

## AU FIL DE LA PRATIQUE... LE CANCER EN RÉSEAU

[Lionel Diébold](#)

Martin Média | « [Le Journal des psychologues](#) »

2010/4 n° 277 | pages 70 à 74

ISSN 0752-501X

DOI 10.3917/jdp.277.0070

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2010-4-page-70.htm>  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Martin Média.

© Martin Média. Tous droits réservés pour tous pays.

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

# Au fil de la pratique... le cancer en réseau



Psychologue clinicien

*Lionel Diébold*

***En référence à la mesure 42 du plan cancer qui prévoyait trois à cinq consultations par patient, les tutelles de la région PACA ont proposé, il y a bientôt cinq ans, que les personnes bénéficient d'un forfait fixé à quatre consultations avec un psychologue installé en ville et ayant adhéré au réseau de cancérologie. Après discussion et avec leur accord, le cadre s'est assoupli. Désormais, il est annoncé aux usagers du dispositif que le réseau peut prendre en charge quatre consultations en moyenne. Des consultations supplémentaires peuvent néanmoins être envisagées. Lionel Diébold, psychologue clinicien en libéral et adhérent du réseau régional de cancérologie ONCOPACA-Corse, témoigne ici de cette pratique.***

Je témoigne de ma pratique en cabinet à Toulon, en revendiquant le fait d'être « psychologue clinicien », et non pas « psycho-oncologue ». Je m'explique sur cette précision fondamentale. Il convient de s'opposer à la tendance fragmentaire – défendue par certaines catégories de personnels – qui tente de réduire l'excellence des formations des psychologues cliniciens à des psycho-oncologues. Étymologiquement, l'oncologie est l'étude d'une grosseur ou d'une tumeur d'allure maligne (Pruvost, 2009). Cela ne concerne donc en rien les psychologues, sauf à prétendre que ces grosseurs sont psychosomatiques. Ce qui n'est pas le cas. C'est bien le champ médical qui

s'intéresse « *aux volumes et aux masses* » (Canguilhem, 1966). Le champ psychologique est ailleurs. Il n'est pas nécessaire ici de préciser cet ailleurs. Il s'agit bien de ce qui échappe au pouvoir médical. Toute l'expérience du psychologue, en cabinet, c'est de savoir mettre de côté les connaissances médicales pour ouvrir une autre voie, avec le patient. La réalité psychique n'est pas la réalité matérielle de la maladie (Diébold, Pedinielli, 2009). Les deux réalités sont compatibles dans la prise en charge du sujet malade.

Cette pratique, accordée sur la réalité psychique, concerne les théories singulières, les fantasmes d'un sujet, de surcroît malade du cancer. Cette réalité psychique

vient dans le lieu même de la réalité matérielle, en appui sur le discours médical. L'annonce de la maladie a des effets ravageants sur le sujet. La réalité psychique trouve différentes modalités pour faire retour dans la réalité matérielle.

## Une expérience de ravage

Il est possible aussi de parler de façon anonyme des cas rencontrés. Avec Boris Vian, dans *L'Écume des jours*, je défends que « *l'histoire est complètement vraie, puisque je l'ai imaginée d'un bout à l'autre* ». C'est la responsabilité du clinicien de préserver les patients rencontrés en raison de la relativité de nos savoirs,

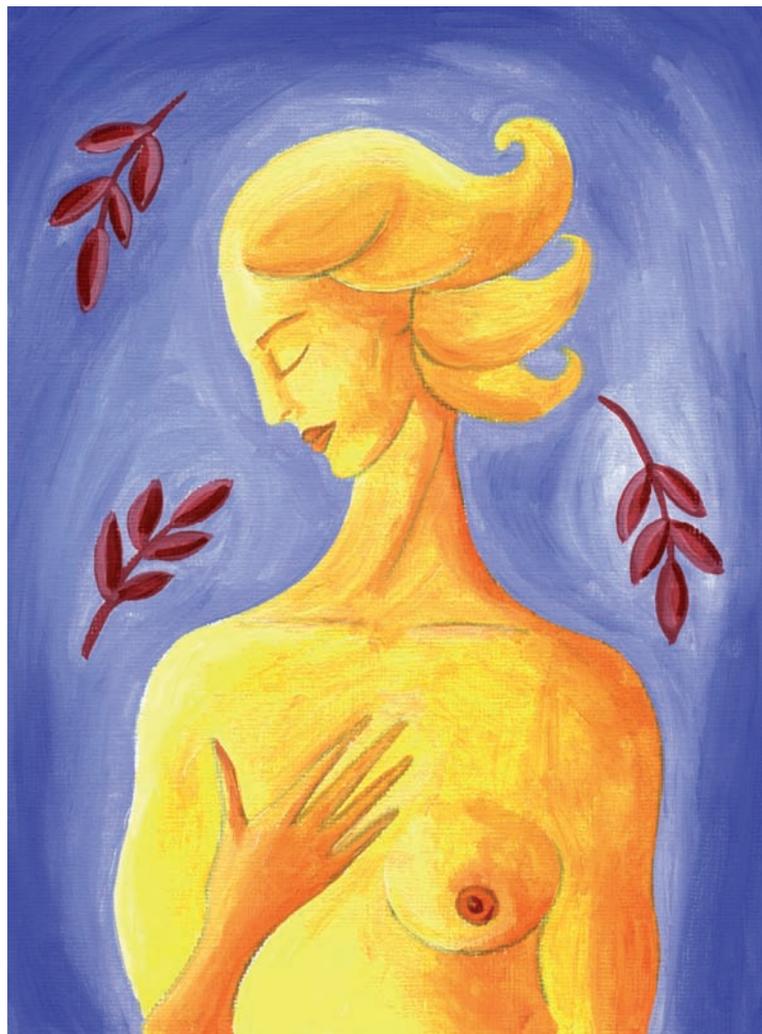
mais aussi pour préserver ces patients vulnérables. La réalité psychique n'est pas la réalité matérielle. Ces fragments de rencontre peuvent illustrer finement ce qui se passe dans le « colloque singulier », sans être indécent et pervers.

C'est par la mutilation, dont se plaignent parfois les patients, que je débute mon propos. La plainte d'un sujet en souffrance doit être entendue, au moins par le psychologue. Parfois, mes collègues médecins ne peuvent l'entendre ou bien ne le souhaitent plus. Cette plainte constitue une parole subjectivée de la théorie singulière du sujet. Le fait de se plaindre permet parfois d'être entendu. L'illustration clinique évoque les représentations du patient.

Un sujet de vingt-deux ans, malade d'un sarcome à l'épaule, est rencontré par le staff médical lors de la visite hebdomadaire. Ce patient a subi, pendant la récurrence, une intervention chirurgicale qui visait à ôter la partie morbide. L'épaule a été réduite par le geste chirurgical à son strict minimum. Le médecin oncologue souligne, en regardant la cicatrice, qu'il s'agit « d'une belle cicatrice ». Il est interrompu par la colère du patient qui lui réplique : « Ce n'est pas une épaule qu'il me reste ! » Effectivement, il y a un écart entre la représentation de son schéma corporel, endommagée, et la représentation du médecin. Le médecin est troublé, il ne sait plus quoi dire. La survenue de cette colère, un effet d'affect d'un sujet en souffrance de ne pas être entendu, bouscule le discours médical. Le discours médical, un discours de maîtrise au sens de Jean Clavreul (1978), ne maîtrise plus rien.

Ce patient décède quelques mois plus tard en dépit de l'opération chirurgicale dont il se plaignait. L'écart entre les représentations du médecin et les représentations de la théorie singulière du patient montre bien que la réalité psychique n'a que faire des réalités matérielle et physique. Ce patient était profondément désespéré de l'« amputation » qu'il voyait, et il ne pouvait plus se reconnaître : « Je suis amputé de mon épaule. » Les représentations médicale et esthétique de la belle cicatrice du médecin sont bien loin de celles du sujet malade.

Alors, il convient d'inventer un autre espace, ni lié au traitement ni lié à la maladie, pour y recevoir le sujet malade, dans sa singularité. C'est, dans ce sens, que je défends la mise à l'écart des connaissances médicales pour ne pas réduire le sujet malade à l'objet médical de la maladie, le cancer. Le sujet malade



Un lieu pour évoquer la question de l'identité, la perte de la féminité.

n'est pas un « tout cancer ». Pour le dire autrement, il s'inscrit dans une histoire de vie. L'objet de connaissance médicale, le cancer, peut parfois être relatif pour le sujet. Les patients malades du cancer ne s'y trompent pas. Ils parlent, en entretien, de leur histoire, « mes emmerdes, mes amours » comme dit la chanson de Charles Aznavour. Ils parlent de ce qui compte pour eux.

Et, parfois, quand ils mentionnent un médecin oncologue, c'est parce qu'il a été défaillant au moment de l'annonce de la récurrence ou encore pour un sourire, une attention, une parole apaisante, qui les a touchés à un moment donné. C'est bien par une demande d'amour qu'une rencontre commence. Dans « l'économie restreinte » (Oury, 2007), il n'y a pas de place pour une parole apaisante. Les gestionnaires de l'hôpital, public ou privé, ne cotent jamais, dans les prescriptions à l'acte, une parole apaisante du médecin à son malade. Pour une prise en charge humaine à l'hôpital, cela demande de

prendre du temps pour qu'une parole apaisante advienne, sans être plate ou plaquée.

### Une angoisse apaisante

Après l'annonce diagnostique d'un cancer du sein par son médecin, une femme se retrouve dans la rue, seule, sans personne à qui en parler. Son rendez-vous pour une mastectomie a été pris. L'intervention chirurgicale est programmée dix jours plus tard. Toute sa vie lui semble s'effondrer, et elle se met à angoisser au sujet de cette opération, de cette chirurgie du sein.

À cette femme, il a été remis un fascicule du réseau. Elle n'a pas dormi depuis l'annonce. Elle est submergée par l'angoisse. Elle appelle la coordination du réseau et obtient un rendez-vous le lendemain, avec moi. Dès le rendez-vous au téléphone, elle me parle de sa peur. À la fin de la première séance, elle dit que ma « voix est très apaisante ». Compte tenu de la proximité de

l'intervention et de son angoisse importante, je lui propose de nous rencontrer à trois reprises avant l'opération.

Ces trois rencontres vont lui permettre d'évoquer la question de l'identité, la perte de la féminité, sa place de femme. Le troisième jour, elle vient vêtue d'un tee-shirt sur lequel est imprimé « *Girl* ». Je lis, mais n'en dis rien. Elle parle de sa poitrine qui a toujours été belle, raconte qu'elle aimait porter de jolis chemisiers, que le regard des hommes lui plaisait, et que tout cela lui semblait fini.

Elle parle des choses importantes pour elle, mais des choses si peu importantes pour les médecins. Elle aime se promener à côté de la mer. Je l'y encourage.

Puis, elle évoque comment elle se voit après l'opération. C'est de l'imaginaire. L'imaginaire est en panne depuis l'effraction du réel de l'annonce de la mastectomie. Elle évoque comment elle se représente sa poitrine après l'intervention ; elle la voit « *creusée* ». Je reprends : « *Vous avez dit "creusée"* ». Elle s'arrête, semble réfléchir et dit : « *Mais non, elle ne sera pas comme ça, je le sais, il restera une petite boursoufflure... la cicatrice.* » Je souligne : « *La petite boursoufflure* », et la séance est interrompue. Le symbolique et l'imaginaire donnent sens au réel.

Elle se fait opérer et me téléphone après l'intervention pour me dire que tout s'est bien passé, même si elle s'est sentie un peu angoissée. Alors, elle ajoute, ce vers quoi je l'avais encouragée (c'est une suggestion) : « *J'ai pensé à ma promenade sur le littoral.* »

Je la croise parfois, lors de mes promenades sur le littoral, et elle est toujours vêtue de façon très féminine, avec de petites excentricités. C'est sa manière d'être bien vivante.

L'apport supplémentaire d'une prise en charge avec le réseau, c'est l'effet bénéfique pour l'hôpital. La durée d'hospitalisation est réduite, puisqu'une angoisse préopératoire allonge considérablement la durée d'hospitalisation en postopératoire. Cela a un coût non négligeable. En trois séances, l'angoisse du sujet a trouvé un fraying original et singulier. Ce bénéfice secondaire de la rencontre n'est pas pris en compte dans la gestion des actes de l'hôpital, privé ou public.

## Une expérience d'identification

S'identifier à l'expérience de la maladie n'est pas une mince affaire. Cela revient,

pour le sujet, à se créer, comme sujet, une identification symbolique pour ramasser l'expérience vécue et ressentie du cancer. L'identité en nous se constitue de multiples identifications qui nous traversent et qui constituent notre subjectivité. Le réseau ONCOPACA peut soutenir de telles identifications subjectives des patients malades du cancer.

Même si l'annonce du diagnostic a été faite, même si toutes les éventualités ont été dites, parfois, il reste un homme brisé par sa lutte contre la maladie, qui se sent « *mutilé* » et ne peut le dire. Ce patient a été atteint d'un cancer du foie, puis d'un cancer de l'estomac, puis d'un cancer de la tête du pancréas. Il a été opéré plusieurs fois. Après quatre ans, il est toujours vivant et il me dit, au sujet de ce parcours chirurgical : « *Je suis mutilé.* » C'est le signifiant « *mutilé* » qui est vrai pour lui, auquel il s'est identifié. Ce signifiant a fait bondir les médecins à qui il l'a évoqué. Dans un souci curieux, ils prétendaient le contraire ; ils tentaient de l'en dissuader au risque de voiler cette nouvelle identité qu'il s'était construite.

Cette nouvelle identité, dans sa parole, décrit bien la théorie singulière qui est celle du sujet. Cette théorie singulière intègre les « *événements de corps* » qu'il a subis et dont le « *je suis mutilé* » atteste. Il manquerait plus que ce signifiant « *mutilé* » ait disparu, sous la pression des soignants. C'est comme si un sujet ne pouvait pas penser de là où il en est. De quel droit le déposséder de son signifiant, celui qu'il a choisi ? Ce « *mutilé* » lui a permis un nouage entre le réel des multiples opérations, un nouage qui donne sens, c'est du symbolique à ce qu'il imagine. C'est devenu un signifiant important pour ce sujet, « *mutilé* », un signifiant qui parle bien de son expérience de vie, de son senti, de son vécu.

Après un travail psychothérapeutique, en quelques séances, c'est le soulagement de dire : « *Je suis mutilé* », et d'entendre le psychologue soutenir cette identification : « *Vous me dites : "je suis mutilé"* ».

Par une curiosité étonnante, les médecins aimeraient bien savoir ce que le malade a dit, comme si cela les concernait. En quoi cette identité singulière, subjective, peut-elle concerner la médecine et son discours savant, sur un objet, la maladie ? Le clinicien est garant de la confidentialité de cette confiance.

## Restaurer la confiance du sujet

Avec le sujet malade du cancer, le psychologue ne propose pas de faire quelque chose

dans une rencontre. On se rencontre. Un point, c'est tout. C'est le propre de l'alchimie. Parfois, quelque chose se passe qui est suffisamment important pour que le patient ait envie de continuer. Il est là, et de sa posture le sujet peut désirer ou ne pas désirer continuer, avec ce psychologue ou cette psychologue. C'est un choix subjectif, la rencontre avec un psy.

Et puis, notre écoute restaure le savoir du côté du sujet. Il en sait quelque chose. En tant que clinicien, il est important de préciser que je ne me sens pas engagé dans une obligation de la rencontre. Un patient vient me rencontrer. Si je n'ai pas le désir de cette rencontre, je lui remets trois autres noms de psychologues du réseau susceptibles de pouvoir le rencontrer. Il est important de bien connaître ses limites.

Une femme de cinquante ans, atteinte d'un cancer du rectum, m'est adressée pour une souffrance subjective au sujet de sa stomie. Je l'écoute et, à la fin de l'entretien, je lui propose un nouveau rendez-vous. Elle me relate : « *J'ai été opérée du rectum... J'ai une poche... les gens croient que c'est facile à supporter... Je l'accepte mal. C'est une infirmité... J'ai l'impression que tout le monde sait ce que j'ai. Je peux plus boire, plus manger. Avec une poche, on sait qu'il peut arriver quelque chose. Je le sais. Je ne suis pas normalement comme tout le monde... j'ai honte.* » La honte dite n'est pas la honte ressentie. Elle parle longuement de la difficulté à la changer. Les choses importantes sont dites tout de suite et elles vont se déplier au fur et à mesure des rencontres. Le praticien la laisse se dire à son rythme, celui qu'elle a choisi pour se dire.

Après deux rencontres, cette patiente m'indique sa souffrance d'avoir été réduite à sa maladie, lors de son entrée au bloc opératoire, par une parole qui l'a blessée : « *C'est le cancer du rectum.* » La parole d'un autre, non malade, l'avait réduite à ce bout de corps morbide défaillant. Qu'il est tentant pour le médecin de ne parler que de la théorie médicale et de son objet « *le cancer du rectum* ». Qu'il est violent pour le sujet d'être réduit à cet objet de connaissance et à cette partie du corps. C'est en le pleurant, qu'elle le dit : « *J'avais l'impression de ne plus exister, de ne plus être madame Untel, d'être rien que ce cancer au rectum.* » Les pleurs signent là un « *effet d'affect* » qui provoquent un effet cathartique et libérateur. Contrairement à ce qui est communément dit, dans la réalité psychique, les paroles restent et les écrits s'envolent. Trois séances après ses pleurs, elle s'est renseignée auprès d'une infirmière stomatothérapeute,

et elle se sent désormais capable de se prendre en charge, avec la stomie. Elle me le dit, et nos séances s'estompent alors.

### Le nombre de séances ou la question de la souplesse et de la malléabilité du cadre

Du fait du nombre limité de séances financées par le réseau, quel sens donner à ce nombre de séances ? En effet, soutenir quatre séances en moyenne n'indique pas que la maladie s'arrête là. Que peuvent signifier quatre séances « bouche-trou », en vue de colmater quoi ? Que se passe-t-il après ?

Nous sommes sensibles au fait que les patients ne peuvent pas toujours payer. La maladie les projette dans une précarité sociale et financière. Et la réponse des pouvoirs publics, au-delà des quatre séances en moyenne, consiste à les renvoyer vers leur mutuelle, quand les patients ont les moyens d'en avoir une et que les dites mutuelles remboursent.

Cette conjoncture n'empêche pas de se poser la question de la limite de ces premiers entretiens. Le monde qui nous entoure est construit sur nos représentations et nos fantasmes. L'annonce du diagnostic vient bouleverser, faire éclater ce monde. Cette élaboration psychique peut prendre du temps, en fonction de la souffrance subjective du patient et de sa singularité. C'est devenu « le monde d'avant » dès l'annonce émise par un médecin. Je suis conscient que la reconstruction ou la construction d'un autre monde, avec le cancer, ne peut se réduire à quatre séances. Quatre séances ne pourraient donc dédouaner les politiques de soins.

À mon avis, ces entretiens préliminaires sont plus destinés à « colmater » quelque chose que l'annonce du diagnostic médical, par exemple, à bouleverser ou à tenter de bricoler un frayage à un « effet d'affect ». Autant mettre un pansement sur une jambe de bois ! Quatre séances en moyenne, c'est un problème de moyen disproportionné par rapport à la tâche à accomplir. La tâche à accomplir devrait *a minima* favoriser l'élaboration psychique de la maladie, pour ce sujet, malade du cancer. Écrire ce « *texte à cette maladie* » (Pedinielli, 1993) coûterait beaucoup plus cher que quatre séances. L'élaboration psychique de la maladie a été, de fait, par le législateur et par les gouvernances, renvoyée à la sphère privée, c'est-à-dire ce qui est payé par le sujet.

Nous considérons que ces premiers entretiens peuvent participer à la mise au travail psychique, à l'élaboration de ce qui les fait souffrir. Autrement dit, ce sont des entretiens embrayeurs destinés à soulager le sujet, pour déposer une angoisse, dans un format de quatre séances en moyenne. Le « en moyenne » est précieux, en fonction de la singularité d'un sujet ou d'un autre. Fort heureusement, le réseau ajuste, en fonction d'éléments relevés par le praticien, sa prise en charge et autorise une extension de séances supplémentaires.

J'illustre avec ma pratique clinique une prolongation de séances pour un patient en grande précarité.

Ce patient de cinquante-six ans est atteint d'un cancer. Son médecin généraliste suspecte une troisième récurrence et me l'adresse, en attendant les résultats de la biopsie et de l'« anapath ». Dès la première rencontre avec ce patient, il m'est possible d'entendre la très grande souffrance qu'il ressent : il se sent grandement « *persécuté par les médecins* ». Je lui demande de m'expliquer. Cette persécution est la conséquence d'un long parcours médical. Il en veut au médecin oncologue de lui avoir fait croire, dès la première ligne de traitement, qu'en échange de lourdes chirurgies et chimiothérapies il guérirait. C'est une promesse de guérison non dite par les médecins qui donne du sens à ce qui incite les patients à se soumettre « sans rechigner » à la demande médicale. Il a pourtant perdu ses cheveux et quelques côtes. Et cela n'empêche pas la récurrence, et il fait de nouveau confiance à son médecin oncologue. Ce dernier lui propose une nouvelle chirurgie et une nouvelle chimiothérapie « plus lourde ». Et ces actes se sont révélés peu efficaces. Le volume de sa tumeur a grossi, en dépit de la chirurgie, et la colonne vertébrale est maintenant touchée. Après la trop grande confiance accordée aux médecins, la haine survient. Son médecin généraliste réalise qu'il vit replié sur lui-même, qu'il ne sort plus de chez lui et qu'il est dans une grande détresse.

Cette position qui lutte contre « la persécution des médecins » est la seule solution subjective trouvée, inventée par le sujet. En effet, les médecins lui proposent une nouvelle exérèse et une nouvelle chimiothérapie. Cette invention subjective lui permet de supporter les multiples intrusions des deux précédentes chirurgies, avec l'ablation d'une partie des côtes, de l'épaule et d'une partie de la poitrine. Ces intrusions ont été réellement éprouvées, vécues et ressenties.

Les indicateurs confirment la troisième récurrence. L'envahissement métastatique concerne tout le corps. Ce patient n'est pas dupe. Il a déjà fait l'expérience de ces examens, et le silence des médecins en dit long. Personne n'ose lui annoncer la troisième récurrence, mais il devine, dans le regard du radiologue, au moment du scanner, que ce médecin voit quelque chose sur l'imagerie. Ce dernier, comme le médecin oncologue, le renvoie sans en dire plus. J'ai déjà souligné combien les médecins étaient en souffrance d'annoncer la « mauvaise nouvelle » d'un objet de connaissance qui les confronte à l'impuissance. Du fait d'un silence pesant, ce patient, à qui les soignants n'osaient pas parler, se sent persécuté par tout le monde, jusqu'aux « *gens qui [le] regardent dans la rue* » ; il ne fait plus confiance à personne et vit replié sur lui-même, à son domicile.

Cette chape de silence entretient le sentiment de persécution du patient, et l'annonce de la troisième récurrence, ainsi que le nouveau traitement, n'y changent rien. Les quatre entretiens sont échus. Comme il se sent toujours persécuté, je lui propose une prolongation. Nous construisons ensemble ce que nous adressons à la coordination. C'est à lui de dire ce qu'il veut bien transmettre de nos entretiens. Je demande six séances supplémentaires, sans trop savoir où je vais.

Après les nouvelles quatre séances, peu à peu, il va déplier son récit de vie, son roman familial, les petites souffrances quotidiennes, celles qui le font souffrir. Ce réaccordage léger, avec son histoire, lui permet de changer de position. La position « être persécuté » par les médecins, soumis à l'angoisse s'aménage. Avant la fin du contrat, c'est-à-dire la fin des six séances demandées et autorisées par le réseau, il choisit d'interrompre les rencontres, et il peut alors se saisir d'une autre opportunité qui est de rejoindre un groupe de parole de patients atteints de cancer. Pour lui qui était replié sur lui-même, il était important d'entendre l'expérience, le vécu des autres, et cela lui a permis de se réinscrire dans un lien social. C'est la solution qu'il a trouvée. J'ai soutenu cette réponse singulière. Il est toujours en vie et a refusé la nouvelle chirurgie proposée. Il a considéré que les chimiothérapies pouvaient encore avoir un effet. Il a donc pu continuer une chimiothérapie.

Nos rencontres ont permis un changement de posture qui lui a donné une disponibilité psychique suffisante pour trouver cette solution.

## Généralités

À l'hôpital, les soignants, médecins, infirmiers, aide-soignants, sont pris dans le « faire ». Normal, tout acte doit être rentable et coté. C'est l'effet pervers de la cotation à l'acte. En général, après l'hypothèse diagnostique : « Vous avez un cancer, une tumeur », les médecins précisent : « On va faire une chimiothérapie », « On va faire une radiothérapie », « On va faire une énième chirurgie ». Le « on » réduit le sujet malade à devenir acteur, l'agent de son soin prescrit par un autre, le médecin. Quand le médecin annonce « on va faire » ceci ou cela, il soutient une asymétrie de pouvoir.

Alors que nous, psychologues du réseau, nous soutenons une autre place, celle du côté, « Être avec » le sujet malade du cancer. Cet « Être avec » l'autre est une posture subjective. Une médecine qui tient la route, c'est justement une médecine qui s'appuie sur la posture subjective d'un médecin, et pas seulement sur les données dites « objectives » de l'« anapath ». Et c'est là où, parfois, il y a un malentendu et un mal-dit entre le médecin et le patient.

Le pire, c'est quand un médecin vient me rencontrer pour me parler de son cancer. Il évoque que ce discours médical lui est insupportable. Il explique bien tous les chiffres de sa connaissance, mais cela ne l'exempte pas d'angoisser, tant ce discours médical le désavoue en tant que sujet.

Et c'est là où le réseau peut trouver sa place pour qu'un sujet malade du cancer puisse déposer ce malentendu entre les connaissances objectives et la subjectivité du malade. En quelque sorte, je défends une place de traducteur, entre les deux.

Au moment de la récurrence, la plainte des médecins, avec l'angoisse d'annoncer la « mauvaise nouvelle », revient. Un collègue me disait : « On n'est pas formé pour vivre cela. » Le passage de « faire » à « être », ça ne s'invente pas. De mon expérience, les médecins sortent tout autant ravagés de la chambre des patients que les patients eux-mêmes, à qui ils ont dû annoncer la récurrence ou le passage du curatif au palliatif.

Alors, maintenant que les frontières se sont brouillées entre le malade et le médecin, entre le médecin et le psychologue, entre le psychologue et le malade, il est possible d'indiquer que le patient, comme le médecin, sont pris dans quelque chose qu'ils imaginent de la relation.

Combien de fois ai-je pu rencontrer des patients qui me disaient « ça sert à rien »,

tout en continuant à me parler, pendant trente minutes. À la fin de l'entretien, ils me demandent, sans hésiter, un autre rendez-vous. Cela montre bien que le dit reste un dit, mais que cela ne les engage pas. En revanche, ces patients savent se servir du psychologue quand ils redemandent une séance.

Cela montre surtout que le sujet peut être entendu, même dans ses contradictions, et, s'il revient, cela soutient surtout qu'inconsciemment, dans sa réalité psychique, quelque chose s'est déjà mis au travail. À ce point-là, le praticien en sait un bout. Dans un monde où l'évaluation domine, comment rendre compte de la part de l'inconscient qui, à notre insu, incite le patient malade du cancer à redemander une séance ? ■

Pour information, des rencontres sont prévues à Marseille, les 4 et 5 juin 2010. Elles seront accessibles à toute personne intéressée.

Caroline Pelletti, psychologue coordinatrice du volet Psychologie du réseau ONCOPACA-Corse, invite les lecteurs à faire des retours de leurs lectures, afin d'enrichir le travail en cours et nourrir une synthèse plus globale.

Courriel : [psychologie@oncopaca.org](mailto:psychologie@oncopaca.org)

## Bibliographie

Canguilhem G., 1966, *Le Normal et le pathologique*, Paris, PUF.

Clavreul J., 1979, « Discours médical et discours psychanalytique », in *L'Ordre médical*, Paris, Le Seuil, pp. 159-171.

Diébold L., Pedinielli J.-L., 2009, « Douleur et réalité psychique à l'hôpital », in *Psychologie clinique*, 27 : 164-173.

Oury J., 2007, « Chemins vers la clinique », in *L'Évolution psychiatrique*, 72 : 3-14.

Pedinielli J.-L., 1993, « Psychopathologie du somatique : la "maladie-du-malade" », *Cliniques méditerranéennes*, 37-38 : 121-137.

Pruvost J., 2009, *Au sujet de l'alphabet des mots du cancer*, Marseille, Institut Paoli Calmette.

Vian B., 1947, *L'Écume des jours*, Paris, Hachette.