001).

Petit à petit, à force de mots mis sur le trauma, cet élément du réel qui « effracte » l'enveloppe narcissique que représentent ces quelques mois « de survie », car il s'agit bien de cela au niveau psychique du moins, Mme T. pourra établir des distances par rapport à l'événement. Ce sont d'ailleurs des mots qu'elle a prononcés.

## LA PSYCHOTHÉRAPIE

La patiente va entamer un processus thérapeutique. Elle met en lien des réactions émotionnelles d'aujourd'hui avec des moments de son enfance. Petit à petit, nous analysons ensemble ce qui se rejoue dans notre relation.

En rentrant dans son histoire, Mme T. accepte qu'il ne s'agit pas d'un conte de fée.

## ELLE, PAPA ET MAMAN

La Belle au bois encore dormant doit se réveiller. En revisitant son adolescence, elle comprend que son père n'est pas un Prince charmant. Elle peut aujourd'hui, dans le cadre proposé, éprouver et mettre en mots des sentiments négatifs à l'égard des



Alain Paicement, Parages (pane mundial), 2002

parents. Ce père s'est comporté comme un tyran. Sa mère a brisé l'image du couple parental beau, riche et aimant en partageant avec elle des faits restés cachés à l'époque (malversations financières, humiliations...).

Mme T. peut, alors qu'elle expérimente la solidité de notre lien, revivre la « haine » ressentie contre cette mère qui l'a trahie puis abandonnée.

À propos de liens et de coupure, elle prend le risque<sup>2</sup> de parler de la mort de sa maman. La bonne distance qu'elles n'ont pas trouvée puisque après de réguliers moments auprès de sa mère mourante, elle a choisi de ne pas être là pour assister à son agonie.

Avec De M'Uzan, nous avons compris que le mourant cherchait pour accomplir son travail de trépas une personne réellement disponible, capable de combler ses besoins élémentaires (De M'Uzan, 1977). Ce qui signifie que cette personne accepte, profondément, qu'une part d'elle-même soit incluse dans l'orbite funèbre du mourant. Le mourant va chercher à former avec son objet ce que l'auteur nomme « une dernière dyade ». Quelque chose de comparable à l'organisme formé par la mère et son nouveau-né. Il faut que l'objet choisi ne craigne pas d'être entraîné, phagocyté par le moribond.

On imagine, dans cette histoire familiale, les raisons inconscientes qui ont pu empêcher cette dyade entre la mère et la fille.

Mme T. aurait-elle craint, comme l'écrit Jacqueline Godfrind, de ne pas « pouvoir toucher sans se perdre, approcher sans se dissoudre, sentir sans s'aliéner » (Godfrind, 2001) ? Elle cherche, ou plutôt elle « joue » avec moi cette interruption du lien. Il lui arrive de parler subitement d'arrêter les séances, ou elle m'interpelle sur le temps que dureront encore les entretiens. Parfois elle annule un rendez-vous par un message sur le répondeur téléphonique sans donner d'explication à cette absence. Elle s'oppose aux paiements des séances manquées...

#### ELLE ET MARIE

Revenons à sa fillette, qu'elle met en place de « mère anale » à qui il convient de tout montrer et tout dire<sup>3</sup>. Il y a exigence de transparence. Jacqueline Godfrind (2001) parle de la transparence comme du prix à payer par la fille à sa mère. Je la cite à nouveau :

L'exigence à la transparence sert à la mère à récupérer ce qui pourrait lui échapper, la sexualité féminine de sa fille dans son mouvement de rapprochement au père. Et cette emprise se construit sur des fondements précoces. Elle porte, dans un effet d'avant-coup si j'ose ainsi m'exprimer, sur toute manifestation d'autonomie de la fille,

toute différence étant anticipativement assimilée à la perspective de la rivalité future. (Godfrind, 2001)

Godfrind illustre ses propos en pensant la difficulté pour les femmes à affirmer leur territoire comme dans une mise en scénario où se dit la dépossession apparente de l'autonomie au profit de la mère (et du substitut transférentiel que représente l'analyste).

Tout comme il y a exigence de ressemblance, d'union dans et par l'identique. La patiente craint de perpétuer, à travers le cancer, son héritage de femme, légué par sa mère qui elle-même l'a reçu de sa mère. Il pourrait être intéressant de réfléchir à la place que prend dans ce scénario imaginaire l'héritage financier bien réel et important, que lui a laissé cette mère au détriment de son père, c'est-à-dire la question de la dette de fille à mère.

#### OSER PENSER EN SON NOM

Mme T. est venue chercher un autre regard sur elle, une ouverture de parole pour oser penser la transmission impensable. Elle ne veut plus seulement survivre au trauma de la maladie physique, elle veut élaborer les deuils passés et vivre. Peut-être a-t-elle eu besoin de se servir de sa thérapeute comme d'une prothèse, prothèse de mère, prothèse mammaire pour parvenir à se construire une identité de femme différente de sa mère et de sa grand-mère.

Anna Feissel Leibovici (2001), avec une écriture toute poétique, compare le travail du généticien et celui de Champollion qui aurait « probablement échoué à déchiffrer les hiéroglyphes sans la permanence des noms propres dont l'inscription surplombe l'écart entre les langues ». Elle continue : « ce que chacun des patients avait à dire en son nom propre est ce que j'ai tenté de faire passer, car la singularité d'un être constitue son recours et sa chance contre le destin ». Et nous pouvions alors prendre autrement cette généalogie des morts. Le patient, lui, a un nom et il est bien vivant.

Mme T. mentionne qu'il n'existe à ce jour aucune méthode efficace pour prévenir le cancer. Mais peut-être a-t-elle besoin de se reconstruire davantage avant d'y repenser, avant de supporter cette nouvelle attaque du lien transgénérationnel. Une transmission psychique très forte où les traumatismes ne sont pas parlés et se « reflètent » sur le corps. C'est la transmission du féminin qui s'élabore. Le cadre de nos entretiens devient son territoire où elle ose parler en son nom, son nom de femme et découvrir ce que Joyce Mac Dougall (1984) nomme « cette petite marge de liberté, qui permet de changer la fatalité en destinée ». Alors pourra-t-elle transmettre à sa fille un risque suffisamment cadré pour lui permettre de se lancer dans

l'aventure de devenir une femme et de rencontrer l'autre. Reconstruction psychique et physique puisqu'elle a consulté un chirurgien plastique et envisagé, après 18 mois de thérapie, la mise en place de prothèses mammaires. Elle se reconstruit, dans le temps de la thérapie, une identité de femme différente de sa mère et de sa grand-mère.



Le cancer du sein est une pathologie somatique très particulière qui attaque la femme dans ce lieu du corps à la fois féminin et maternel. Au niveau psychique, c'est non seulement toute la question de la féminité qui est réinterpellée mais, avec les nouvelles connaissances sur les facteurs héréditaires, c'est aussi la question de la transmission du féminin qui devient incontournable. Une personne confrontée à cette maladie est touchée dans son identité de femme, de fille et potentiellement de mère. Les liens transgénérationnels sont éprouvés. L'annonce d'une telle pathologie et ses conséquences multiples peuvent avoir des effets traumatiques.

L'histoire clinique relatée a permis de mettre en évidence l'effraction physique et surtout psychique que représente ce cancer. La capacité du thérapeute à entendre les souffrances indicibles provoquées par l'atteinte corporelle et ses connaissances médicales suffisantes ont permis à la patiente de mettre en liens sa maladie et son histoire en se dégageant du fantasme de destin funeste. Le travail psychothérapeutique entrepris dans ce moment de bouleversement psychique a suscité de nouvelles élaborations des processus de féminisation. C'est dans un cadre soutenant que la transmission du féminin a pu se revisiter, en tenant compte de la réalité médicale (oncologique et génétique), des fantasmes, de l'histoire personnelle et familiale.

Les questions à propos de la transmission du féminin n'ont certes pas toutes trouvé une réponse mais un processus psychique est en place. Il peut continuer à se déployer.

#### Bibliographie

- DE M'UZAN, M. (1977). *De l'art à la mort*, Paris, Gallimard.
- FEISSEL LEIBOVICI, A. (2001). *Le gène et son génie*, Érès, Ramonville-Saint-Agne.
- FROST, M. et al. (2000). « Long-term satisfaction and psychological and social function following bilateral prophylactic mastectomy », *JAMA*, vol. 284, n° 3, 19 juillet.
- GODFRIND, J. (2001). *Comment la féminité vient aux femmes*, Paris, PUF.
- GOODWIN, P.J. et al. (2001). « The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer », *The New England Journal of Medicine*, vol. 345, p. 1719-1726, 13 décembre.

HAFFTY, Bruce G. *et al.* (2002). « Outcome of conservatively managed early-onset breast cancer by BRCA1/2 status », *The Lancet*, vol. 359, 27 avril.

HATCHER, M.B. *et al.* (2001). « The psychosocial impact of bilateral prophylactic mastectomy: prospective study using questionnaires and semistructured interviews », *BMJ*, vol. 322, 13 janvier.

MALLET, D. (2001). « Réflexions sur les maladies héréditaires en soins palliatifs », *Journal européen de soins palliatifs*, vol. 8, n° 4.

MAC DOUGALL, J. (1984). « De l'homosexualité dite inconsciente », *Revue française de psychanalyse*, n° 3, Paris, PUF.

RIMBAULT, G. (2001). *Le gène et son génie*, Érès.

TERENYNCK, C. (2000). *L'épreuve du féminin à l'adolescence*, Paris, Dunod.

#### Notes

1. Aux États-Unis, pour éviter les récurrences, des techniques beaucoup plus invasives encore et radicales sont proposées : ablation préventive des deux seins dès l'adolescence, ou ovariectomie. Traitements préventifs qui selon des études rigoureusement menées sembleraient diminuer la morbidité quand c'est la patiente qui demande l'opération (voir Hatcher *et al.*, 2001 ; Goodwin *et al.*, 2001).

2. Couper, sectionner, vient du verbe *secare*. Proche de l'italien *misicare* qui est la racine étymologique de prendre un risque.

3. Mère anale : la mère anale dans la vivance d'une relation archaïque exerce sa mainmise sur le corps pubère et la génitalité de sa fille. La mère anale contrôle et devine les contenus du corps et ceux de la psyché. Il convient de tout montrer, de tout dire. Le secret est ce qui échappe à cette exigence de transparence (voir Terenynck, 2000).



Alain Païement, *Parages (cave/lris)*, 2002