

« Cancer de l'utérus : de l'hérédité à l'héritage transgénérationnel »

Que peut apporter l'analyse transgénérationnelle aux femmes ayant été touchées par le cancer de l'appareil génital dans leur quête de sens ?



Maud PANNEQUIN
Analyste transgénérationnel
Psychogénéalogiste
maudpannequin@gmail.com
Janvier 2019

Table des matières

1 – Biologiquement, qu'est-ce que le cancer de l'appareil génital ?	5
2 – A l'heure où le déterminisme ne suffit plus à éclairer le cancer	6
Quand les découvertes en épigénétique viennent nourrir les observations de la clinique transgénérationnelle	7
Transmissions épigénétiques et transmissions transgénérationnelles	8
La réversibilité des mécanismes épigénétiques	9
Conclusion	9
3 – Le cancer de l'appareil de reproduction, au regard de l'analyse transgénérationnelle : quatre femmes volontaires.....	10
- Le cancer comme « l'héritage des mauvaises mères »	11
- Le cancer et l'infertilité comme défense contre les violences sexuelles de guerre	16
- Cancer, fantasme de dévoration et secret de filiation	21
- Le cancer comme syndrome de l'inutilité	24
4 – Conclusions	28
7 – Annexes	30
Qu'est-ce que l'épigénétique ?	30
Les mécanismes épigénétiques et le cancer	31
« Pattern transgénérationnel » dégagé	32
7 – Bibliographies et sources	32
Bibliographie.....	32
Articles et revues.....	33
Vidéos, films et liens internet	34
Sources	34
8 – Remerciements	35

Le cancer de l'appareil génital ou le cancer gynécologique¹ touche aujourd'hui en France plus de 13 500 femmes par an, dont 3 000 nouveaux cas par an pour le cancer du col de l'utérus², 6 300 pour celui de l'utérus³ et 4 400 pour le cancer de l'ovaire. Il y a 10 ans, 2 780 femmes étaient touchées par le cancer du col de l'utérus, 6 300 par le cancer de l'utérus et 4 440 par celui de l'ovaire, soit un nombre stable de femmes touchées par an avec un taux de natalité de 1,9 en France⁴. Ces résultats suscitent une polémique transdisciplinaire sur la prévention et les traitements médicaux de ces femmes. Pourquoi le nombre de femmes touchées par le cancer du col de l'utérus ne diminue-t-il pas plus nettement alors que la prévention par le dépistage du papillomavirus permettrait aujourd'hui d'éradiquer ce cancer ? L'observation clinique montre que ces femmes ne procèdent effectivement pas à un dépistage régulier, pour des raisons aussi variées et vastes que les causes probables du cancer. Si les femmes victimes d'un cancer s'interrogent fréquemment *a posteriori* sur la raison de leur maladie, rares sont les femmes qui s'interrogent *a priori* sur leurs chances de contracter un cancer du col de l'utérus. Cette observation fonde ma réflexion sur l'intérêt d'une recherche centrée exclusivement sur le préventif si par ailleurs le besoin de sens à posteriori n'est pas entendu.

Quant aux cancers de l'utérus, de l'ovaire et de l'endomètre, ils ne sont pas aisément dépistés et font malheureusement très fréquemment l'objet d'un diagnostic tardif avec des causes complexes et multifactorielles. Dans ce contexte, les femmes touchées sont souvent extrêmement fragilisées sur le plan physique et sur le plan psychique du fait de leur maladie et de l'annonce d'une mort possible. Elles traversent bien souvent des opérations chirurgicales traumatisantes et dans l'urgence, comme l'hystérectomie⁵, des traitements lourds comme la radiothérapie ou la chimiothérapie ainsi qu'une surveillance telle que leur quotidien est rythmé de visites hebdomadaires chez le gynécologue, le chirurgien, l'oncogénéticien⁶, le cancérologue, l'anesthésiste et plus régulièrement encore l'infirmier et le rhumatologue. La maladie s'accompagne d'un foisonnement de propositions d'interprétation sur ses causes; tant et si bien que ce dernier se personifie. Il prend tantôt le caractère du stress vécu au travail, tantôt celui des suites d'un divorce ou encore celui de conséquences génétiques irréversibles... Avec ce lot d'interprétations, aussi variées que le sont le monde hospitalier et ses points de vue divergents, l'écoute offerte à ces patientes l'est également. La peur de la récurrence tient une place de plus en plus importante chez ces femmes qui tentent alors, bien souvent en vain, d'ôter toute source de stress ou de changement de leur quotidien. La rémission, si elle intervient, est un soulagement pour le corps hospitalier, mais constitue aussi le moment où le suivi médical s'arrête pour la patiente, ce qui s'accompagne de l'interruption des soins et des liens ainsi créés, et donc de l'irruption de l'angoisse...

Le propos de cet article n'est donc pas de se prononcer sur les facteurs de risque de la contraction du cancer d'un ou plusieurs des organes de l'appareil de reproduction féminin, ni de dresser des statistiques sur les possibles causes transgénérationnelles ayant déclenché le symptôme. Il n'est pas non plus de remettre en question le suivi thérapeutique et les traitements médicaux aujourd'hui employés pour traiter ces femmes touchées par un cancer gynécologique. Il s'articule plutôt à la croisée entre la pratique médicale et ses divers intervenants (cancérologie, génétique, oncogénétique) et ma pratique en analyse transgénérationnelle. Je questionne donc aujourd'hui la pertinence de l'accompagnement, à l'aide des outils développés par la clinique transgénérationnelle,

¹ L'appareil génital féminin regroupe la vulve, le vagin, les trompes, le col de l'utérus, le corps de l'utérus ainsi que les ovaires et l'endomètre. Ici, j'exclue de mon analyse la vulve, le vagin et les trompes, ces cancers étant relativement rares sur ces dits organes.

² Le col de l'utérus est la partie basse et étroite de l'utérus.

³ Ici nous appellerons cancer de l'utérus le cancer touchant la partie principale de l'utérus, appelée corps de l'utérus, la paroi musculaire de l'utérus entourant la cavité utérine tapissée de la muqueuse appelée endomètre.

⁴ D'après les chiffres relevés par la fondation de la recherche médicale, cf. sources.

⁵ Ablation de tout ou partie de l'utérus.

⁶ L'oncogénétique tend à diagnostiquer les prédispositions génétiques aux cancers et le cas échéant à prendre en charge les personnes à risque.

des patientes en rémission ayant été touchées par le cancer de l'appareil génital. Quel sens donner à ce vécu, à leur cancer, à cette presque mort, à ce passage entre un avant et un après cancer, la plupart du temps accompagné de l'ablation totale de l'appareil de reproduction ou d'autres chirurgies très lourdes impactant leur corps et leur psychisme ? Comment les accompagner également dans un contexte où très souvent, les entretiens oncogénétiques génèrent un stress supplémentaire ? Explorer les liens possibles entre des traumatismes non élaborés par les ascendants du système familial de ces femmes, qui pourraient faire symptôme des générations après, permettrait-il à ces femmes de donner du sens, de s'affranchir de la peur de la récurrence et de se réapproprier ainsi leur vécu ? Comment répondre au « *Pourquoi j'ai eu le cancer ?* » ou au « *Qu'est ce que j'ai fait au bon Dieu pour mériter cela* » ? Quelle place offrir à l'analyse transgénérationnelle dans cet accompagnement et pourquoi ? Est-il possible, pour ces femmes ayant déjà exploré leur généalogie lors de recherches en oncogénétique, de sortir du déterminisme de la génétique tendant à les enfermer dans l'inéluctable de leur cancer, pour entrer dans une perspective positive de réversibilité ? Peut-être sera-t-il également possible d'aborder l'angle de la transmission à nos enfants et donc à nos filles de ce « *cancer dont maman ou mamie a failli mourir* ». Est-il possible d'entrevoir une autre lecture, plus globale où l'humain serait considéré au-delà de son génome ?

Pour explorer ces questions, après quelques rappels biologiques sur le cancer de l'appareil de reproduction, j'aborderai donc les différents aspects cités précédemment en parcourant les apports de la génétique, de l'épigénétique de l'approche psychosomatique et de l'analyse transgénérationnelle, domaines dans lesquels se croisent les mêmes préoccupations de l'accompagnement du symptôme et de la maladie. Cet article sera également nourri de l'expérience et des propos du chef de Pôle « mère-enfant⁷ » au Centre Hospitalier de Verdun et de la sage-femme coordinatrice psychologue et sexologue, ayant permis à cette recherche en centre hospitalier d'aboutir en me donnant accès à un échantillon de leur patientèle en cancérologie gynécologique. Enfin, l'article sera nourri de mon expérience et de mon attention portée sur ces femmes et leurs difficultés dans leur vécu et dans l'après-soin. Cette attention m'a amenée à exprimer des propositions d'analyse quant aux possibles liens transgénérationnels observés dans la contraction de leur cancer, mais aussi à recueillir le sens qu'elles y donnent et à observer le bien-être qu'a pu leur apporter cet accompagnement.

Les quatre vignettes cliniques présentées dans cet article ont donc été choisies tout à fait au hasard dans un ensemble de cas cliniques qui présentaient les critères suivants :

- femmes majeures européennes souffrant en phase de rémission ou ayant souffert d'un cancer de l'utérus, des ovaires ou de l'appareil de reproduction - échantillon restreint aux femmes européennes exclusivement pour éviter l'analyse des pathologies ethniques qui serait un axe majeur que nous ne développerons pas ici ;
- femmes désireuses d'offrir leur expérience à cette recherche lors de trois séances d'une heure trente et consentant à la diffusion des données les concernant sous la condition de leur anonymat et de celui de leur famille ;
- femmes ayant été suivies au Pôle mère-enfant de la maternité de Verdun et dont le chef de Pôle - ayant donné son accord pour la réalisation de cet article - connaît leur parcours et surtout leur état de santé actuel.

⁷ L'appellation « Pôle » en centre hospitalier concerne le regroupement de services en lien avec les compétences des praticiens. Au Centre hospitalier de Verdun, le « Pôle mère enfant » regroupe la gynécologie, l'obstétrique, la pédiatrie, la néonatalogie, la santé mentale et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ainsi que la cancérologie gynécologique. cf. sources : liens internet.

Toutes les patientes contactées ont donné leur accord pour participer à cette recherche, pour l'une ou plusieurs des raisons suivantes :

- la possibilité de faire avancer la recherche sur le cancer de l'utérus ou de l'ovaire ;
- que leur expérience soit utile ;
- l'éventualité que cette démarche puisse aider d'autres femmes ;
- la confiance en leur médecin ;
- continuer à se battre contre le cancer ;
- l'intuition ou la déduction que des causes psychologiques ou/et psychogénéalogiques pourraient être à l'origine de leur cancer et donc la volonté d'y voir plus clair.

1 – Biologiquement, qu'est-ce que le cancer⁸ de l'appareil génital ?

Le mécanisme de cancérisation est un phénomène progressif comportant plusieurs étapes au cours desquelles il peut être diagnostiqué. Tout commence donc au niveau d'une cellule saine qui, comme toutes celles de l'organisme, a inscrit dans son génome⁹ la capacité de se diviser, de se spécialiser, mais aussi de mourir.

La première étape, appelée « **l'initiation** », correspond à une lésion majeure au niveau de l'ADN d'une cellule saine, sous l'influence de l'environnement (tabac, soleil, alimentation) de certains agents chimiques ou physiques, ou encore de certains virus comme le papillomavirus humain (HPV)¹⁰. Cette altération, cette mutation génétique, le génome humain est en mesure de la réparer, notamment grâce au système immunitaire du corps qui dispose de « cellules tueuses » capables de détecter ces cellules anormales et de les éliminer. C'est seulement lorsque ce système immunitaire est défectueux ou débordé que la cellule conservera la ou les mutations et échappera au système de régulation.

Dans un deuxième temps, appelé « **la promotion** », la cellule ainsi transformée va se développer et proliférer en formant un groupe de cellules identiques.

Enfin, dans une dernière phase, « **la progression** », cette même cellule va acquérir les caractéristiques de la cellule cancéreuse et pouvoir évoluer via le sang, la lymphe, jusqu'à former des métastases¹¹. Parmi ces caractéristiques figurent une non réceptivité aux signaux qui favorisent ou freinent la division cellulaire et donc une capacité à se diviser indéfiniment, mais surtout une capacité à échapper au processus de mort cellulaire programmée. En d'autres termes, une cellule cancéreuse est une cellule qui « refuse de mourir ». Il est assez troublant de constater qu'une maladie pouvant causer la mort est une prolifération de cellules voulant continuer à vivre !

Ainsi se dégagent deux axes majeurs dans l'apparition du cancer :

- l'axe génétique et épigénétique¹², c'est à dire l'apparition du cancer du fait de prédispositions génétiques et/ou épigénétiques ;
- l'axe immunitaire, c'est à dire l'apparition du cancer à cause d'un système immunitaire fragilisé ou débordé comme c'est le cas du cancer du col de l'utérus dont le processus de cancérisation passe par la prolifération du papillomavirus.

⁸ cf. sources Institut National du Cancer

⁹ Ensemble des chromosomes et des gènes (d'une espèce, d'un individu).

¹⁰ HPV : abréviation pour « Human Papilloma Virus » ; cf. sources : « Le cancer du col de l'utérus » de Roger Dachez, chapitre 2, p 20-34

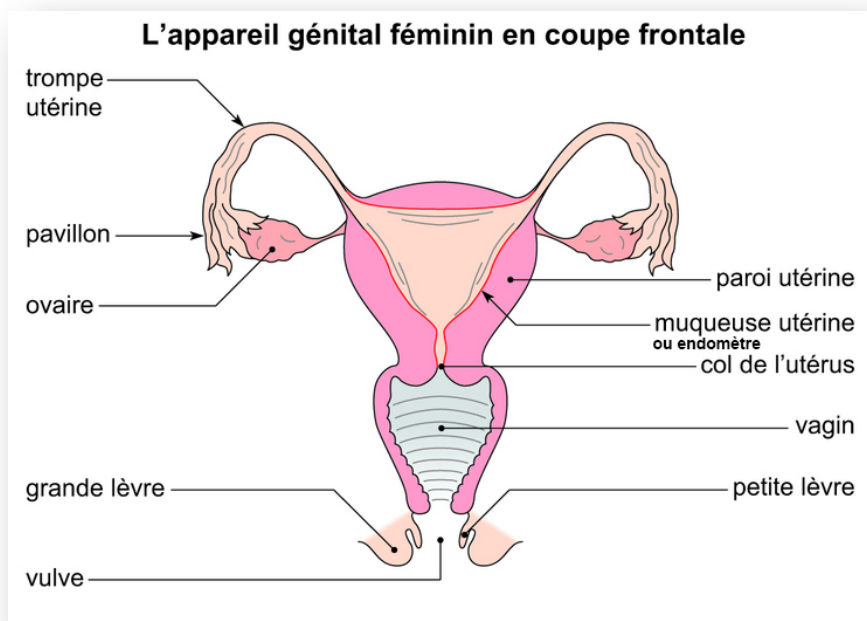
¹¹ cf. lien internet « les mécanismes de la cancérisation »

¹² Se reporter au chapitre suivant.

Aussi, nous verrons plus bas en quoi l'épigénétique rejoint les observations d'analyse transgénérationnelle et en quoi les traumatismes vécus par les ascendants peuvent impacter le génome humain ou le système de défense immunitaire des générations suivantes.

L'appareil génital regroupe l'utérus (col et corps de l'utérus), les ovaires, l'endomètre, les trompes, la vulve et le vagin. Etant donné la rareté des cancers des trompes, du vagin ou de la vulve, le

cancer de l'appareil génital concerne plus communément le cancer du col de l'utérus (partie basse de l'utérus), le cancer de l'utérus (partie haute de l'utérus) et le cancer de l'endomètre (muqueuse utérine : le plus fréquent en France).



Je ne manquerai pas de différencier ces organes dans l'accompagnement de ces patientes, considérant le rôle de chacun dans les différents aspects de la reproduction, rôle qui sera sans doute signifiant pour ces femmes ayant été touchées par le cancer. Aussi

est-il important de noter que le cancer de l'ovaire pourra trouver son sens dans l'exploration des différents aspects de la fertilité, de la fécondation, de l'origine ou de la filiation, tandis que le cancer de l'endomètre ou de l'utérus pourra alimenter une réflexion sur la sexualité, l'embryogenèse, la gestation ou l'accouchement.

Enfin, l'approche du symptôme s'effectuera dans l'observation et l'analyse de sa représentation psychique (avec un travail de symbolisation par l'image) et dans la mise en lumière de ses possibles bénéfices secondaires. Je me rapprocherai donc notamment de l'approche du psychosoma de Joyce McDougall qui considère les manifestations psychosomatiques comme des « *actes-symptômes* » au même titre que les addictions ou toutes les « *tentatives de décharger autrement quelque chose qui n'a pas pu être élaboré psychiquement*¹³ ».

Le cancer de l'appareil génital est donc une maladie qui vient questionner l'origine, la sexualité et la matrice originelle. Nous verrons à quel point ces notions sont intrinsèques à la génétique, l'épigénétique, la psychanalyse et l'analyse transgénérationnelle.

2 – A l'heure où le déterminisme ne suffit plus à éclairer le cancer.

Le glissement de la génétique à l'épigénétique, du traitement médical vers de nouvelles approches thérapeutiques ainsi que les résultats obtenus dans le traitement des polysomatisants par la clinique du psychosoma, ne cesse de nous montrer les limites d'une approche qui se voudrait uniquement axée sur le déterminisme scientifique ou l'accompagnement psychologique exclusivement centré

¹³ cf. sources : « Psychosoma » Joyce McDougall ERES / Cancer(s) et psy(s) 2014/1 n°1 p 169 à 172.

sur l'intrapsychique. Tout porte à croire en effet que c'est par un accompagnement systémique et transdisciplinaire que nous arriverons à gagner du terrain sur les effets physiologiques et psychologiques des maladies comme le cancer.

Aussi jusqu'à très récemment, les recherches scientifiques et génétiques ne se préoccupaient pas de soigner, mais plutôt de trouver et prouver les causes et les facteurs de risque du cancer, permettant ainsi des découvertes majeures utiles pour diagnostiquer les stades précancéreux (type cancer du col de l'utérus ou cancers d'origine génétique) et sauver de nombreuses vies. Pourtant le constat actuel questionne, car comme le dit Edith Heard sans sa conférence « *Une brève histoire du cancer, génétique et épigénétique* »¹⁴, le cancer, contrairement à ce que l'on pense, est une maladie qui existe depuis toujours puisque « *les premiers textes qui relatent du cancer datent de l'époque égyptienne* ». Ce n'est donc pas la « maladie de notre siècle » comme certains la nomment et elle n'est pas uniquement due aux facteurs environnementaux tels que le tabagisme, la pollution, l'alimentation... Par ailleurs, « *on ne sait pas guérir directement les mutations génétiques ni les problèmes chromosomiques* », souligne Ariane Giacobino¹⁵, chercheuse et médecin généticienne agrégée à l'hôpital et la faculté de médecine de l'université de Genève. Seulement 7 % des cancers gynécologiques seraient génétiquement transmissibles en comptabilisant le cancer du sein (5 à 10 %), le cancer de l'endomètre (2 à 5 %) et le cancer de l'ovaire (10 %)¹⁶. Ce qui fait que nos espoirs de traitements par diagnostics précoces et génétiques s'en trouvent considérablement amoindris, surtout pour les cancers de l'utérus et de l'endomètre. Ainsi que je l'ai souligné plus haut, même les découvertes majeures sur le cancer du col de l'utérus et notre capacité à le diagnostiquer et le traiter en amont ne suffisent pas à l'éradiquer. Aussi les découvertes récentes dans le domaine de l'épigénétique (cf. plus bas) posent deux questions :

- Explorons-nous vraiment toutes les possibilités thérapeutiques et préventives autour du cancer ?
- Quelle est la qualité de l'accompagnement psychologique des femmes en rémission dans l'après-soin ?

Quand les découvertes en épigénétique viennent nourrir les observations de la clinique transgénérationnelle :

Il y a déjà 4 ans¹⁷, une découverte scientifique majeure vient bouleverser le champ des sciences humaines : « *les traumatismes subis laissent une trace biologique dans l'ADN, ces traces ne sont donc pas seulement psychiques* »¹⁸, énonçait Ariane Giacobino lors d'une de ses conférences. C'est l'équipe du professeur Alain Malafosse¹⁹ du département de psychiatrie de l'UNIGE, en collaboration avec le Département de génétique et de développement à Genève qui en est à l'origine, en découvrant après une étude sur 101 sujets réalisée en 2011, que certaines pathologies psychiatriques telles que la bipolarité, étaient en réalité le résultat d'une modification des mécanismes de régulation des gènes suite à des expériences délétères telles que la maltraitance, les abus, viols... vécus par nos ascendants.

¹⁴ cf. sources / vidéos et liens internet / Edith Heard (les cours et les conférences d'Edith Heard, Chaire d'Epigénétique et mémoire cellulaire au Collège de France)

¹⁵ cf. sources : « Peut-on se libérer de ses gènes ? » Ariane Giacobino, p200.

¹⁶ D'après l'institut national du cancer.

¹⁷ cf. article sources « Nos gènes aussi subissent des traumatismes » Le monde.

¹⁸ cf. sources (Ariane Giacobino vidéos)

¹⁹ cf. sources (Alain Malafosse article)

Les nombreuses découvertes précédentes allaient dans le sens commun de ces traces de traumatismes vécus par nos ancêtres et transmises aux générations suivantes par des mécanismes épigénétiques :

- 2005 : Michael Skinner, chercheur à l'université de Washington avait pu observer la persistance de marqueurs épigénétiques à travers les générations sur des souris exposées à des perturbateurs endocriniens²⁰ ;
- 2005 : Yehuda met en lumière une transmission intergénérationnelle du stress²¹.
- 2007-2008 : Lumey et Heijmans démontrent des variations épigénétiques et des troubles psychologiques chez les personnes nées de mères ayant souffert de malnutrition pendant leur grossesse²² lors de la 2^{ème} guerre mondiale en Hollande ;
- 2010 : Ariane Giacobino observe chez les souris la transmission sur 3 générations de marqueurs épigénétiques en lien avec une exposition à un pesticide²³.

Or, en reprenant les étapes biologiques de ces mécanismes épigénétiques (cf. annexe : « qu'est-ce que l'épigénétique »), on peut s'apercevoir qu'ils sont eux-mêmes à l'origine du développement de certaines maladies telles que le cancer.

Transmissions épigénétiques et transmissions transgénérationnelles :

La transmission épigénétique transgénérationnelle est observée en 2005, lors des travaux du chercheur Michael Skinner de l'université de Washington sur des rates gestantes exposées à des perturbateurs endocriniens. Il a ainsi pu observer la persistance de ces marques épigénétiques à travers les générations. Ariane Giacobino observera elle-même, en 2010, une transmission de marqueurs épigénétiques sur 3 générations de souris, dont la première aura été exposée à des pesticides.

Ce type de transmission sur 3 ou 4 générations est l'un des fondements de l'analyse transgénérationnelle qui met en lumière des liens possibles entre des malaises psychiques chez les descendants et des traumatismes vécus par les ascendants. Que ce soit sous forme d'identifications au fil des générations, de répétitions inter ou transgénérationnelles²⁴, de fantôme, ou de secret, les transmissions sont en effet au cœur de notre pratique. Serge Tisseron lui-même avait observé de manière similaire aux observations biologiques de Skinner les répercussions psychiques transgénérationnelles du secret, sur trois générations²⁵. Il identifie donc ce qu'il nomme les « ricochets » d'un secret de famille sur trois générations. A la première génération, celle du secret, il parle « d'indicible » (incapacité à dire), à la deuxième « d'innommable » (incapacité à nommer) et à la troisième « d'impensable » (incapacité à penser l'idée et donc l'existence même du secret). Au cours de ces 3 générations, et comme en épigénétique, l'information n'est pas visible (de même que le cancer ne se transmet pas de façon directe par l'ADN), mais si l'on observe l'expression de cette information, comme les mimiques, les comportements adaptatifs et relatifs à ce secret, le secret se devine.

Que ce soit dans l'épigénétique ou dans la clinique transgénérationnelle, nous observons donc des « héritages psychiques » qui laissent des traces, des cicatrices dans notre ADN et notre psyché et

²⁰ cf. sources : Skinner, 2005.

²¹ cf. sources : Yehuda, 2005.

²² cf. sources : Lumey, 2007, Heijmans, 2008.

²³cf. sources : Ariane Giacobino : « peut-on se libérer de ses gènes », p119

²⁴ cf. Sources : « la transmission transgénérationnelle » DE NEUTER Patrick, p45 dans « le transgénérationnel », cahiers de psychologie clinique, 2014,

²⁵ cf. Sources : « Les secrets de famille » Serge Tisseron p58-59.

qui se transmettent au fil des générations, aboutissant à une symptomatisation psychique ou/et physique. Aussi, pour ne pas être emportés dans l'aspect vertigineux des traumatismes transgénérationnels et leur transmission aux générations suivantes, il me semble primordial de mettre en avant le caractère réversible de ces mécanismes qui, contrairement à l'aspect irréversible de l'hérédité génétique telle qu'on l'entendait jusqu'à aujourd'hui, nous ouvre la porte d'une marge de manœuvre thérapeutique.

La réversibilité des mécanismes épigénétiques :

C'est ce que souligne Ariane Giacobino dans son livre : « *Nous avons la preuve que ces marques – qui jouent un rôle dans la réponse à certains facteurs environnementaux, comme le stress ou l'exposition à des toxiques, et participent au développement d'infertilités, d'affections psychiques, de cancers – peuvent disparaître, et le gène retrouver son fonctionnement normal...* »²⁶. Aussi, ne pouvant isoler complètement les paramètres influençant les sujets ayant participé aux études, on ne sait rien de l'élément, du facteur clef ou de la combinaison de facteurs qui pourraient être à l'origine de cette disparition. En revanche, Ariane a elle-même pu effectuer une recherche test sur les effets de l'acupuncture, sans trop d'attentes au départ et aura été stupéfaite par le résultat : « *sur huit patients ayant mené l'étude jusqu'à son terme, les résultats montrent clairement un effet massif de l'acupuncture sur le gène BDNF (gène déterminant dans les troubles de l'anxiété et le burn-out)* »²⁷. Nous savons que certains symptômes et maladies sont réversibles, notamment par la clinique du psychosoma. Maintenant, nous savons que les marques épigénétiques à l'origine de ces maladies le sont aussi.

Le point commun essentiel qui se tisse donc entre l'épigénétique et l'analyse transgénérationnelle est la nuance entre hérédité et héritage. Là où l'hérédité induit l'immuable, l'inné, l'héritage lui, admet que nous sommes tous prédéterminés génétiquement, épigénétiquement, biologiquement, psychiquement et culturellement d'un héritage qui se transmet au fil des générations, mais que cet héritage est transformable et muable.

Cette découverte est majeure pour les patientes ayant été touchées par un cancer gynécologique, car elle leur ouvre des perspectives dans la transmission de ce cancer à leur descendance. Elles auront quelque chose à répondre à la question « *Vais-je transmettre ce cancer à ma fille ?* » ou à « *Maman, crois-tu que je vais moi aussi avoir un cancer de l'ovaire ?* ».

Conclusion:

En conclusion, nous pouvons dire que les traumatismes laissent des traces, des « cicatrices épigénétiques », qui ne sont plus simplement inscrites dans notre psychisme, mais bien dans notre ADN. De cette manière, ils se transmettent donc psychiquement et physiologiquement, de façon intergénérationnelle et transgénérationnelle. Les liens entre les traumatismes vécus par nos ascendants et les conséquences physiologiques sur les descendants d'une même famille ne sont donc plus à prouver. Ainsi les sciences viennent étayer les observations et hypothèses qui étaient déjà faites dans le domaine de la clinique psychosomatique mais surtout de la clinique du transgénérationnel.

La première fenêtre de marge de manœuvre offerte par ce regard épigénétique est la réversibilité qui pose la question d'ouvrir un peu plus le monde du soin aux accompagnements thérapeutiques.

²⁶ Ariane Giacobino « Peut-on se libérer de ses gènes ? » p200 chapitre « de la réversibilité des modifications épigénétiques ».

²⁷ Ariane Giacobino « Peut-on se libérer de ses gènes ? » p215 chapitre « de la réversibilité des modifications épigénétiques ».

Le second axe de réflexion s'oriente autour de l'apport d'un regard transgénérationnel dans cet accompagnement. La maltraitance, les traumatismes (guerres, viols...), les expériences délétères, les famines, les flux migratoires ont des conséquences transgénérationnelles psychiques et épigénétiques transmissibles de génération en génération. J'interroge donc, dans le cas du cancer de l'utérus ou de l'ovaire, l'impact ultérieur et transgénérationnel des IVG, fausses couches non élaborées, deuils d'enfants morts trop jeunes, séparations traumatisantes à la naissance ou dans la petite enfance, viols, et toutes les autres expériences pouvant faire trauma dans la vie d'une femme ou de son enfant. En d'autres termes, je questionne la possibilité que ce type de traumatismes non élaborés puisse, par transmission épigénétique et psychique, participer à engendrer un cancer gynécologique 3 ou 4 générations après et puissent en ce sens nourrir les fondations d'un accompagnement thérapeutique de ces femmes dans l'après-cancer.

C'est la pertinence de cette question qui a été entendue au Pôle mère-enfant de la maternité de Verdun et qui a permis une étude sur quatre femmes en rémission, ayant été touchées par un cancer gynécologique.

3 – Le cancer de l'appareil de reproduction, au regard de l'analyse transgénérationnelle : quatre femmes volontaires

Les quatre femmes ayant participé à cette recherche sont les quatre premières femmes choisies au hasard parmi l'ensemble des vignettes cliniques qui correspondaient aux critères de la recherche, et ayant été préalablement appelées par la sage-femme coordinatrice du service. Elles ont donc toutes les quatre accepté de participer à cette recherche, pour l'une ou plusieurs des raisons citées en introduction. Si nous avons contacté toute la patientèle du service cancérologie, le taux de volontaires aurait probablement été de 80 %. Cet article pourrait donc être le fruit d'une recherche clinique plus approfondie.

Les patientes ayant ainsi accepté de participer à cette recherche ont bénéficié d'un axe d'accompagnement similaire pour me permettre de dégager un éventuel pattern qui pourrait être un appui dans leur recherche de sens. Elles ont par ailleurs toutes été informées du caractère analytique de cette recherche visant à étudier le cancer de l'appareil génital sous un regard transgénérationnel, lors de 3 séances de travail d'une heure et demie, avec la possible nécessité d'effectuer des recherches généalogiques. Aucune hypothèse de départ ne leur a été formulée pour ne pas biaiser ou orienter le sens qu'elles pourraient donner à leur symptôme. Leur ont simplement été exposés le cadre de la recherche (étude du cancer de l'appareil de reproduction féminin), de l'analyse transgénérationnelle et des séances de travail (3 séances d'une heure trente) ainsi que les évolutions potentielles dans leurs relations amicales ou interpersonnelles familiales. Certaines d'entre elles ont donc souhaité poursuivre un accompagnement plus approfondi après avoir constaté une amélioration de leur état émotionnel, mais l'article n'exposera que le travail effectué lors de cette étude. Pour préserver confidentialité et anonymat, des pseudonymes ont été choisis en accord avec elles.

La première séance avec chacune d'entre elles m'a tout de suite indiqué le caractère spécifique d'un tel accompagnement, du fait d'une exploration préalable de leur généalogie. Elles étaient soit animées par leur confiance en leur chirurgien ayant recommandé ce travail de recherche, soit par l'introduction à ce type de travail lors des recherches généalogiques qu'elles avaient déjà faites en oncogénétique. En effet, leur « empressement » à me donner des informations sur leur généalogie et à donner du sens à ce « cancer » qu'elles avaient tant de mal à se représenter psychiquement, m'ont conduite à accueillir une accélération inhabituelle du travail dès la première séance. Je mesurais dès lors cette peur saisissante de la mort, que la maladie et les recherches en

oncogénétique avaient pu participer à créer chez ces femmes. C'est le cas par exemple de Jackie Campuzano, qui se présente au Pôle mère-enfant avec des recherches préalables, des pistes de lectures trouvées de façon autonome, et une certitude que « *sa relation à sa mère a cramé son utérus* ».

- Le cancer comme « l'héritage des mauvaises mères » :

Jacqui Campuzano est une femme de 70 ans, née le 28 novembre 1948. Son cancer de l'endomètre qu'elle dit être « *purement psychologique* » a été diagnostiqué « *juste à temps* », suite à des douleurs abdominales en 2016. Elle a pu observer de nombreux autres cancers et de nombreux liens dans l'histoire de sa famille et qui constituent l'objet de sa démarche. En ce sens, elle espère pouvoir éradiquer le risque d'une récurrence et protéger ainsi sa fille. Elle m'explique d'abord que, pour elle, le cancer a commencé de façon asymptomatique et invisible à la mort de sa mère en 2009 (qui décède, alors atteinte de la maladie d'Alzheimer, des suites d'une « *fausse route* » pulmonaire). Elle a une cousine germaine ayant également été touchée par un cancer de l'endomètre suite à la mort de sa propre mère, décédée également de la maladie d'Alzheimer un an avant. La concomitance de ces 2 événements la questionne.

Je comprends dès la première séance que Jackie est une enfant parentifiée qui grandit dans un climat familial et scolaire où règne la violence (coups de trique, de martinet) et la nécessité de s'occuper de sa mère infirmière, dépressive et suicidaire. Ce contexte la conduit à être malade toute son enfance pour obtenir l'affection d'une mère « *qui ne voulait pas de fille* », subissant vraisemblablement un schéma familial où les aînés s'occupent des parents et des enfants de la fratrie et où les enfants sont un poids à porter pour les parents. Les garçons quant à eux, sont « *mis sur un piédestal* ». Elle me confie qu'elle est née dans une famille de « *mauvaises mères* » n'ayant d'autre choix, manquant toutes de soins et d'affection dans l'enfance, que de reproduire un lien mère-fille altéré. C'est en tout cas ce qu'elle comprend de sa relation à sa mère et à sa fille. Ainsi l'anamnèse familiale s'étend facilement sur plusieurs générations.

Dans cette anamnèse familiale, elle relate avec affection la vie de sa grand-mère maternelle qui « *a travaillé dur à la place de ses parents pour s'occuper de sa mère et de ses frères et sœurs* », dans un contexte de guerre, à Jonville, au sein d'une famille d'une extrême pauvreté. Un contexte qui se retrouve dans la carte que je lui demande de choisir pour représenter son cancer.



Image 1 : Le « poids à porter des enfants »

Le travail de représentation de son cancer par une carte associative lui permet d'identifier sa maladie comme étant en relation étroite avec « *le poids des enfants à porter* » de son système familial (cf. image 1 ci-contre), ce qui lui apporte un regard nuancé par rapport à sa première interprétation exclusivement centrée autour de la relation mère-fille. Elle a également pu identifier « *l'absence des hommes* » qui partent au loin (cf. hommes avec des sacs) laissant aux filles aînées la responsabilité de faire manger la famille entière. La profonde tristesse contactée à la lecture de cette carte lui donne accès à un possible traumatisme non élaboré de son système familial et la questionne. Jackie se remémore alors la vie difficile de ces agriculteurs très pauvres et éprouve un certain soulagement à imaginer ce labeur qui vient comme élaguer la culpabilité des « *mauvaises mères* », ce « *poids* » à porter étant alors rapporté à

un contexte précis lié à la survie. Cette carte, en signifiant l'absence des hommes, a également pu rappeler à Jacquie l'un des bénéfices secondaires de son cancer : « *garder son mari près d'elle* », qui avait tendance à être « *un homme absent* » avant l'annonce de la maladie. Autant de sens lui permettant de se réapproprier son vécu et de symboliser son cancer.

Cette réhabilitation des mères de sa famille s'est poursuivie lors de la réalisation de son génogramme (cf. image 2), alimenté de toutes ses recherches qui lui permettent de contextualiser un peu plus son anamnèse familiale. Jacquie a même apporté un livre « *Emilienne, 1917* »²⁸ qui retrace l'itinéraire de sa grand-tante de 13 ans, réfugiée de la Première Guerre mondiale, témoignant d'un travail d'investigation pointu. Ainsi, nous reprenons en détail l'anamnèse de la vie de cette famille de Jonville et nous arrivons petit à petit à la génération de Marie Berthes Henri et à celle de ses enfants. En se plongeant ainsi dans le contexte terrifiant de la guerre 14-18, les détails désolants de la vie de cette famille émergent : 5 enfants mineurs à nourrir en plein rationnement, 3 enfants morts en bas-âge avant la guerre. Le dernier naîtra juste après la mort de son propre père, Jules Edmond André. Il laissera donc cette famille à la seule charge de leur mère Marie Berthes en 1905²⁹ qui, aveugle, ne sera pas en mesure de s'en occuper seule. Petit à petit, Jacquie prend conscience de la souffrance ressentie par sa grand-mère maternelle Célestine, obligée de prendre en charge toute sa famille avec l'aide de sa tante. Une souffrance qui n'a sans doute pas trouvé de sens dans l'esprit de cette jeune fille de 17 ans. Elle comprend aussi la grande colère ressentie contre sa mère Marie Berthes, qui « *n'avait pas su les protéger* ». Puis elle peut imaginer, la ressentant aujourd'hui avec cet outil, la culpabilité de cette dernière femme, aveugle, ayant perdu 3 garçons en bas âge (7 mois, 2 ans et 1 an) dont deux à deux mois d'écart, puis son mari en 1905, juste avant la naissance de son dernier né, Emile. Que pouvait-elle ressentir en 1905, en plein

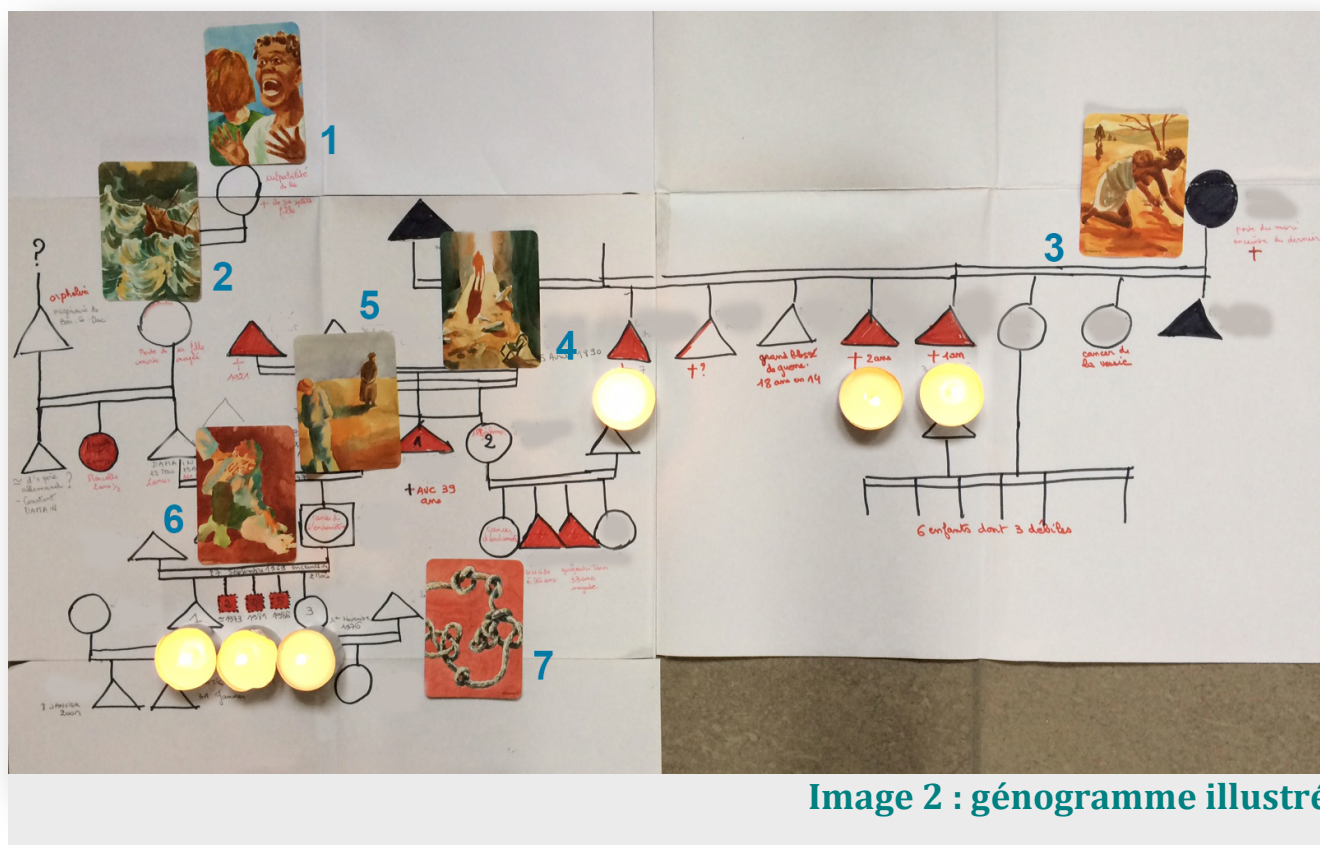


Image 2 : génogramme illustré

²⁸ cf. sources Claudie Lefrère-Chantre « *Emilienne, 1917, itinéraire d'une jeune Française réfugiée de la Première Guerre mondiale* »

²⁹ cf. l'arbre simplifié des mauvaises mères plus bas.

veuvage, encore enceinte de son dernier et après avoir vécu tant de deuils d'enfants? Comment cette femme vivait-elle son utérus ? Et lorsque 10 ans après, alors totalement aveugle, elle se trouve dans l'incapacité de protéger et nourrir ses enfants pendant la guerre ? Que ressent alors cette femme de sa capacité à être une bonne mère ? Où est-elle pendant la guerre et comment fait-elle pour survivre? Toutes ces questions viennent nourrir l'empathie de Jacquie pour cette femme. En observant son génogramme ainsi achevé, même sans avoir eu le temps d'y mettre tous les noms et prénoms, elle est atterrée par tous ces triangles rouges, toutes ces morts de garçons ou de jeunes hommes (avant 40 ans). Nous avons alors allumé des bougies pour les 3 morts enfantines, les 3 fils de Marie Berthes, puis nous avons fait de même pour ses 3 IVG. Ce miroir à 3 générations d'écart (cf. image 2) est édifiant pour Jacquie, qui comprend le lien à son arrière grand-mère maternelle, que ce soit dans sa relation avec sa fille, dans celle avec sa propre mère ou dans la contraction de son cancer.

Elle replacera la carte associative de la dernière séance, choisie pour représenter son cancer, sur le personnage de Marie Berthes, dont elle se rend compte savoir si peu, mais sentir tant, et nous terminerons la séance sur cette émotion et cette empathie, à la lumière des 6 bougies. Ce travail de représentation symbolique des femmes de l'arbre lui apportera un éclairage supplémentaire à la séance suivante, notamment sur la branche paternelle et sur les morts enfantines. La carte du cri viendra représenter la détresse et l'épouvante ressenties par son arrière grand-mère paternelle qui retrouva sa petite fille Paulette - alors âgée de deux ans et demi - noyée dans le lavoir alors qu'elle était sous sa surveillance. Celle du naufrage³⁰ viendra illustrer la détresse de sa grand-mère paternelle, touchée jusque dans son utérus (la barque) juste avant la naissance du père de Jacquie (qu'elle nommera d'ailleurs Paul, car probablement encore endeuillée). Elle pourra également tisser des liens entre la vie « *de chien* » qu'aura vécue son arrière grand-mère maternelle et le désordre et le chantier de la vie de sa grand-mère maternelle³¹, délivrée par la mort. Sa relation à sa mère s'éclairera également lorsqu'elle comprendra l'impossibilité pour elle de se représenter séparée d'elle. La carte représentant sa mère, partant au loin et la laissant devant, tête baissée, ainsi que la carte la représentant elle, pleurant son chien mort (sa mère) seront les témoins de cet « *attachement viscéral et destructeur* ».

Cette relation, on le voit bien, dédouble les personnalités sans qu'elles puissent véritablement communiquer entre elles. « *Des vies de chien* » me dit-elle, qui s'éteignent de façon concomitante avec Alzheimer, créant autant d'oubli et d'incompréhensions concomitantes, de nœuds³² chez les deux cousines ayant été touchées par le cancer de l'endomètre.

Des nœuds qui se démêlent avec ce travail pour Jacquie qui partage que « *cette approche fouillée de la résurgence des traumatismes du passé lui a ouvert les yeux et l'a aidée à reconsidérer ses certitudes quant à la provenance de sa maladie, changeant son regard sur les causes de ce cancer* ».

Ce travail sur 3 séances d'une heure et demie lui aura également permis :

- de poursuivre son anamnèse personnelle lors du génogramme et de pouvoir ainsi sentir et confier sa culpabilité, liée à « *son incapacité à protéger sa fille du viol vécu à ses 14 ans* » et à « *son incapacité à garder ses enfants* » lors de ses 3 IVG ;
- de confier son propre traumatisme de rapport non consenti³³ à 18 ans, dont son fils est le fruit, et de lever le jugement sur son « *incapacité à l'accueillir si jeune* », encore étudiante ;

³⁰ cf. carte n°1 et carte n°2 sur l'image

³¹ cf. carte n°4 et carte n°3 sur l'image

³² cf. carte 7 sur l'image cf. carte n°5 sur l'image

³³ Rapport sexuel dont elle craignait la possible grossesse.

- de réhabiliter les « mauvaises mères » de l'arbre en contextualisant la vie de son arrière grand-mère maternelle par une anamnèse familiale poussée ;
- de déceler la répétition des enfants morts de son système au travers de ces propres IVG, d'observer et de comprendre l'identification à son arrière-grand-mère maternelle comme possible origine de son cancer et de s'en dégager par un rituel de bougies et l'amorce d'un travail de deuil ;
- de comprendre pourquoi les garçons sont si importants dans la famille en observant qu'ils meurent (hommes et enfants) tous trop jeunes et donc d'y donner un sens autre que celui d'une préférence liée au sexe ;
- d'observer le chemin de la culpabilité des mères, au sein des relations mère-fille ;
- de faire le bilan de tout ce que les mères de son arbre ont subi comme traumatismes lourds (IVG, morts d'enfants, viols, solitude, guerre), de prendre la mesure de tout ce qu'elle a elle-même traversé dans son corps et son utérus (viol, avortements, grossesse non désirée) et de les mettre en lien avec une possible somatisation de cancer d'un « utérus qui souffre » ou même d'un « utérus hanté » par les fantômes de l'arbre ;
- d'aborder une transmission similaire du fantasme des « mauvaises mères » dans la branche paternelle avec les traumatismes d'abandon et d'enfant mort noyé, venant alimenter inconsciemment la culpabilité chez les femmes de l'arbre.

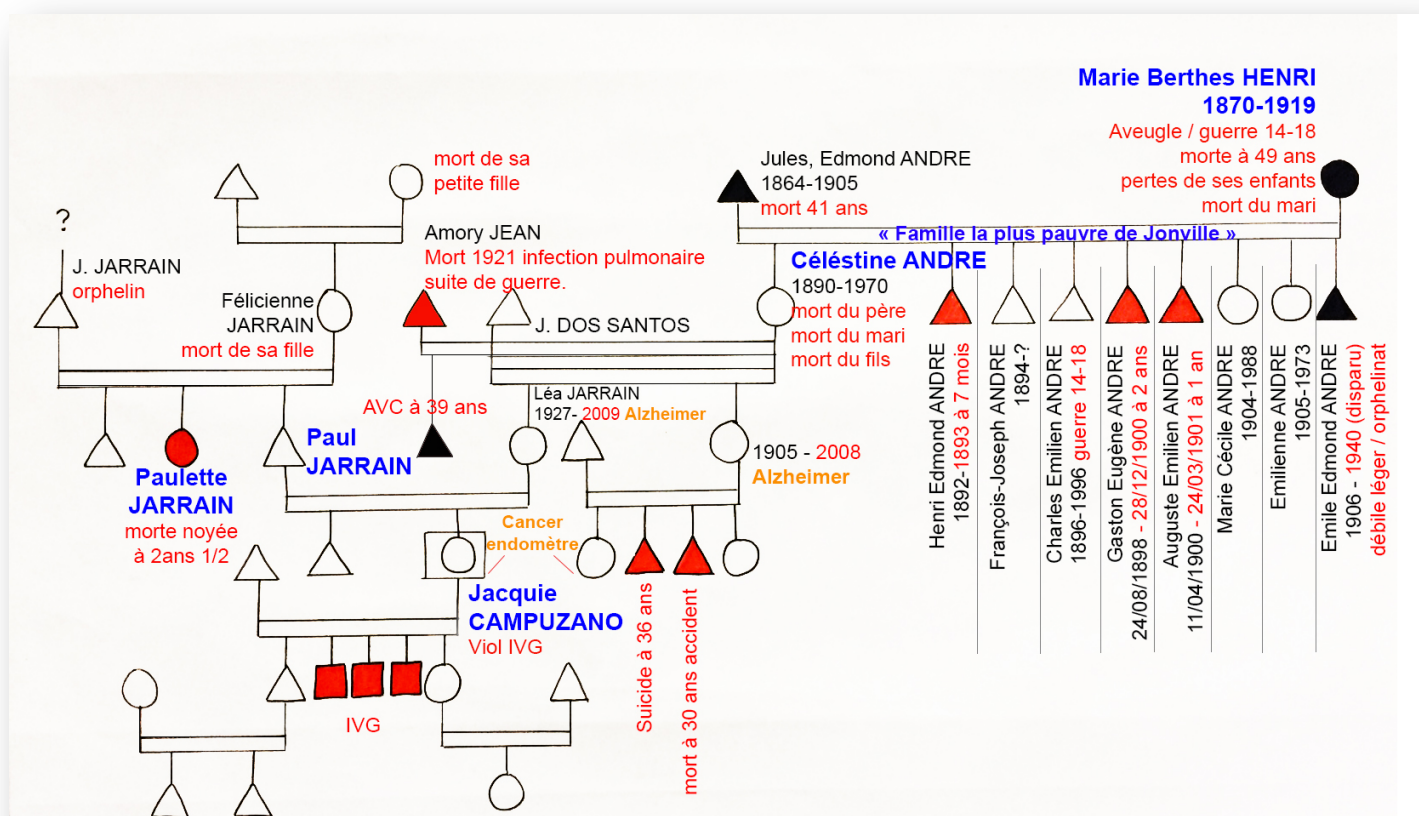


Image 3 : Les « mauvaises mères »

L'histoire familiale de cette femme et son implication dans cette démarche thérapeutique sont révélatrices de la nécessité de donner du sens au cancer de l'utérus. Au moment de l'annonce de son cancer, elle témoigne : « *J'étais moi et je n'étais pas moi, une personne dédoublée* » comme si le cancer venait incarner en elle une autre personne. Dédoublée en qui ? Ce travail en

transgénérationnel est venu lui signifier, éclairant une identification à sa mère, mais également à l'une de ses ancêtres qui nécessitait d'être réhabilitée. Le fantasme des « mauvaises mères » illustrant une mémoire traumatique³⁴ figée dans le temps, semble s'être transmis de mères en filles dans une altération du lien maternel et une parentification des aînées. D'après John Bowlby, il apparaît dans un tel contexte que « *même avec une attention pleine de compréhension, les parents et tout spécialement les mères vont être écrasés par un sentiment de honte de n'avoir pas été capables de... donner les soins nécessaires à un enfant qui est mort*³⁵ ». Par ailleurs si l'on observe avec attention les dates de décès des jeunes enfants, on comprend que Marie Berthes est enceinte de François-Joseph lorsqu'elle perd son premier fils, de même qu'elle sera enceinte d'Emile au décès de son mari. Ainsi que le soulignent les auteurs de *Le fœtus dans notre Inconscient*, « *il semble de plus en plus certain de nos jours que nous n'avons pas avancé assez loin dans les recherches concernant la psychogenèse des troubles psychosomatiques ... Un chaînon conceptuel manque donc encore entre le transgénérationnel... et le fameux traumatisme de naissance étudié depuis si longtemps déjà*³⁶ ». Aussi, ce chaînon concerne assez justement la vie utérine, et les possibles traces et transmissions de traumatismes vécus in-utéro. « *Le souvenir visuel n'ayant pas pu se constituer in-utéro, c'est à d'autres formes de perceptions plus archaïques qu'il y a lieu de se référer* », perceptions essentiellement corporelles. Quels dégâts psychiques pourraient alors faire les traces de tels traumatismes utérins au sein de la fratrie de la famille André ? Pourrait-on imaginer qu'au travers de ces multiples deuils vécus par la mère gestante et par répercussion son fœtus, se fonde au sein de la fratrie la croyance inconsciente d'une mère incompetente, d'une « mauvaise mère » ?

Cette mémoire traumatique ne trouverait donc pas d'élaboration autre qu'un sentiment latent de culpabilité chez les mères de l'arbre, de sorte que les traumatismes vécus par les enfants deviennent la faute des mères coupables au fil des générations.

Observer les deux cancers (non génétiques) de l'endomètre chez les deux filles descendantes de cette Marie Berthes et dont les deux mères mourront d'Alzheimer à un an d'écart est également signifiant. L'oubli des traumatismes serait-il un mécanisme de défense qui aurait participé aux mécanismes de cancérisation ? Comme si le cancer de l'endomètre (muqueuse utérine intervenant dans la nidation³⁷ du fœtus) venait symboliser le traumatisme de ces gestations « perdues » ou de « l'incapacité à garder les enfants en vie » permettant au descendant une élaboration physique à défaut d'une élaboration psychique ?

A la mort de sa mère, c'est pour Jacquie la relation mère-fille et tout l'héritage transgénérationnel qui s'y rapporte qui sont rompus. Son fils se trouve alors âgé de 39 ans, l'âge moyen de décès des hommes « *morts trop jeunes* » de son arbre (Jules Edmond André 41 ans, le fils d'Amaury Jean 39 ans, Emile Edmond André 40 ans, son cousin à 36 ans). Il est probable que, dans ce contexte de deuil et de peur inconsciente de perdre son fils, Jacquie se soit retrouvée dans un syndrome anniversaire³⁸ la mettant en lien avec son arrière grand-mère Marie Berthes (faisant fantôme³⁹) et les deuils gelés⁴⁰ de morts d'enfants de son arbre. On peut supposer que c'est probablement pour cela que Jacquie a pu relever le bénéfice secondaire de son cancer - garder son mari près d'elle –

³⁴ Cf. conférence Boris Cyrulnik : « la mémoire traumatique »

³⁵ Cf. sources John Bowlby : « Attachement et perte 3 : La perte, tristesse et dépression », p162 chapitre 7 : Perte d'un enfant

³⁶ Cf. sources Jean Bergeret et Marcel Houser : « Le Fœtus dans notre Inconscient » p182 et p 183

³⁷ L'embryon d'une semaine s'accroche à l'endomètre (muqueuse utérine) qui finit par le recouvrir, c'est là que commencent les échanges entre la mère et l'embryon.

³⁸ Répétition inconsciente d'évènements similaires aux mêmes âges.

³⁹ cf. sources BRABANT Eva, *Symboles, cryptes et fantômes* : Nicolas Abraham et Maria Torok, Le Coq-Héron, 2006 et *L'écorce et le noyau*, Nicolas Abraham et Maria Torok.

⁴⁰ Deuils non faits.

répondant à une peur inconsciente de veuvage vécue et transmise par son arrière grand-mère maternelle.

Enfin, on ne peut pas écarter les traumatismes sexuels qu'ont été ceux de Jacquie, de sa fille et peut-être d'autres femmes de l'arbre dans une nécessité de survie pendant la guerre.

La sexualité me semble en effet être un aspect essentiel dans l'étude transgénérationnelle du cancer de l'appareil reproductif, tant la fonction de reproduction est interdépendante de la sexualité. C'est ce que nous rappelle le cas de Margueritte GALLIEN.

- Le cancer et l'infertilité comme défense contre les violences sexuelles de guerre :

Margueritte GALLIEN est une femme de 61 ans à la retraite après une carrière d'animatrice scolaire et d'agent d'entretien. Elle découvre son cancer des ovaires en 2011 alors qu'elle travaille dans une école maternelle, suite à des douleurs abdominales et des saignements. Après une hystérectomie et 9 séances de chimiothérapie, elle est guérie, se rend régulièrement aux visites de contrôle, mais craint une récurrence. Cherchant à donner du sens à son cancer, elle a déjà pu établir des liens, dont le fibrome de sa mère et la répétition naissante d'un schéma d'infertilité chez sa belle-fille. Sa curiosité pour la psychogénéalogie, son désir d'insuffler de la logique dans ce vécu et de répondre à la question « *Pourquoi suis-je la seule à avoir été touchée par cette cochonnerie ?* » l'amènent à participer à cette recherche.

Le travail avec Margueritte commence par une longue anamnèse médicale. Longue anamnèse, car tout un parcours gynécologique douloureux précède son cancer, accompagné de procréation médicalement assistée. Lors de ce parcours, on lui expliquera que « *le PH de sa flore vaginale est trop acide et tue les spermatozoïdes de son mari* » ou que « *son endométriose ne simplifie pas les choses* »... C'est lors du déplacement de son mari en Allemagne, en 1990, après plusieurs protocoles de FIV et de procréation médicalement assistée, qu'elle contractera son premier kyste à l'ovaire. Après avoir retiré son kyste, Margueritte reprendra un protocole de 3 FIV en revenant de ce séjour allemand en 1992. Ce protocole ne produira, une nouvelle fois, pas de résultat. En 1995, 3 années après le début des démarches d'adoption, son fils François naît et ils l'adoptent « *après une grossesse de 15 ans d'essais et démarches* ». A 38 ans, elle accueille donc son bébé de 3 mois. Ils sont outre-mer lorsqu'elle apprend qu'elle est enceinte depuis 1 mois et demi. Peu de temps après et juste après une relation sexuelle, Margueritte fait une fausse couche, une hémorragie très grave, un véritable choc physique qui lui donnera envie, je cite, « *de se couper en 2 le bas du corps pour ne plus sentir la douleur* ». Pourtant, elle assurera que « *ça ne lui a fait ni chaud ni froid de perdre cet enfant* », car elle avait déjà « *surinvesti* » son fils adoptif de 3 mois. Si elle comprend aisément le lien entre ses difficultés à ovuler et son carcinome de l'ovaire, comme venu incarner la croyance « *qu'elle n'était pas prévue pour avoir un enfant* », elle ne comprend pas pourquoi cette croyance la poursuit depuis son plus jeune âge. Margueritte éprouve le besoin d'approfondir.

En avançant dans le travail, nous revenons sur les événements ayant précédé son cancer. Lors de cette contextualisation, elle se rend compte qu'en 2010 (1 an avant de découvrir son cancer), elle est soudainement séparée de son père par la mort (cancer des poumons), de sa mère et de son frère pour des raisons qu'elle ignore et qu'elle ne comprend pas. Elle se retrouve seule, sans communication avec sa famille. Ce contexte ne manque pas de lui rappeler un traumatisme plus ancien dans l'enfance. Dyslexique, Margueritte avait été confiée à sa grand-mère pour bénéficier d'une éducation spécialisée, dès ses 8 ans. Cette séparation se poursuit jusqu'à ses 23 ans, parce que lorsque la grand-mère tombe malade, c'est à elle que sa mère confie la lourde tâche de s'occuper d'elle. C'est aussi à 8 ans que Margueritte subira l'abus sexuel d'un inconnu, en forêt

(tentative de lui imposer une fellation), abus vécu comme un véritable viol⁴¹ et qui sera son premier contact avec la sexualité. Ce sentiment d'abandon de ses 8 ans l'accompagnera jusqu'à sa relation amoureuse, que ce soit dans la traversée de sa fausse couche tardive et extrêmement hémorragique, au cours de laquelle son mari refusera de la conduire à l'hôpital, comme dans la lutte contre son cancer qu'elle voudra mener seule.

Ce long récit permet à Margueritte de réaliser que beaucoup d'événements douloureux ont « *marqué son utérus* », physiquement ou émotionnellement, à travers l'abus sexuel, la perte d'un enfant, le lien maternel rompu très jeune et toutes les interventions médicales remettant en cause un peu plus à chaque impasse ses « *capacités à être mère* ».

Cette anamnèse gynécologique se double d'une anamnèse familiale. Margueritte répertorie, sous forme de liste oncogénétique, personnage après personnage tous les cancers du poumon, du foie, de l'estomac et de l'utérus de la famille, tentant ainsi de comprendre la provenance du sien. Elle peut repérer dans cette recherche des fibromes et hystérectomies répétées du côté de sa mère mais n'établit pas tout de suite de lien avec sa grand-mère paternelle, décédée elle aussi d'un cancer. Elle soulève juste « *avoir pensé à son père juste avant son opération* ».

Elle avancera un peu plus dans la représentation de son cancer, en choisissant 3 cartes⁴² dont 2 avec lesquelles elle tissera des liens pendant cette séance de travail, la troisième carte ne prenant sens qu'au moment de la gestalt.

Image 4 : « l'oeuf bien couvé et le métronome »



La première carte (cf. image 4) représente pour elle l'ovaire avec le « *kyste qui pousse* », le gros ventre - apparemment son ventre était très gros, mais ne l'avait pas remarqué -, le mal, la mort. Elle y voit du pus, quelque chose prêt à exploser, à sortir, « *comme un œuf bien couvé* » dit-elle.

Elle confie même qu'elle a « *cuvé son cancer comme on couve un enfant* », mais n'effectue toujours pas de lien avec sa fausse couche, même si elle reconnaît l'étrangeté de son insensibilité. Elle parle d'une « *saleté qui ne devait pas tenir* »,

terme qu'elle utilisait précédemment pour parler de son cancer, comme si sa fausse couche et son cancer n'étaient qu'un.

La deuxième image représente pour elle le danger du temps, « *à chaque seconde il y a plus de métastases (de soldats) qui passent* ». Des soldats qui passent où ? Par cette représentation et tout son champ lexical, « *cette saleté, être touchée par cette cochonnerie, le cancer de l'utérus, enlever cette m... , les soldats qui passent ...* », et après avoir confié son traumatisme sexuel à 8 ans, Margueritte sans s'en rendre compte avance pas à pas sur la piste de la sexualité, des viols de guerre et de la peur inconsciente de tomber enceinte. Le métronome comme pour marquer le danger du temps : « *et plus il y en a, plus on risque de mourir, ou plus on risque d'avoir une m... à gérer* », me dit-elle. Son inconscient décrirait-il la peur de mourir en avortant de l'enfant issu d'un

⁴¹ Le viol est défini par le Code pénal (article 222-23) comme tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise.

⁴² cf. page suivante. La 3^{ème} carte sera utilisée lors de la gestalt.

viol ou de la prostitution dans un bordel militaire ? Ce n'est qu'avec le génogramme et une gestalt que Margueritte sentira cette transmission et pourra mettre en mots sa relation avec sa mère.

En dessinant un à un tous les signes représentant les personnages de son arbre (cf. image 5), nous abordons les relations froides entre mère et fille, dans la lignée maternelle. Elle se souvient en revanche avec beaucoup d'émotion de l'amour de sa grand-mère, Ginette, dont elle pressent également le « loupé » qu'elle avait dû vivre avec sa propre mère « Maman Eléonore », repérant ainsi comme un schéma étrange de lien mère-fille altéré sur « la ligne des utérus ». Elle imagine la sévérité d'une femme que la vie n'a pas épargnée. L'arrière grand-mère Eléonore s'était retrouvée seule en Algérie avec ses 3 premiers enfants en bas âge, en 1914, lorsque son mari part pour Verdun. Bien sûr se pose la question de l'état psychique et physique dans lequel cet homme rentre de la guerre d'autant que deux autres enfants naissent après-guerre. Margueritte reste sans réponse

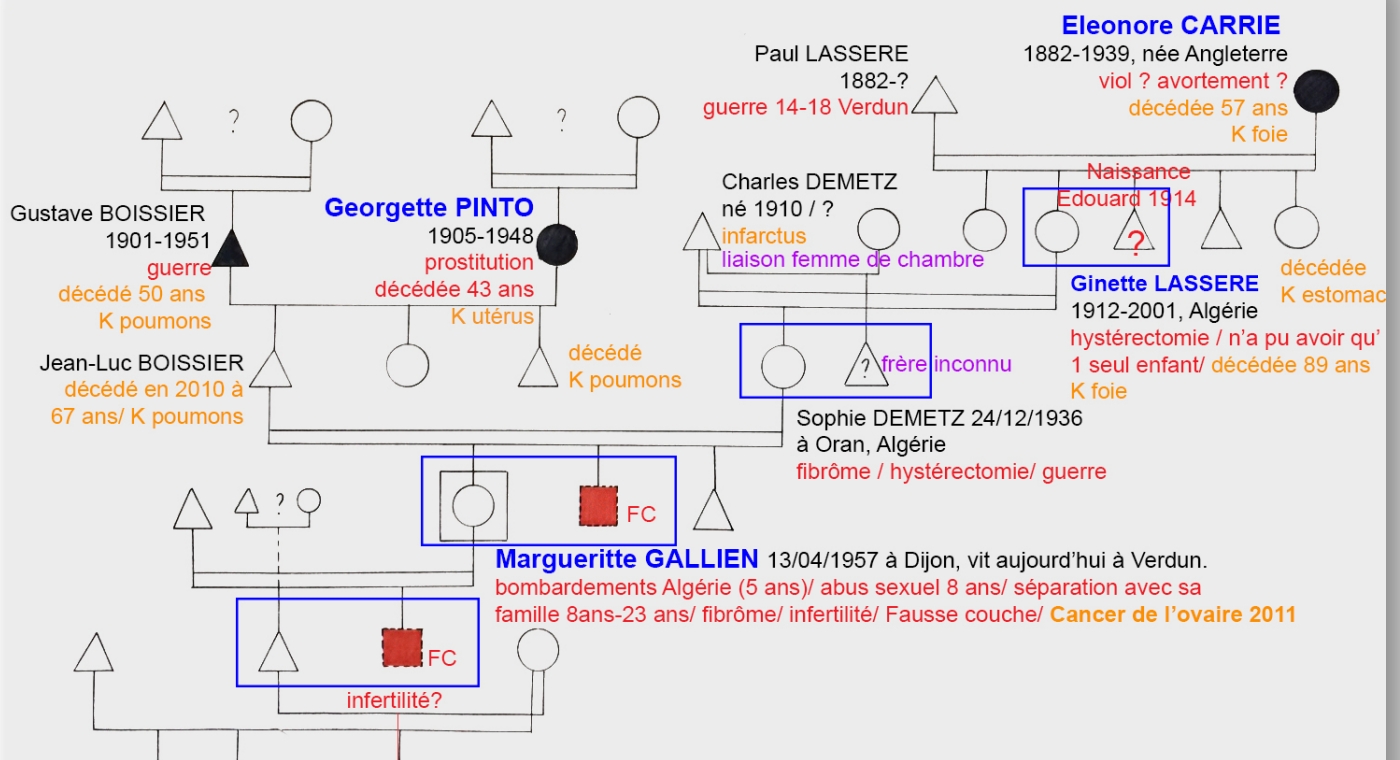


Image 5 : Infertilité et traumatismes sexuels de guerre

et avoue ne rien savoir, ni du contexte financier, ni de ce qu'aurait pu être cette vie familiale dans l'après-guerre, mais commence à se l'imaginer. Elle pressent surtout une Eléonore, dure, anglaise, d'éducation bourgeoise, soudainement seule et loin de son mari, pendant la guerre 14-18 avec 3 jeunes enfants. Comment s'est construit le lien mère-fille dans ce contexte alors que Ginette n'a que 2 ans ? Edouard vient-il de naître ou est-il encore dans le ventre de sa mère ? Dans ce contexte, comment Eléonore gère-t-elle l'angoisse de ne plus jamais revoir son époux ? Qu'arrive-t-il pendant que le mari n'est plus là ? Elle ne le sait pas, mais elle rencontrera cette Eléonore en Gestalt et pourra sentir une douleur dans son bas ventre. Aurait-elle subi une agression sexuelle ? Un viol ? Un avortement ? Toutes ces questions qu'elle se posera feront sens pour elle.

Margueritte se questionne : « *Pourquoi si peu de transmission sur le vécu de ces personnes ?* ». En dessinant sa fausse couche, puis celle de sa mère, lui revient alors le grand traumatisme de sa mère : l'existence d'un frère inconnu dont elle aurait été privée ou séparée, car fils illégitime d'une « *liaison avec une femme de chambre* » ? Ainsi, le contexte de séparation avec son frère au moment de contracter son cancer oriente Margueritte vers un commencement de sens. Puis elle imagine la grande souffrance de sa grand-mère Ginette, que l'hystérectomie rendra stérile et dont l'enfant illégitime (le frère inconnu) viendra appuyer sur la blessure... L'interrogation sur le contexte de naissance d'Edouard et sur le frère inconnu à la génération suivante, la fausse couche de sa mère et la sienne ne manquent pas de venir souligner un schéma où l'enfant qui suit l'ascendant vient marquer la mère d'un traumatisme⁴³. Ce sens soulage Margueritte, notamment dans l'optique que, grâce à elle, son fils est protégé. Etant un garçon et qui plus est adopté, il ne fait pas partie, selon elle, du schéma ainsi dégagé par le génogramme. Mettre en lumière le possible bénéfice secondaire de son infertilité comme protection de la génération future lève le voile sur une culpabilité inavouée, liée à sa fausse couche, une culpabilité probablement transmise par Eléonore. Elle pourra même à ce moment relever le bénéfice secondaire de son cancer qui lui avait permis en 2011 de renouer avec son frère - avec qui toute communication avait été coupée.

La gestalt (cf. image 6 ci dessous) réalisée avec Margueritte ne viendra que confirmer ses suppositions par des ressentis corporels. A la place de sa mère, Margueritte sentira « *du vide* » en montrant son bas-ventre. A la place de Ginette, sa grand-mère maternelle, elle ressentira un danger, puis de la souffrance, au niveau du bas-ventre toujours. A la place de son arrière grand-

mère maternelle Eléonore, elle sentira une profonde solitude et « *un vide immense* » qu'elle situe dans l'utérus une nouvelle fois, en donnant des revers de main comme pour « *balayer le mal, l'intrus* » dit-elle.

Elle ressentira aussi l'attente, une attente pleine d'angoisse qui ne manquera pas de lui rappeler sa propre attente de la guérison pendant le traitement. Toutefois, c'est à la place de Georgette Pinto, sa grand-mère paternelle, et en voyant les deux feuilles rouges ainsi

placées l'une au-dessus de l'autre qu'elle sentira le lien le plus

intense. Elle y ressent de la souffrance partout, du « *vide encore* » ; en montrant son bas-ventre, sa tête commencera à tourner, mettant en lumière une identification restée inconsciente à ce jour.

Enfin elle pourra ressentir la honte transmise, ce « *vide et cette souffrance utérine* » que rien ne peut venir soulager, soulevant une nouvelle fois l'hypothèse d'avortements inavoués. Rien, sauf peut-être le cancer, me dira-t-elle, « *qui m'a nettoyée* ».



Image 6 : Gestalt

⁴³ cf. génogramme simplifié

Dans le cas de Margueritte, on peut voir des liens se tisser entre des souffrances et des traumatismes sexuels liés à la prostitution de guerre en 39-45 en Algérie, qui entrent en résonnance avec son propre vécu. L'hypothèse d'un ou plusieurs avortements mettrait les deux branches de son arbre en résonnance également. On observe les séparations de guerre traumatisantes côté mère, impactant la relation mère-fille sur plusieurs générations (selon le même pattern que pour Jackie Campuzano), et les bordels militaires en Algérie côté père, une solution de survie pour de nombreuses femmes dont l'homme est au combat. Une guerre qui est présente jusque dans sa petite enfance, puisque Margueritte vivra elle-même les bombardements (de 1954 à 1962) en Algérie pendant, alors âgée de 5 ans. Qu'ont vécu exactement ces femmes ? Il lui faudra chercher encore. Elle a pu en revanche comprendre que son fibrome, son kyste à l'ovaire, son infertilité étaient probablement des mécanismes de défense lui permettant de la protéger d'une peur inconsciente de tomber enceinte, à travers :

- son propre discours (une « *saleté qui ne devait pas tenir* », « *couvé mon cancer comme on couve un enfant* », « *nettoyé* », « *noir dégueulasse* ») ;
- l'histoire de sa grand-mère paternelle Georgette Pinto dont on lui a raconté qu'elle « *mettait du savon dans son vagin pour tuer les spermatozoïdes* » - de la même manière qu'un gynécologue lui avait dit un jour que « *le PH de sa flore vaginale était trop acide et tuait les spermatozoïdes de son mari* » -

Cette peur, elle comprendra en gestalt qu'elle lui a été transmise par sa grand-mère paternelle, marquée par la prostitution⁴⁴ dans un contexte de guerre en Algérie - elle a alors 34 ans - et par son arrière-grand-mère maternelle dont elle peut aujourd'hui sentir le traumatisme de séparation et de solitude, enceinte, lors de la guerre 14-18. Des enfants ont-ils été issus de cette prostitution dans la branche paternelle ? Y a-t-il eu des avortements dans ces deux lignées qui auraient pu mettre en danger des femmes⁴⁵ ? Ces questions restent sans réponse certaine, sauf peut-être dans son corps. Margueritte GALLIEN y verra une répétition avec ses essais infructueux de FIV en Allemagne et son impossibilité à tomber enceinte là-bas, « *en territoire ennemi* ». De la même manière, elle comprendra pourquoi c'est en quittant l'Allemagne qu'elle tombera enceinte de façon naturelle et donnera du sens à son lieu de vie : Verdun.

Ce travail en analyse transgénérationnelle aura donc été salvateur pour Margueritte qui, suite à des recherches en oncogénétique, était restée sans réponse. Elle pourra même parler de « *nettoyage* », par le cancer et par ces séances venues apporter du sens non seulement à sa maladie, mais aussi à son parcours gynécologique douloureux. Nettoyage des traumatismes de séparation avec sa famille lorsqu'elle était petite et surtout nettoyage de traumatismes sexuels dont elle avait banalisé les effets. Nettoyage des utérus féminins de son arbre en somme.

Enfin, il est aussi intéressant de constater qu'elle adopte un fils, alors qu'à la génération précédente, un fils illégitime a été exclu, comme dans une forme de réparation liée à une culpabilité latente transmise de mère en fille ou comme un Ismaël fruit de l'union d'Agar et Abraham⁴⁶. Cette question de « défaut de filiation » se retrouve également dans le cas de Justine Beaujard dont j'ai également eu le privilège de suivre le parcours.

⁴⁴ cf. « Algérie part » dans sources.

⁴⁵ En 1942 en France, sous le régime de Vichy où la devise officielle du Gouvernement est *Travail, Famille, Patrie*, l'avortement est déclaré crime contre la Sûreté de l'État, et passible, après jugement par des tribunaux d'exception, de la peine de mort.

⁴⁶ Ismaël est un personnage de la Genèse et du Coran. Il est le premier fils d'Abraham, dont la femme Sarah était stérile. Sa mère Agar, esclave de Pharaon, était la servante égyptienne de Sarah, qui a elle-même suggéré cette union à Abraham.

- Cancer, fantôme de dévoration et secret de filiation :

Justine Beaujard est une femme de 65 ans, née en 1953. Elle a subi ce que l'on appelle « la grande opération » (une hystérectomie) un an plus tôt. Son cancer est en rémission, même si elle poursuit sa chimiothérapie toutes les 3 semaines au moment où je la reçois. Au début du protocole de recherche, son mari est en phase terminale d'un cancer de l'œsophage et mourra dans les 15 jours qui suivront. Malgré cet événement douloureux, Justine insistera pour participer aux séances suivantes, déterminée à aider et surtout à se battre contre le cancer qui l'entoure elle et son mari et à répondre à la question « *Qu'ai-je fait au Bon Dieu pour mériter cela ?* ». Elle a un fils unique et une sœur qui a elle-même un seul fils et subi une hystérectomie.

Lors de la première séance, nous reprenons donc l'anamnèse médicale. Lorsque Justine découvre son cancer des ovaires (stade 3), son mari est lui-même malade depuis 12 ans et enchaîne les cancers et récides. C'est donc en novembre 2016, après 2 mois de diarrhées, qu'elle décide de consulter. On lui retire 12 litres d'ascite du ventre. Elle est alors hospitalisée le 28 décembre suivant. Justine pesait 130 kg et ne pouvait être opérée sans perdre préalablement du poids. Elle sortira après 12 semaines (12 séances de chimiothérapie) et ne pèse plus alors que 79 kg, ce qui lui permet d'être opérée en juin 2017. Le mois suivant, elle est prise de douleurs au sein droit. On l'opère alors d'un adénome bénin pour éviter une récide. Depuis, elle est sous chimiothérapie toutes les 3 semaines. La dernière se déroulera pendant le protocole de recherche. Elle est toutefois en rémission.

Elle me livre très rapidement une lourde anamnèse familiale où les cancers semblent submerger la famille de son mari et où les pathologies gynécologiques se répètent sur la lignée maternelle (cf. génogramme « le Secret de filiation » plus bas). Elle, sa mère et sa sœur ont toutes les trois subi une hystérectomie et souffrent d'ostéoporose. L'hystérectomie de sa mère aurait été préconisée à 36 ans après avoir « *failli mourir à chaque grossesse, pour ne plus avoir d'enfants* » me dit-elle. Justine a donc toujours vu sa mère alitée pendant ses grossesses successives « *5 enfants les uns derrière les autres* » et entendu sa mère dire « *Je n'aurais pas dû avoir d'enfant* ». Le cancer des os emportera également son frère à 47 ans et le cancer du sein sa tante, côté maternel toujours.

Travailler sur la représentation de son cancer (cf. image 7 ci-contre) lui permettra de beaucoup verbaliser, de différencier son cancer de celui des autres membres de sa famille et donc de se l'approprier.

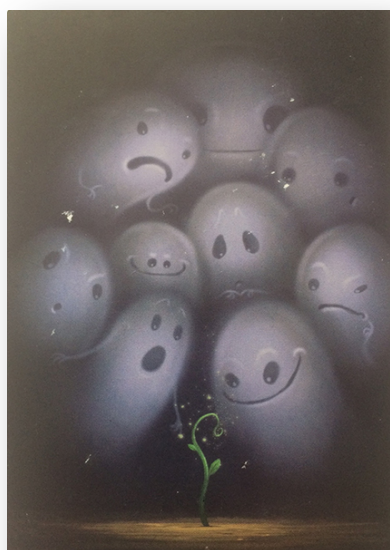


Image 7 : fantômes et dévoration

« Ce sont comme des bestioles, des fantômes qu'on ne voit pas, la nuit. Et si on les voit, on ne peut pas vraiment y croire ou on ne veut pas vraiment les voir. C'est dans le flou, ce n'est pas concret. Ce sont des morts, mais ils sont là. Ils ressemblent à des œufs et ça me fait penser à la naissance, à des enfants dans l'utérus, comme si le cancer était quelque chose qui se développe à l'intérieur du ventre, comme des fœtus d'ailleurs. »

Puis elle dit « *Pour moi la plante, ce serait l'ovaire, et si on ne fait pas quelque chose, elle est foutue. Ils n'attendent que ça de la bouffer et de l'emmener dans le monde des morts. Elle est entourée par le cancer* ». Comme dans un fantasme de dévoration de l'ovaire par les fœtus.

Elle a donc pu établir le lien entre son cancer et la relation mère-enfant. Ici, Justine voit le cancer comme une division cellulaire qu'on

ne peut stopper librement et nous amène sur une réflexion autour des grossesses et de la fécondation. Lui revient alors le douloureux souvenir de son accouchement et de la séparation avec son fils, né prématurément. Il sera placé en couveuse pendant 17 jours, manquant de peu de mourir, suite à une infection utérine après la perte des eaux. « *J'ai eu très peur qu'il meure et je n'ai pas pu le nourrir au sein ; j'ai été privée du corps-à-corps avec mon gamin* » me dit-elle, après 10 longues années d'attente avant de tomber enceinte.

Dégager le bénéfice secondaire de la maladie – rapprocher son fils d'elle - a été crucial pour elle, lui permettant d'ôter la responsabilité de son cancer à son mari avant qu'il ne meure et de mieux appréhender le processus de deuil. En effet, la récurrence du cancer de son mari en 2013 avait considérablement réduit leur mobilité et elle était « *restée bloquée* » chez elle à s'occuper de lui, alors séparée de son fils et de son petit-fils. Aborder ainsi le contexte dans lequel le cancer s'était développé nuancera le point de vue des soignants qui, jusqu'alors, expliquaient son cancer par une surdose de stress lié à l'accompagnement de son époux malade.

Lors de la deuxième séance, c'est donc avec tristesse que j'apprends la mort de son mari. Justine refuse alors d'interrompre le protocole de recherche et j'en comprends bientôt la raison. Cette démarche fait pour elle partie intégrante de sa guérison, de sa récupération, pour lever la peur de la récurrence. Suite à une conversation avec sa sœur Angélique, elle a commencé à entrevoir des liens probables. Elle méconnaissait le parcours gynécologique de sa sœur qui renoncera à faire d'autres enfants après l'accouchement très violent et difficile de son fils et les conseils du médecin « *Vous n'avez pas le corps pour faire des enfants* ». Une grosseur bénigne, mais infectieuse près du clitoris, un kyste à l'ovaire et une hystérectomie s'ajouteront à ce parcours.

Suite à d'autres recherches auprès de sa mère, elle sera sidérée d'apprendre que non seulement le (soit disant) mort-né, fils aîné de sa grand-mère maternelle avait vécu 3 mois, mais que juste après lui avait suivi une petite fille qui elle, n'aura vécu que 6 mois. Elle me dit que jamais elle n'aurait eu connaissance du vécu de ces deux enfants sans cette démarche que nous réalisons ensemble⁴⁷. Elle avait simplement entendu parler de fausses couches.

Réaliser son génogramme (cf. image 9) lui permet donc de faire apparaître les enfants morts et ces nouvelles informations. Consciencieusement, elle y inscrit toutes les maladies et cancers de son mari, comme pour marquer le soulagement physique de son départ. Puis vient son frère décédé trop jeune d'un cancer des os, sa grand-mère Joséphine et ses deux premiers-nés morts à 3 et 6 mois. Un instant, elle s'arrête pour imaginer la souffrance de cette femme, alors qu'elle-même a vécu la presque mort de son fils à la naissance comme le plus grand traumatisme de sa vie. Les 17 jours de couveuse lui reviennent, les tubes accrochés partout autour de son fils. Elle inscrit aussi toutes ces maladies et opérations gynécologiques de ces femmes de la lignée maternelle et me dit « *Vaut mieux pas être une femme dans la famille !* ». Elle est saisie par la place qu'elle a dans la fratrie par rapport à celle de sa tante dont elle vient de découvrir le prénom : Joséphine. Le sens se fait dans le silence, dans l'émotion ; sans doute comprend-elle encore un peu plus sa place, son cancer, ses difficultés à avoir eu un seul enfant (après 10 ans d'essais).

Puis vient le moment de cette confidence qu'elle dit avoir besoin de me faire, le regard saisi par quelque chose d'encore plus lourd que tout ce qui lui a été donné de porter durant sa vie : un secret me dit-elle, dont seuls son mari et sa sœur connaissent l'existence, qui avec la mort de son mari est devenu trop lourd pour ses épaules. Justine me dit, prise dans une émotion de soulagement indescriptible, que son fils est le fruit d'un don de sperme, comme s'il s'agissait d'une faute

⁴⁷ cf. « carré 35 », film de Eric Caravaca.

inavouable ou d'un adultère. Aujourd'hui, il n'est toujours pas possible pour elle de livrer cette filiation secrète à son fils « *tant il adorait son père* », elle-même ne pouvant pas trahir la confiance de son mari qui voulait absolument cacher l'information jusqu'au bout. Je comprends alors les « *foetus venus d'ailleurs* » nommés à la lecture de sa carte associative. Ma proposition de placer ce donneur sur le génogramme n'aboutira pas, Justine ayant trop peur de la trace écrite. Cependant, le dire lui fit énormément de bien, d'autant que, pour elle, il est probable que ce don ait sauvé son fils d'un cancer génétique, ses deux oncles côté père étant eux-mêmes décédés en 2016 respectivement de Parkinson et d'un cancer du poumon. D'où viendrait alors ce « *foetus venu d'ailleurs* » ? Peut-on imaginer que ce don de sperme vient faire répétition d'un trauma plus lourd ayant touché les ascendants ?

En conclusion, je ressors la carte qu'elle avait choisie pour représenter son cancer et lui demande où elle placerait ces petits fantômes dans l'arbre. Elle m'indique sa grand-mère paternelle Luana dont la ressemblance avec elle l'a toujours terrorisée et qui pesait 190 kg, puis les deux bébés morts si vite après leur naissance. Cette identification à ce personnage de l'arbre ne fait que souligner le fantasme de dévoration des mères par les enfants. Comme si toutes ces naissances venaient dévorer l'utérus de la mère qui les porte. Elle tire une carte pour son autre grand-mère

Yvonne (image 8 ci-contre) et symbolise ainsi le traumatisme de l'Exil vécu en 1947 après la chute du régime de l'indigénat en Algérie. Sa mère est alors âgée d'une vingtaine d'années et la petite fille sur la photo représenterait la dernière, Yolande, dont la naissance a failli « *tuer la mère* ». Une mère qui perd toute une partie de son identité, bien illustrée ici par la pixellisation de la photo. Elle y voit aussi d'autres membres de la famille au-dessus « *anonymes* ». Cet inconnu questionne Justine, qui ne connaît rien des événements ayant marqué sa famille en Algérie et dont le contenu a fait secret. Ce secret cacherait-il la honte d'être pieds noirs ? Aujourd'hui encore, sa mère vivante se voit bien incapable de lui répondre.



Image 8 : l'anonymat de l'exil

La problématique de Justine s'articule autour d'un secret sur les origines qui fait répétition dans son propre parcours avec le don de sperme lui ayant permis d'avoir un fils. Ce qu'elle nommera elle-même « *l'anonymat* » de ces personnes restées en Algérie, dont les deux

enfants morts Lucien et Joséphine découverts lors de cette étude et dont la sépulture reste encore aujourd'hui inconnue, donne ici tout son sens à l'anonymat du don de sperme. Comment Yvonne, la grand-mère, vit-elle ces deuils d'enfants qui resteront là-bas ? Comment Lucienne, la mère de Justine, vit-elle ses grossesses difficiles dont la dernière manque de peu de la tuer et lui imposera de confier ses jeunes enfants à une famille d'accueil ? Lucienne qui, par le prénom, remplacera Lucien, le premier enfant mort de la grand-mère Joséphine, on peut le supposer, sentira dans l'utérus endeuillé de sa mère toute la souffrance de la perte de ces deux enfants qui la précèdent. De même que, pour le cas de Jacque⁴⁸, se transmettra peut-être une croyance inconsciente « *d'incapacité à être mère* ». Cette mère incapable, qui manque de mourir à chaque grossesse, transmettra peut-être alors le fantasme de dévoration que nous avons pu sentir à la lecture de la carte représentant le cancer de Justine. A la naissance et donc lors de la presque mort de son fils, c'est la répétition des aînés morts trop tôt qui pour Justine, impose un peu plus la croyance de

⁴⁸ 1^{ère} vignette de l'article (p13)

l'infertilité et de l'incapacité à être mère. C'est donc lors d'un nouveau contexte de séparation avec son fils aîné qui, certainement par peur, restera unique, que Justine contractera son cancer, comme venu incarner la punition divine (« *Qu'est-ce que j'ai fait au Bon Dieu* ») de la filiation inconnue honteuse. Le fantasme de dévoration sera nourri dans la branche maternelle par la presque mort de Lucienne à chaque grossesse et dans la branche paternelle par l'éventration d'une femme que les enfants successifs auront rendue obèse. Les 130 kg que pèse Justine à l'annonce de son cancer et les 12 litres d'ascite dans le ventre ne viennent qu'étayer cette identification à la grand-mère paternelle, comme une somatisation de grossesse par ces 12 kilos en trop. Une somatisation qui vient questionner la honte de la filiation par don de sperme et la possible honte des origines pieds-noirs après la chute du régime de l'Indigénat en Algérie⁴⁹.

Nous retrouvons également ici comme dans le cas de Margueritte la présence de l'infertilité, comme mécanisme de défense contre des traumatismes non élaborés. C'est aussi le cas d'Angélique Bernard, qui me partage à son tour son parcours.

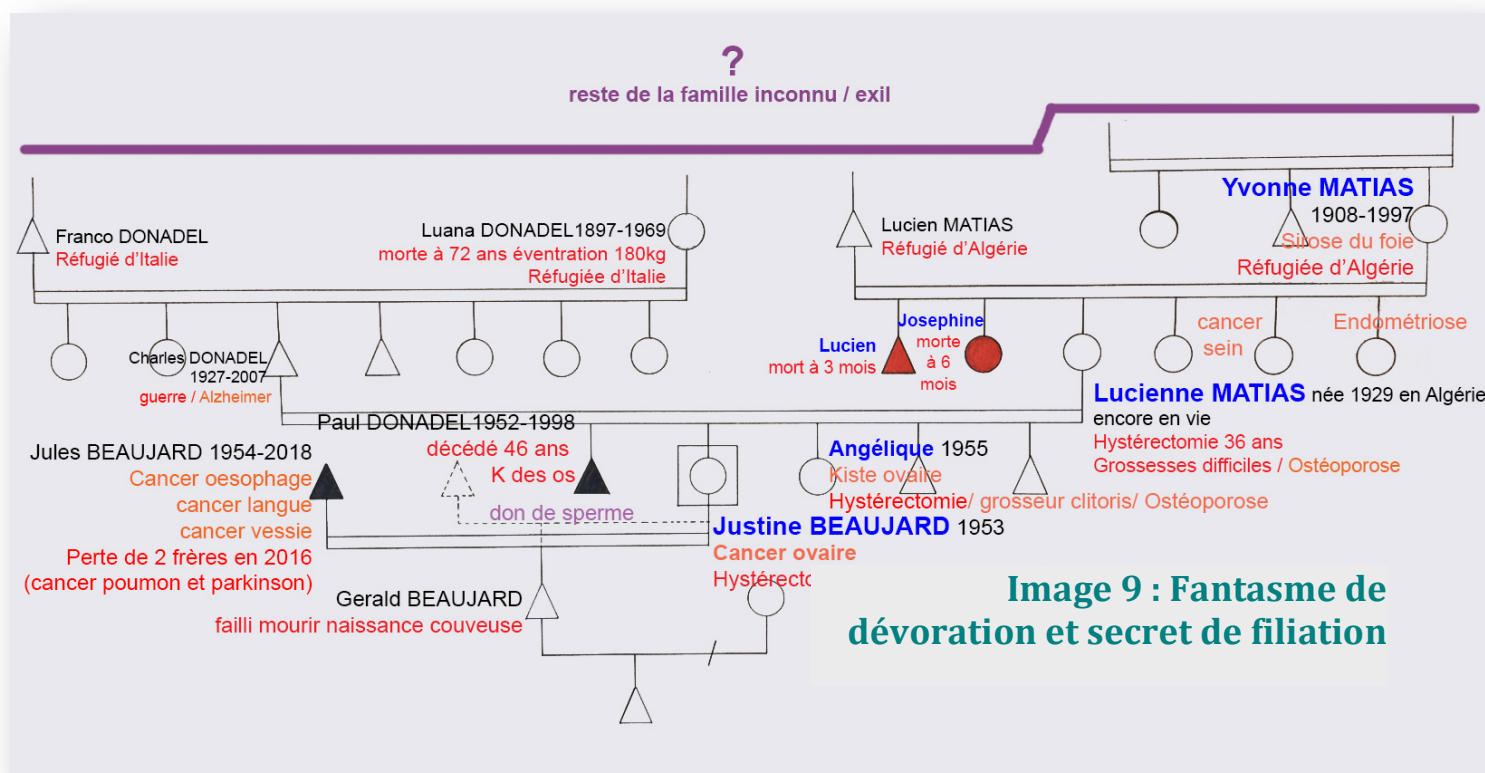


Image 9 : Fantasme de dévoration et secret de filiation

- Le cancer comme syndrome de l'inutilité :

Angélique Bernard est une femme de 67 ans, née le 18 mars 1951. Elle a subi une hystérectomie suite à son cancer de l'utérus en 2015. Célibataire et sans enfant, elle n'a jamais été mariée ni même fiancée. Elle demande d'ailleurs à se faire appeler « *mademoiselle* ». Angélique accepte de participer à cette recherche « *pour aider* » ne ressentant pas le besoin d'une thérapie. La foi et la religion catholique sont au centre de la vie de cette femme, par ailleurs passionnée de musique classique (elle joue de l'orgue) et de lecture. Une foi qui, selon elle, lui a permis cette « *guérison* »

⁴⁹ cf. sources, article « *Les pieds-noirs : constructions identitaires et réinvention des origines* » p. 19 : « *une communauté en partie créée par le regard métropolitain* »

miraculeuse ». Miraculeuse, car ce sont le déni de la maladie et des saignements hémorragiques depuis septembre 2007 (58 ans) qui pousseront cette femme à ne pas consulter, nourrie de l'inquiétude pour sa mère alors atteinte de Parkinson et qui (selon elle) « *ne l'aurait pas supporté* ». Pourtant, quand sa mère décède en juin 2013, les saignements se poursuivent pour elle sans qu'elle se décide à consulter. Ce n'est que fin mai 2015 qu'elle sera amenée aux urgences, alors retrouvée inconsciente par le vétérinaire qui venait voir le chat à son domicile. Elle sera donc transfusée pendant 4 jours, résultat de 7 ans d'hémorragies.

Une fois consciente, on lui annonce son cancer avancé et elle subira une hystérectomie, après quoi elle recevra 5 séries de chimiothérapie qu'elle « *supportera très bien* ». Elle refusera tout autre traitement de confort (type anti-vomitifs, vitamines, compléments alimentaires) et partage tout cela comme si son existence n'avait pas d'importance.



Image 10 : La solitude

Le travail de représentation de son cancer par une carte associative permettra à Angélique de commencer à mettre du sens dans sa volonté de répondre à une seule question : « *Pourquoi moi j'ai guéri, moi qui ne sers à personne ?* ». La femme qui touche son cou, sa gorge (cf. image 10 ci-contre) lui fait alors penser à la tumeur de son père qui décède en 1969 d'un cancer de la gorge, alors âgé de 53 ans, sûrement des suites de la guerre. Prisonnier de guerre à Odessa en Ukraine, il était revenu malade en 1947. Le traumatisme de la guerre n'apparaît pas dans ses propos, puisqu'elle dit avoir beaucoup ri avec son père des « *mauvais tours qu'il avait faits aux Allemands* ». Son père ne lui donnera pas plus d'information sur ses grands-parents dont elle ne connaît rien. Le regard de la femme de la carte l'intrigue. Elle est chez elle, seule. Elle pourrait être cette femme qui se dit « *Je sens quelque chose. Est-ce que ce n'est pas en train de grossir ?* ». Cette phrase étrange la contraint à mettre l'image de côté.

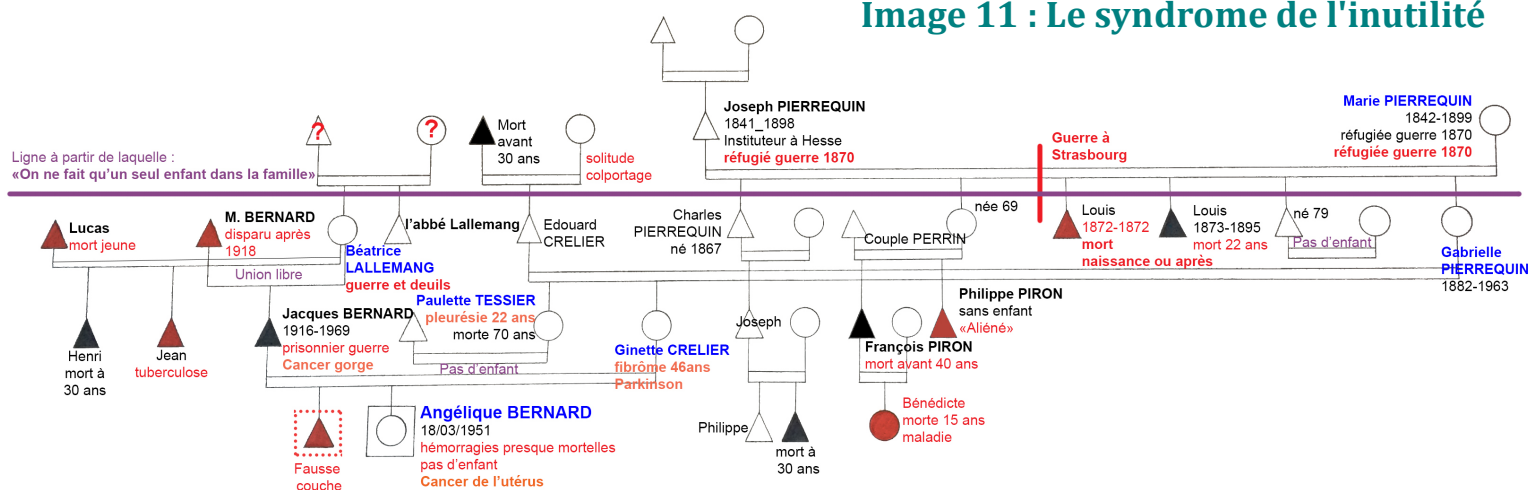
De façon détachée de tout, elle poursuit par l'anamnèse familiale, évoquant le fibrome « *tout à fait anodin* » de sa mère qui ne voulait qu'un seul enfant et dont la précédente fausse couche permettra à Angélique de voir le jour, par accident donc, ou par miracle. C'est avec le même détachement qu'elle abordera la tristesse profonde de sa tante Paulette, qui n'aura pas d'enfant et mourra à 70 ans d'insuffisance cardiaque et des longues suites d'une pleurésie. Puis viendra le tour de la grand-mère Gabrielle qui vivra avec son mari, sa fille Ginette et son beau-fils Jacques, tous ensemble dans la même maison. La mère d'Angélique, Ginette, était tellement terrorisée par sa propre mère qu'elle se laissera « *coiffer les cheveux par elle jusqu'à ses 45 ans* ». Ce dysfonctionnement dans la relation mère-fille privera Angélique de sa mère dans une forme d'écrasement de générations, si bien que sa mère a plutôt occupé la place d'une sœur. Ginette était la deuxième fille, donc non désirée, car « *on ne fait qu'un enfant dans la famille où les études et le travail passent avant* ». Elle est venue au monde par accident ou par miracle, au choix. Angélique interroge donc l'utilité de son existence et la portée de cette deuxième chance que Dieu ou son « *ange gardien* » a bien voulu lui accorder. Encore vierge à ce jour, elle a toujours été contre la pilule et l'avortement. Si elle s'était mariée, elle aurait eu « *autant d'enfants que son corps le lui aurait permis* » et se considère en ce sens comme « *la seule vraie catholique de la famille* ».

Malgré son désintérêt pour l'analyse transgénérationnelle, sa volonté d'apporter de l'utilité à son existence sans descendance la pousse à continuer. Elle réalise son génogramme avec une

étonnante facilité. Donner une représentation à sa famille lui permettra d'identifier à partir de quelle génération « *on ne fait qu'un seul enfant* » (cf. image 11). Sur cette ligne venue représenter le moment à partir duquel « *on ne fait qu'un seul enfant* » Angélique est perplexe et reconnaît qu'une telle loi familiale n'est probablement pas que le résultat de l'accent mis sur les études et la volonté de maintenir une certaine bourgeoisie, d'autant que les 6 enfants de Marie Pierrequin viennent contester cette devise.

Pendant l'outil, elle reviendra aussi sur cette presque mort ayant précédé l'annonce de son cancer, l'amenant sur un ancien souvenir laissé de côté. L'agression par strangulation d'un homme, lorsqu'elle faisait ses études de musique à Paris, à ses 22 ans (âge de la pleurésie de sa tante), avait failli la tuer. Elle s'en était sortie en réussissant à traîner son agresseur vers la sortie du couloir où il avait tenté de la bloquer. Encore une fois, Angélique aborde un traumatisme glaçant sans sourciller, en me précisant qu'elle a tout à fait bien dormi cette nuit-là et n'a jamais porté plainte même si elle a vu sa vie défiler devant ses yeux au moment de l'agression. Elle se souvient, là encore (comme au moment de sa presque mort précédent l'annonce de son cancer), du chat qui l'attendait chez elle.

Image 11 : Le syndrome de l'inutilité



Le généogramme se poursuit ainsi : elle place son père, fils d'une deuxième union. La rencontre avec Béatrice Lallemang, sa grand-mère paternelle dont elle ne connaissait rien lors de notre première séance, révélera de profonds traumatismes. Cette femme perdra tous les siens. Son premier mari Lucas, un Allemand, mourra jeune et la laissera avec deux jeunes enfants, fruits d'une union libre qu'Angélique connaît peu. Elle trouvera pourtant un mari, M. Bernard, et aura un autre enfant, Jacques (le père d'Angélique), mais qui ne reviendra pas de la guerre. Ses deux premiers enfants, Henri et Jean, mourront à moins de trente ans, l'un de maladie, l'autre étant « *porté disparu* ». Le parcours saisissant de cette femme endeuillée ne semble pas perturber Angélique qui colorie consciencieusement les traumatismes en rouge, rapportant les événements aux banalités de l'époque. Ces jeunes hommes morts lui rappellent la fausse couche de sa mère qu'elle ajoutera dans un lapsus sous forme de garçon (encore un triangle rouge cf. généogramme simplifié ci-dessus). C'est en plaçant l'abbé Lallemang son grand-oncle côté grand-mère paternelle qu'elle pourra approfondir le travail de la lignée paternelle. Cet abbé, personnage très important, avait été missionnaire et représente pour elle la profonde foi du côté de son père qui, lui, l'avait perdue à la suite de la guerre 39-45 et à son enfermement en Allemagne puis en Russie (7 ans au total). En regardant les dates de plus près, elle comprend que son propre père n'a probablement jamais

connu le sien, car il est né en 1916. Il sera apparemment reconnu, puisqu'il portera son nom et que M. Bernard et Béatrice Lallemand n'étaient pas mariés. Son père, Jacques Bernard, enfant naturel, restera donc orphelin de père et grandira avec Béatrice, paysanne qui élèvera seule pendant la guerre ses 3 garçons (après avoir perdu son propre mari) pour finalement perdre ses deux premiers-nés, avant 30 ans, de cause inconnue encore à ce jour. Que de deuils pour cette Béatrice dont Angélique ne connaît rien, et dont la curiosité s'est éteinte avec le silence de son père. Que peut-il donc se transmettre entre Béatrice et son enfant juste né lorsque son deuxième mari meurt ? Au vu du parcours de cette arrière-grand-mère maternelle, se pourrait-il que rester célibataire et sans enfant permette d'éviter les souffrances du veuvage et de la perte de ses enfants ?

Nous avançons ainsi dans l'arbre, ajoutant les oncles éloignés : François Piron - mort avant 40 ans, et qui n'aura pas de descendance, car sa fille Bénédicte mourra à 15 ans de maladie - puis Philippe Piron - devenu fou et « *laissé tombé* » par la famille dans un asile. Angélique m'explique ainsi petit à petit que « *les femmes survivent, mais perdent leur fils très jeune dans sa famille* », les laissant sans descendance. Lorsqu'elles finissent par avoir des filles, elles n'ont pas d'enfant... Ainsi, sur 6 enfants, ses arrière-grands-parents Pierrequin, réfugiés de Hesse en Moselle⁵⁰ pendant la guerre de 1870, n'auront qu'un seul arrière-petit-fils, Philippe, et une seule arrière-petite-fille, Angélique, qui sont les derniers « survivants » de cet arbre. Là aussi, des morts d'enfants sont présentes. Angélique ne fera pas le lien avec le contexte de guerre concomitant de la mort à la naissance du petit Louis, remplacé un an après par l'enfant d'un retour de couche que l'on nommera Louis également.

Nous chercherons longtemps les vivants de cet arbre et finirons par trouver une Jacqueline, cousine très éloignée, un peu plus âgée qu'elle, de la branche de Joseph, son grand-oncle, célibataire sans enfant également, et dont le père ne voulait pas non plus ! Ce moment de rencontre avec un vivant lui fera esquisser un sourire, même si cette pêche aux vivants ne manque pas de venir souligner la morbidité de son arbre.

Angélique continue de monter dans son arbre et nous trouvons encore un mari décédé jeune (arrière-grand-père maternel côté père) et qui, du coup, n'aura qu'un fils : Edouard Crelier.

Ressortir la carte qui représentait son cancer pour tenter de l'attribuer à un personnage de l'arbre permettra à Angélique de venir éclairer cette solitude féminine. Sa mère, sa grand-mère maternelle, sa grand-mère paternelle ou encore l'arrière-grand-mère maternelle côté père qui s'était retrouvée seule avec un fils à charge, à faire du colportage pour survivre, pourraient toutes incarner cette image.



Image 12 : le naufrage

Pour se représenter dans son arbre, Angélique choisira une carte où, à la place du chien, elle verra un chat (image 12 ci-contre). Une nouvelle fois, *le chat* revient dans son discours. Elle me fera partager son amour pour cet animal, ce premier mot qu'elle dira enfant, « *chat* » puis « *le phallique* » au lieu de « *le famélique* » comme la famille avait coutume de le nommer.

⁵⁰ Hesse est une commune française située dans le département de la Moselle, en région Grand Est. La Moselle fait partie des départements ayant été cédés à l'Allemagne après la défaite française le 28 janvier 1871.

Les pistes de la sexualité (le phallique) et de l'enfant mort (le petit chat) refont surface dans les propos d'Angélique. Lorsque nous abordons une nouvelle fois le fait qu'elle soit restée sans enfant, Angélique confiera que son cancer est probablement « *la vengeance d'un organe qui n'a jamais servi* ». Ou « *une punition divine* ». Mais pour quelle faute ? Y'a-t-il eu d'autres péchés originels que celui de « *l'union libre* » indiqué sur son génogramme dans l'ascendance ? Des enfants nés hors mariage ou peut-être aidés à mourir et qui reviendraient symboliquement dans la vie d'Angélique sous forme de chats qu'elle recueille de façon obsessionnelle et sans exception jusqu'à en avoir 18 chez elle ? Ce pourrait-il que ce soit le cas du petit Louis, né en 1872 et dont même la date de naissance exacte a disparu de la généalogie pourtant très complète d'Angélique ? Des enfants morts ou abandonnés, cachés du reste de cette famille pieuse pour ne pas faire honte, et qui reviendraient hanter l'utérus d'Angélique sous forme de *symptôme hystérique*⁵¹ ? Le clivage d'Angélique, présent pendant toutes les séances de travail, nous empêchera d'aller plus loin sur ce point et viendra nourrir l'hypothèse d'une psychose larvée. L'écrasement générationnel avec le personnage de Gabrielle qui coiffe encore sa fille de 45 ans et qui s'occupe de sa petite fille reflète en effet là encore un profond dysfonctionnement dans la relation mère-fille, remettant en cause l'identité même de l'une ou de l'autre. Si je me réfère aux travaux de Joyce McDougall, on pourrait supposer dans le cas d'Angélique de possibles craintes psychotiques⁵², en considérant la virginité et le célibat d'Angélique comme les symptômes hystériques lui permettant de la protéger de la crainte de disparaître aux yeux de sa propre fille dans son rôle de future mère, ou du fantasme de « tuer ou perdre » un enfant. Cette théorie expliquerait son attitude face aux règles permanentes (les hémorragies liées à son cancer) qui venaient lever les peurs inconscientes de « *fauter dans le rôle de mère* ».

Là encore, dans la lignée maternelle et à la 3^{ème} génération, des traumatismes utérins viendront toucher le narcissisme de la mère et prendront en transmission la forme d'une injonction : « *on ne fait qu'un enfant dans la famille* ». Ce « *nauffrage* », ce « *désastre* », Angélique pourra le décrire à l'aide de la carte (cf. image 12 plus haut) représentant le travail qu'elle a pu faire en transgénérationnel. Le naufrage d'un bateau qu'elle n'aura aucun mal à relier aux utérus de sa famille, dans une « *mèr(e) déchaînée* », ou son naufrage à elle, qui se fait devant l'Eglise du village. Son naufrage, son échec et celui des mères de sa famille, sous les yeux de Dieu. Un échec qui vaudra à cet arbre de devenir stérile, comme la « *punition divine* » des fautes commises par les ancêtres. Angélique, sur cette conclusion de travail, finira donc par laisser entrevoir l'authenticité d'une démarche qui, je le rappelle, ne se voulait pas thérapeutique, car, pour elle, la volonté de Dieu est le seul véritable sens à donner à ce qui nous arrive, cancer inclus. J'y verrai pour ma part la nécessité de vérifier l'intérêt et la motivation de la patiente avant de proposer un accompagnement transgénérationnel qui se trouverait entravé.

4 – Conclusions

Les récentes découvertes dans le monde de l'épigénétique ainsi que les observations passées et communes ayant nourri de nombreux articles et comptes rendus cliniques en psychanalyse, clinique psychosomatique... viennent étayer la pertinence d'un accompagnement analytique transgénérationnel tel que celui qui a été proposé à ces patientes en rémission. En effet, après

⁵¹ Le symptôme hystérique est défini par Joyce McDougall de dysfonctionnement corporel qui devient le support d'une signification symbolique inconsciente. cf. sources : « *Théâtres du corps* » p41

⁵² Altérant l'identité du sujet. cf. sources : « *Théâtres du corps* » p44.

seulement 3 séances d' 1,5 heures, j'ai pu mesurer chez chacune d'entre-elles un mieux-être et une diminution des angoisses liées à la possible récurrence de leur cancer. J'espère donc que cet article en générera d'autres et nourrira la motivation d'autres praticiens pour étudier le cancer et l'accompagnement des patientes touchées dans une approche plus globale et systémique, qui tiendrait compte de l'environnement affectif, familial et émotionnel, passé et futur d'une personne, en plus des habituels facteurs environnementaux, de type alimentation, pollution, tabagisme, génétique...

En revanche, il me semble nécessaire d'observer une méthodologie et une déontologie dans la mise en place de ce type d'accompagnement. En effet, si la pertinence de l'accompagnement transgénérationnel semble aller de pair avec les recherches généalogiques que ces dites patientes auront probablement déjà effectuées dans le cadre de consultations oncogénétiques, il peut tout aussi bien les confronter à des traumatismes qu'elles ne seraient pas en mesure d'élaborer si elles ne sont pas déjà dans une perspective d'avenir positive. Sauf si la démarche et la demande viennent de la patiente elle-même, il serait donc efficient d'observer le protocole suivant :

- s'assurer de la rémission de la maladie ou que la perspective d'une mort à venir soit levée ;
- effectuer un entretien préalable pour s'assurer que le deuil et l'élaboration de la maladie soient réalisés ou amorcés ;
- proposer un accompagnement transgénérationnel et s'assurer de l'intérêt et de la motivation de la patiente pour ce type de démarche ;
- effectuer un accompagnement dans lequel le sens ne soit pas induit par une volonté de déterminer une cause au cancer.

Par ailleurs, il serait probablement pertinent d'ouvrir le champ au transgénérationnel dans les entretiens oncogénétiques, par un apport de questions complémentaires dans les consultations, questions ou axes de réflexion qui pourraient être utiles aux praticiens comme aux patientes. La généalogie des patientes s'y ouvrant déjà sur plusieurs générations, cette étude m'a permis de mesurer la peur que la maladie et les entretiens oncogénétiques pouvaient engendrer chez les dites-patientes qui découvrent ou interprètent des facteurs de risque génétiques en lien avec les cancers en les répertoriant dans leurs arbres. Aussi cette étude pourrait en ouvrir une autre pour rendre compte de ce que ce type de travail pourrait apporter à ces femmes sur le long terme, que ce soit sur le plan psychique comme sur le plan physique ; les résultats en terme de mieux-être au bout de 3 séances ayant été mesurés.

Les observations en transgénérationnel et la création d'un génogramme revisité et adapté à l'oncogénétique feraient l'objet d'une telle étude et seraient sans doute fécondes pour cette pratique. Elles permettraient entre autres d'introduire la notion d'héritage et de transmission pour nuancer celle de l'hérédité, souvent angoissante pour les patientes. Rien n'interdit d'allier l'exploration psychosomatique ou transgénérationnelle du cancer au suivi thérapeutique médical.

Dans cette perspective, et au vue du pattern dégagé par cette pré-recherche⁵³, observer en priorité la lignée maternelle d'une patiente, pour mettre en lumière d'éventuels deuils gelés d'enfants morts (nés ou in-utéro), avortements ou fausses couches non élaborées ou encore d'autres traumatismes liés à la sexualité semblerait pertinent. Cette observation pourrait être un appui majeur pour rediriger ces femmes vers un accompagnement en transgénérationnel dans l'après-soin.

⁵³ cf. annexes : « *pattern transgénérationnel dégagé* »

En effet, le pattern commun dégagé par les 4 cas présentés se dessine autour d'une transmission transgénérationnelle de traumatismes sur 3 ou 4 générations, et qui se trouve plus active lorsqu'existent dans le parcours des ascendants des traumatismes vécus pendant une gestation ou dans la petite enfance. Ce pattern prend plus généralement la forme de la transmission d'une « incapacité de l'utérus » ou de « l'incapacité à être mère », que ce soit dans la croyance des « mauvaises mères » de Jackie Campuzano, la stérilité comme contraception et mécanisme de défense chez Margueritte Gallien, le fantasme de dévoration présent dans l'arbre de Justine Beaujard ou encore le sentiment profond d'inutilité chez Angélique Bernard. Comme si les femmes de ces lignées utérines venaient manifester dans leur corps, la croyance d'un utérus incapable, impactant le narcissisme des mères de génération en génération. Les relations mère-fille et l'attachement se retrouvent altérés par une peur inconsciente d'être mère ou de tomber enceinte, assurant une transmission de la croyance à la génération future. Le cancer pourrait dans ces cas être vu comme la représentation physique d'une volonté à donner la vie (cellule cancéreuse = cellule refusant de mourir⁵⁴) survenant après la ménopause, dans un contexte de répétition inconscient d'un sentiment « d'incapacité à donner la vie ».

Une nouvelle fois il me semble essentiel de préciser que la clinique transgénérationnelle ne se veut en aucun cas habilitée à substituer un quelconque traitement médical ni à suivre l'évolution d'une maladie. J'espère en revanche que cet article encouragera les démarches transdisciplinaires et holistiques, dans le seul souci d'accompagner le plus efficacement et le plus concrètement possible, la personne qui sollicite de l'aide médicale et psychologique.

7 – Annexes :

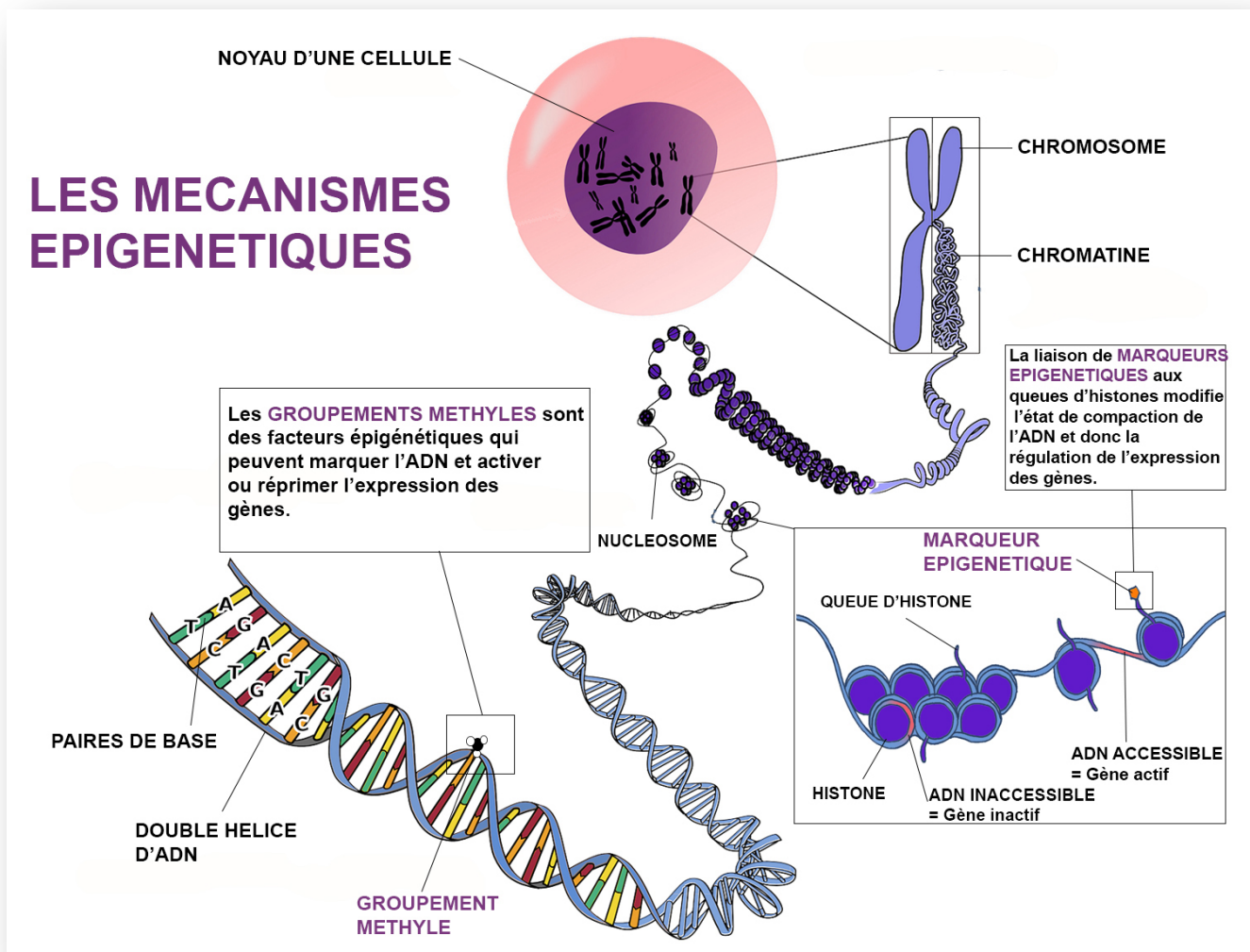
Qu'est-ce que l'épigénétique ?

L'épigénétique est généralement définie comme l'ensemble des modifications de l'expression d'un gène sans que sa séquence ADN ne soit modifiée et pouvant être transmises par division cellulaire. Si chacune de nos cellules contient respectivement 46 chromosomes hérités de nos parents et représentant l'ensemble de notre patrimoine génétique, elles n'en feront pas toutes le même usage. Un neurone n'aura donc pas du tout la même fonction qu'une cellule située dans l'utérus, de même que des jumeaux homozygotes ne seront jamais totalement identiques en tous points. Les mécanismes à l'origine de cette différenciation cellulaire sont donc regroupés dans ce que nous appelons l'épigénétique. Ces modifications épigénétiques réversibles provoquent des changements dans l'activité des gènes, dans la forme et le comportement cellulaire. Elles sont à l'origine de l'expression ou non de nos gènes. A l'origine, nous possédons 46 chromosomes compactés dans une cellule microscopique. Chaque **chromosome** est composé de **deux brins d'ADN** formant une double hélice contenant environ 30 000 gènes. Ces deux brins s'enroulent autour de complexes formés par des protéines nommées **histones**, le tout constituant des structures appelées **nucléosomes**. Ces derniers s'enroulent eux-mêmes de manière plus ou moins « serrée », formant des fibres de **chromatine** plus ou moins denses. Plus la chromatine est dense - on l'appelle alors hétérochromatine -, moins les gènes sont accessibles et moins ils s'expriment. A l'inverse, les zones relâchées (euchromatine) seront accessibles aux complexes enzymatiques et permettront aux gènes de s'exprimer, comme si les gènes étaient plus ou moins visibles du fait de la densité du « compactage » de la chromatine.

⁵⁴ cf. chapitre 1 : *Biologiquement, qu'est-ce que le cancer de l'appareil génital ?*

C'est donc au niveau des histones qu'intervient l'épigénétique par un ensemble de modifications qui vont influencer l'état de compaction de la chromatine et l'expression des gènes. Les combinaisons de ces modifications formeront un code épigénétique qui, une fois lu par des domaines protéiques spécifiques, entraîne diverses réponses à des endroits précis du génome.

Les mécanismes épigénétiques et le cancer⁵⁵ :



Pour le cancer, les modifications épigénétiques qui nous intéressent sont la **méthylation de l'ADN** et l'**acétylation des histones** (cf. schéma ci-dessous). L'acétylation des histones est un processus enzymatique permettant de rendre la chromatine plus « flexible » et l'ADN plus accessible, rendant le **gène actif**. La méthylation, à l'inverse, est un mécanisme qui, par l'addition d'un groupement méthyle, conduit à la **répression de l'expression du gène**.

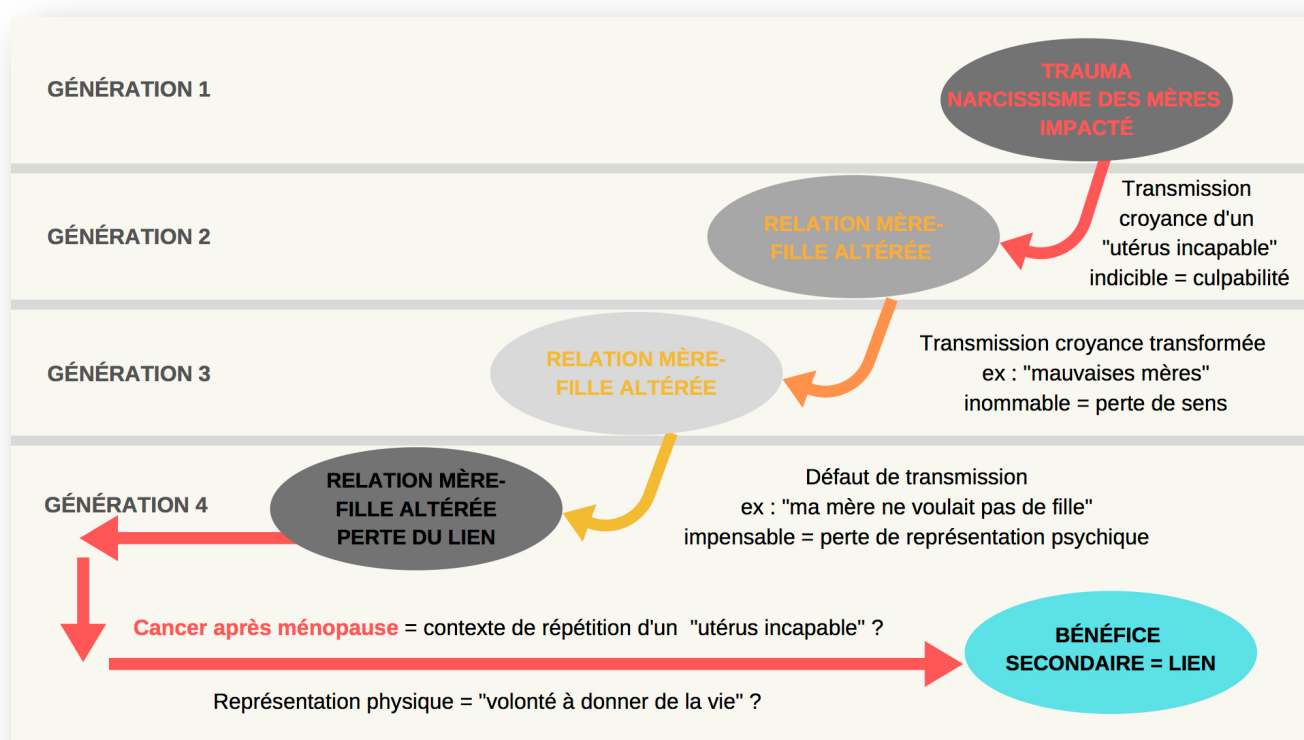
Une perte de méthylation est l'une des premières modifications épigénétiques identifiées dans les cellules cancéreuses dans les années 1980. Quelques années plus tard, on observait une hyperméthylation spécifique conduisant à réprimer l'expression de certains gènes suppresseurs de

⁵⁵ Pour aller plus loin : deux articles sur les modifications épigénétiques et le cancer (cf. sources, articles) et liens internet « comprendre l'épigénétique en un clic » et « au-delà des gènes »

tumeurs. Ainsi ces derniers sont le plus souvent inactivés, permettant aux cellules cancéreuses de se diviser sans s'arrêter, échappant au processus d'homéostasie et de mort cellulaire.

Les recherches en épigénétique ont donc permis de démontrer que, parmi les facteurs intervenant dans les modifications épigénétiques, se trouvaient les traumatismes et expériences délétères vécues dans l'enfance ou par une femme enceinte, et qu'ils avaient pour conséquence le développement de troubles psychiques et de cancers. En d'autres termes, si des traumatismes créent des modifications épigénétiques mesurables, et que ces mêmes modifications sont à l'origine des mécanismes de cancérisations, alors des traumatismes peuvent être en partie à l'origine du développement de cancers. Les facteurs environnementaux tels que l'alimentation (entraînant le diabète notamment) et l'environnement sont si nombreux qu'ils ne peuvent être isolés complètement, à part peut-être sur des souris. Aussi, cette complexité nous interdit tout raisonnement hâtif qui énoncerait que les traumatismes vécus par nos ascendants sont la cause des cancers contractés par les descendants. En revanche, le sujet n'ayant pas toujours de marge de manœuvre sur son environnement, en a beaucoup plus sur l'élaboration des traumatismes vécus par ses ascendants. D'autant qu'une grande similitude existe entre la transmission épigénétique et la transmission psychique observée dans la clinique transgénérationnelle.

« Pattern transgénérationnel » dégagé :



7 – Bibliographies et sources :

Bibliographie

- **ABRAHAM Nicolas et TOROK Maria**, *L'écorce et le noyau*, collection Champs, Editions Flammarion, 2014.
- **BERGERET Jean et Houser Marcel**, *Le Fœtus dans notre inconscient*, Editions Dunod, 2004

- **BOWLBY John**, *Attachement et perte 3, La perte, Tristesse et dépression*, Editions PUF (Presses Universitaires de France, 2002.
- **BRABANT Eva**, *Symboles, cryptes et fantômes : Nicolas Abraham et Maria Torok*, Le Coq-Héron, 2006
- **Collectif**, *Le transgénérationnel*, Cahiers de psychologie clinique, De Boeck, 2014
- **DACHEZ Roger**, *Le cancer du col de l'utérus*, Que sais-je ?, 2017
- **GIACOBINO Ariane**, *Peut-on se libérer de ses gènes*, Stock, 2018
- **HEARD Edith**, *Epigénétique et mémoire cellulaire*, Collège de France, Fayard, 2013
- **LEFRERE-CHANTRE Claudie**, *Emilienne 1917, itinéraire d'une jeune Française réfugiée de la Première Guerre mondiale*, Fauves éditions, 2017
- **MCDUGALL Joyce** *Théâtres du corps*, 2015 et aussi *Théâtres du Je*, 2017.
- **TISSERON Serge**, *Les Secrets de Famille*, Que Sais-je ?, éditions PUF, 2015

Articles et revues

- **Alain Malafosse** : *Un traumatisme psychologique dans l'enfance peut laisser une trace génétique chez l'adulte* :
<https://www.tdg.ch/savoirs/sciences/La-maltraitance-dans-lenfance-laisse-des-cicatrices-genetiques/story/11656001>
- **Ariane Giacobino** : *Epigénétique et Holocauste* :
https://www.huffingtonpost.fr/ariane-giacobino/epigenetique-et-holocaust_b_3934338.html
- **Deltour Sophie, Chopin Valérie et Leprince Dominique** : *Modifications épigénétiques et cancer*
<https://www.erudit.org/en/journals/ms/2005-v21-n4-ms878/010775ar.pdf>
- **Heijmans B.T., Tobi E.W., Stein A.D., Putter H., Blauw G.J., Susser E.S., Slagboom P.E., Lumey L.H.** : *Persistent epigenetic differences associated with prenatal exposure to famine in humans* ». Proc Nat Acad Sci USA, 2008.
- **Jordi Jean-Jacques** : *Les pieds noirs : constructions identitaires et réinvention des origines*.
https://www.persee.fr/doc/AsPDF/homig_1142-852x_2002_num_1236_1_3801.pdf
- **Laget Sophie et Defossez Pierre-Antoine** : *Le double jeu de l'épigénétique, cible et acteur du cancer*
http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/6504/MS_2008_8-9_725.pdf
- **Le Monde**: *Nos gènes aussi subissent des traumatismes !*
https://www.lemonde.fr/festival/article/2014/08/07/nos-genes-aussi-subissent-des-traumatismes_4468699_4415198.html
- **Lumey L.H., Stein A.D., Kahn H.S., van der Pal-de Bruin K.M., Blauw G.J., Zybert P.A., Susser E.S.** : *Cohort profile : the Dutch Hunger Winter families study*. Int J Epidemiol. 2007.
- **McDougall Joyce** : *Psychosoma, Cancer(s) et Psy(s)*, éditions ERES, 2017.
- **Skinner M.K., Anway M.D.** : *Seminiferous cord formation and germ-cell programming : epigenetic transgenerational actions of endocrine disruptors*. Ann NY Acad Sci, 2005.
- **Vandermeers Fabian, Kettmann Richard, Willems Luc** : *Implication des modifications épigénétiques dans les cancers : développement de nouvelles approches thérapeutiques* »
<http://genet.univ-tours.fr/gen002700/Vandermeers.pdf>
- **Yehuda R., Engel S.M., Brand S.R., Seck J., Marcus S.M., Berkowitz G.S.** : *Transgenerational effects of posttraumatic stress disorder in babies of mothers exposed to the World Trade Center attacks during pregnancy*. J Clin Endocrinol Metab, 2005.

Vidéos, films et liens internet

- Institut National du Cancer

<http://www.e-cancer.fr/>

- Les statistiques des cancers gynécologiques

<https://www.frm.org/recherche-medicale/cancers-gynecologiques>

- Le « Pôle mère-enfant » du centre hospitalier de Verdun

<http://www.chvsm.org/content/bienvenue-2>

- Les mécanismes de cancérisation

<https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Qu-est-ce-qu-un-cancer/Mecanisme-de-cancerisation>

- Les cancers gynécologiques ou cancers de l'appareil génital

<http://www.chu-montpellier.fr/fr/cancerologie-de-la-femme/cancerfemme/cancers-gynecologiques/>

<https://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/brochures/cancers-appareil-genital-feminin.pdf>

- Les dernières avancées des traitements des cancers gynécologiques :

<https://www.youtube.com/watch?v=BZufZEgQB8Q&feature=youtu.be>

<https://www.gustaveroussy.fr/fr/content/hp-la-recherche>

- Les facteurs de risque des cancers gynécologiques :

<http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/see-all/?region=qc>

- Pour comprendre l'épigénétique en un clic :

<https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/epigenetique>

- Institut Curie : *Au delà des gènes* :

<https://curie.fr/dossier-pedagogique/lepigenetique-au-dela-des-genes>

- Algérie part : histoire de la prostitution en Algérie

<https://algeriepart.com/2017/10/08/enquete-lhistoire-meconnue-de-prostitution-algerie/>

- **Ariane Giacobino** (vidéos) :

Conférence : *La transmission épigénétique, comment un traumatisme psychique s'inscrit-il sur l'ADN?* <https://www.facebook.com/Ciphage/videos/1865228967076636/>

Reportage : *Les traumatismes s'inscrivent dans l'ADN, mais cette trace est réversible*

<https://www.youtube.com/watch?v=1gQS4qf6Lv0>

- **Boris Cyrulnik** :

Conférence : *La mémoire traumatique*

<https://www.youtube.com/watch?v=rd13inJYbQk>

- **Edith Heard** / collège de France/ cours et vidéos :

<https://www.college-de-france.fr/site/edith-heard/course-2016-02-29-16h00.htm>

- **Film-documentaire** : « **Carré 35** » d'Eric Caravaca

Sources :

- **Bergeret Jean** : médecin, psychanalyste et professeur d'université français.

- **Bowlby John** : psychiatre et psychanalyste britannique, célèbre pour ses travaux sur l'attachement, la relation mère-enfant.

- **Cyrulnik Boris** : Neuropsychiatre français, conférencier, ancien animateur d'un groupe de recherche en éthologie clinique au centre hospitalier intercommunal de Toulon-La Seyne-sur-Mer et directeur d'enseignement du diplôme universitaire (DU) « Clinique de l'attachement et des systèmes familiaux » à l'université du Sud-Toulon-Var.
- **Giacobino Ariane** : Médecin généticienne, chercheuse en épigénétique, agrégée à la Faculté de Médecine de l'Université de Genève, membre des sociétés suisse, européenne et américaine de génétique humaine.
- **Heard Edith** : Généticienne britannique spécialisée en épigénétique. Professeure au Collège de France. Titulaire de la Chaire Epigénétique et Mémoire Cellulaire.
- **Heijmans BT** : Chercheur hollandais en génétique et épigénétique au Leiden University Center.
- **Lumey L.H.** : Professeur d'épidémiologie au Columbia University Medical Center.
- **McDougall Joyce** : était psychanalyste et essayiste néo-zélandaise, membre titulaire de la société psychanalytique de Paris ; membre honoraire de l'Association psychoanalytic Medecine de New York, membre de la New York Freudian Society et enseignante à l'Object Relations Institute de New York.
- **Malafosse Alain** : Professeur du Département de psychiatrie de l'**UNIGE** (Université de Genève).
- **Maria Torok et Nicolas Abraham** sont deux psychanalystes français d'origine hongroise, compagnons de vie et de recherches. Ils sont célèbres pour les concepts de *secret de famille transgénérationnel*, *deuil impossible*, *d'enterrement d'un vécu inavouable* et *d'incorporation secrète d'un autre*.
- **Skinner Michael Kirtland** : chercheur et biologiste à l'université de Washington, spécialisé en épigénétique.
- **Tisseron Serge** : psychiatre et psychanalyste français, membre de l'Académie des technologies, docteur en psychologie habilité à diriger des recherches (HDR) en Sciences Humaines cliniques, membre du Conseil Scientifique du Centre de recherches Psychanalyse, Médecine et Société, Université Paris VII Denis Diderot.
- **Yehuda Rachel** : directrice de la division des études sur le stress traumatique à la Mount Sinai School of Medicine à New York.

8 – Remerciements :

A Anne dont l'histoire transgénérationnelle a inspiré ce projet.

A mon père et sa femme sans qui cet article n'aurait pu aboutir.

Au pôle mère-enfant de Verdun, pour son accueil chaleureux, la mise à disposition de salles à chacun de mes déplacements et surtout pour leur confiance.

A Simone Cordier et Elisabeth Alves-Périé qui ont su me soutenir, me conseiller et me superviser pendant l'élaboration de cet article et dont les pistes de réflexion ont contribué à enrichir le texte.

A Julien et Colette qui m'ont soutenue au quotidien dans mon travail.

A Colette M.D, Florence D, Florence D, Sarah H, Marie E, Camille F, Mallory R et Delphine L. pour leur précieux conseils et leur soutien.

A tous ceux qui auront pris le temps de parcourir cet article ou/et à ceux qui y puiseront réflexions et questionnement.

Enfin et surtout à ces quatre femmes ayant participé et offert leur parcours à ce projet de recherche et dont je mesure chaque jour un peu plus le courage, la générosité et la force.