

LES EFFETS DE L'ANNONCE DU CANCER

[Aurélié Negri](#), [Clara Baas](#)

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

2014/4 n° 317 | pages 18 à 23

ISSN 0752-501X

DOI 10.3917/jdp.317.0018

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2014-4-page-18.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.

Les effets de l'annonce



Aurélie Negri

Psychologue clinicienne
Hôpitaux universitaires
de Strasbourg, pôle
d'hématologie et
d'oncologie



Clara Baas

Psychologue clinicienne
Hôpital de Hautepierre,
service de sénologie

L'annonce du cancer vient bouleverser la temporalité psychique du patient. Dans ce contexte de rupture, le travail du psychologue se révèle essentiel pour aider le sujet à aborder les questionnements induits par cette effraction du réel. Cette annonce peut avoir un retentissement immédiat, six mois après ou bien des années plus tard. C'est donc dans un espace-temps singulier et propre à chaque patient que doit s'inscrire la rencontre.

En dépit des avancées dans le dépistage et les traitements, le cancer reste une maladie redoutée en raison des représentations qu'elle véhicule : mort, souffrance, traitements longs et pénibles. Le cancer est « *ce produit de l'incontrôlable et de l'absurde qui vient figer le temps ou l'accélérer face à l'échéance d'une mort perçue comme prochaine* » (Clément-Hryniewicz, Paillaud, 2008). En premier lieu, le temps de l'annonce du cancer est surtout consacré aux aspects concrets des soins à venir. Le corps médical fait une proposition thérapeutique qui ne laisse guère de place à la réflexion face à « l'urgence » de débiter un traitement. Dans ce contexte, il se peut que survienne une fracture entre la poursuite linéaire du temps physique et la temporalité psychique du sujet. Là où le patient se voit questionné par l'annonce et l'expérience de la maladie, par les angoisses qu'elle engendre, il importe que le sujet en quête de sens trouve l'espace et le temps pour exprimer ses craintes et ses interrogations. Il s'agit de faire une place à la vie psychique du sujet, à sa temporalité propre, au temps nécessaire pour l'élaboration signifiante. Ainsi, l'amélioration des

conditions d'annonce du diagnostic de cancer, en prenant notamment en compte l'aspect psychologique, est devenue une mesure emblématique depuis le Plan cancer 2003-2007. Nombre de psychologues ont été engagés dans le cadre de ce plan cancer dans l'optique d'être partie prenante du dispositif d'annonce. Cependant, les modalités d'intégration du psychologue ne font pas l'objet d'une formalisation arrêtée. « *Le psychologue peut se présenter spontanément au début de la prise en charge et proposer une aide éventuelle, dans l'immédiat ou dans l'avenir, pour [le patient] lui-même ou pour ses proches. Cette offre doit rester une proposition et ne jamais revêtir un caractère obligatoire* ». Si le temps de l'annonce du cancer fait l'objet de consultations médicales et infirmières relativement définies, en revanche la consultation psychologique n'est, quant à elle, pas programmée de façon systématique dans ce dispositif, même si elle se doit d'être systématiquement proposée au patient. Cette absence de protocolisation de la consultation psychologique au moment de l'annonce laisse au psychologue la possibilité de penser et d'ajuster son intervention. Cela vient souligner la nécessité d'un questionnement sur les manières dont les patients peuvent être amenés à rencontrer le psychologue, plus que de réponses prédéterminées : « *Si l'accessibilité du psychologue suppose de développer la souplesse nécessaire pour rencontrer les patients, s'adapter à eux, elle dépend aussi du lien direct que nous établissons avec les médecins et les soignants*. » (Barruel, 2005.) En effet, la place du psychologue dans le discours des soignants est essentielle pour faire exister de manière symbolique et clinique la dimension psychique dans l'institution hospitalière.

À travers notre expérience clinique auprès des patients atteints de cancer, nous avons souhaité mener une double réflexion sur la temporalité des processus psychiques dans les suites de l'annonce du cancer et, parallèlement,

du cancer

sur le(s) temps possible(s) et propice(s) à la formulation d'une demande de consultation psychologique de la part du patient.

LA TEMPORALITÉ DU SUJET FACE À L'ANNONCE D'UN CANCER

Le temps est un concept difficile à saisir, car il est abstrait, invisible, insaisissable. Or, le temps est constitutif de notre condition existentielle, il situe l'être humain dans un cadre et rythme sa vie personnelle. Le plus communément, l'homme se représente le temps par un axe linéaire où figurent le passé, le présent et le futur, avec l'idée que le temps s'écoule du passé vers le futur. En revanche, il n'en va pas de même pour la temporalité psychique du sujet. En psychologie, « *la réalité psychique ne se définit pas dans un cadre spatio-temporel* » (Laget, 1995). Le temps n'existe pas indépendamment du sujet, il s'agit toujours d'un temps subjectif, d'un temps vécu, c'est pourquoi nous parlons de « temporalité ». Il importe de comprendre que c'est précisément le travail psychique qui fabrique le temps (le sentiment de la durée), qui réinvente en permanence le passé et l'avenir du sujet. Toutefois, ce travail ne peut s'opérer qu'à condition que les événements vécus par le sujet puissent s'incorporer dans son histoire. Or, l'annonce d'une maladie grave, telle que le cancer, s'insinue dans le psychisme du sujet comme un corps étranger atemporel qui fait effraction au sein de son système de représentations. Entre le processus médical auquel le sujet s'en remet et sa propre position subjective, une fracture peut survenir. Il y a alors une scission entre, d'un côté, ce qui relève de la réalité, du médical, du familier, des autres, et, de l'autre, un sujet fragilisé par l'annonce de sa maladie, qui n'a plus « l'assurance d'être chez lui ».

L'annonce du cancer va marquer une rupture, car le sujet se voit dépossédé de l'innocence que lui procuraient ses

L'épée de Damoclès

Mais qu'ai-je donc bien fait pour mériter cela ?
Est-ce dans ma nature, est-ce dans mon Karma ?
L'expédition punitive est sans égal
Lancinante et présente elle m'avale
Au-dessus de ma tête à côté de mes pas
Se fraye le chemin de celle qui ne s'en ira pas.
Je te dompte ma belle, je te dompte, tu vois
Pour gagner encore quelques jours quelques heures
ou quelques années ici-bas,
car je sais que quand sonne l'heure
Où que ce soit, tu viendras.
Je te tiens à distance, bien que tu me côtoies
Viens transpercer mon cœur, viens transpercer ma joie
Seulement le jour où la vie pour moi n'aura plus d'éclat.

Marina Dirsey, Recueil poétique, *La Mutante*.

Dès l'annonce de sa maladie, Marina Dirsey s'est engagée dans un travail d'écriture, avec la tenue d'un journal, qui n'a pas toujours été chronologique, mais où « *les idées sont venues au fil du stylo, tantôt de courts textes poétiques, tantôt des détails d'un vécu, tantôt des réflexions philosophiques, tantôt des commentaires de lecture d'ouvrages de psychologie, qui [l']ont accompagnée et soutenue durant la maladie* ».

Parallèlement, « *très vite, juste après l'annonce de la maladie, faire des photos du sein avant qu'il ne disparaisse est devenu une urgence, la nécessité de garder une trace* ». Un travail photographique en plusieurs temps, au fur et à mesure du traitement et de la reconstruction, s'engage alors avec le photographe Pierre-Jean Amar. Entre empathie et confiance en l'autre, un travail artistique a vu le jour, dont nous vous présentons des extraits au fil des pages qui vont suivre.

illusions désormais battues en brèche : l'illusion d'être intouchable et invulnérable, l'illusion de vivre protégé, à l'abri de la mort, d'être immortel. L'annonce vient confronter le sujet à l'idée de sa propre mort. « *Le cancer, ce n'est pas "tomber malade", c'est "tomber-mourir", et même "tomber-mort"* ». (Deschamps, 1997.) L'épaisseur et les limites de la vie du sujet se font sentir, comme si les coordonnées de son existence référées à des dimensions infinies étaient subitement ramenées à une échelle restreinte, tangible et réelle. « *La temporalité n'est plus une temporalité infinie qui s'ouvre sur une infinité de possibilités, mais elle est une* →

Note

1. Recommandations nationales pour la mise en œuvre du dispositif d'annonce du cancer dans les établissements de santé. Institut national du cancer, <http://www.e-cancer.fr>.

→ *temporalité finie*². » Le socle sur lequel le sujet se tenait jusque-là se montre fragile : sa vie pourrait vaciller et le faire basculer dans l'inconnu et l'étrangeté que représente la perspective de la maladie et de sa propre mort. Toutefois, cette notion de mort ne s'impose pas nécessairement au sujet de façon consciente, claire et distincte, mais, bien souvent, de façon insidieuse : le sujet est mis en contact de façon implicite avec cette étrangeté radicale qui se loge au fond de lui, à savoir la possibilité de se voir « séparé » de ses ports d'attache. En effet, l'annonce du cancer fait traumatisme, car la notion de mort et les limites temporelles qu'elle impose au sujet modifient potentiellement le sens de sa vie. Implicitement, le sujet est amené à revisiter son existence, à la voir avec des yeux nouveaux, avec les yeux de celui qui sait que cela ne dure pas. Poussé à cette extrême limite de lui-même, le sujet se voit rongé par l'angoisse

de « perdre » ce à quoi il est attaché. Cette menace de perdre, d'être arraché, séparé, l'incite au fond de lui à prendre la mesure de ce qui compose sa vie, son histoire, à saisir ce qui le définit. Ainsi convoqué au seuil de sa mort, le sujet est par là même interpellé à l'endroit de ses liens d'attachement et de dépendance. Cette découverte de ce qui le lie au monde, de ce à quoi il tient, peut progressivement l'amener à se penser autrement dans son rapport à l'autre, à se rendre capable de se détacher et à se positionner autrement à l'endroit de ses attaches.

Cependant, avant que ne s'opère ce travail de mise en

lien et de mise en sens, l'annonce du cancer et ses enjeux non élaborés vont inconsciemment suivre leur cours et se manifester à l'insu du sujet dans des symptômes d'angoisse, de confusion... Ces symptômes fonctionnent en dehors de toute causalité apparente, en dehors de toute temporalité. Sigmund Freud opère une différenciation entre temps linéaire et temps psychique. « *Les processus du système inconscient sont intemporels, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas ordonnés dans le temps, ne sont pas modifiés par l'écoulement*

du temps, n'ont absolument aucune relation avec le temps. » (Freud, 1915.) Ainsi, quelque chose du sujet et du cours de sa vie reste inconsciemment suspendu et figé autour de l'annonce du cancer, si bien que son vécu ne s'inscrit plus dans le cours d'une vie qui s'écoule. Le temps de la maladie est en quelque sorte hors temps. Le temps de celui qui se sait atteint par un cancer ne se déroule plus sur la flèche du temps. Le patient « *va faire coexister quelques points fixes sur l'horloge de l'institution et sur son agenda, avec le flou d'intervalles de temps d'un vécu qui lui échappe. Il ne fait plus coïncider le temps du monde extérieur et celui de la relation qu'il construit avec sa maladie* » (Vidalenc, 2004).

Pour en témoigner, voici le récit de Madame C. qui revient sur son vécu de la maladie quelques mois après la fin des traitements : « *Au début, tu n'as pas le temps de penser, tu as la tête dans le guidon et tu avances, tu n'as pas le temps de penser à autre chose qu'à ta survie. Tu te dis que ta vie va être différente et il émerge des priorités. Le jour où on m'a annoncé mon cancer, ma vie s'est arrêtée. Au bout d'un moment, tu prends conscience que tu n'iras plus bosser, que ta blouse est toujours suspendue, que tu ne feras pas ton pot de départ en retraite. Avec de la distance, tu vis toujours avec cette histoire-là, malgré tout, la question de la récurrence en toile de fond. Puis, quand les traitements sont finis, les gens qui vous entouraient reprennent leur vie, et toi, tu te retrouves dans une vie qui a basculé par rapport à avant, et ça, ce n'est pas évident. Il faut se recréer une vie après.* »

Le moment de l'annonce est donc un événement bien particulier pour tout malade, qui va progressivement le faire basculer dans une autre temporalité marquée par un avant et un après. « *Ce n'est donc pas la nature de l'événement qui pose problème, mais sa structure même d'événement, c'est-à-dire une étape signifiante qui trace une frontière entre un avant et un après. Le reproche que le sujet se fait, c'est peut-être avant tout*



Découverte



Inquiétude

Note

2. Simonelli T., 1998, « De Heidegger à Lacan », <http://psychanalyse.lu/articles/SimonelliHeideggerLacan.htm>.

le reproche de vouloir nier le franchissement, de vouloir revenir dans l'avant, alors qu'il est déjà dans l'après. » (Nominé, 2009.) Pour que cette temporalité psychique en suspens depuis l'annonce du cancer reprenne son cours, il est nécessaire que s'opère une inscription de cette confrontation à la maladie dans l'histoire du sujet. Cette inscription s'effectue lorsque cet événement devient déterminant pour le sujet au point de le transformer et d'orienter sa vie, délimitant désormais un avant et un après. Ce travail d'acceptation et d'appropriation de la maladie suppose une élaboration psychique dont l'amorce, la durée et la profondeur dépendent de l'histoire du sujet, de ses capacités d'adaptation face à une maladie grave et des enjeux affectifs singuliers qu'elle convoque chez chacun.

DU TEMPS DE L'ÉLABORATION AUX TEMPS DE LA DEMANDE

Bien souvent, l'élaboration de la demande d'une prise en charge psychologique par le patient correspond au moment où s'opère un passage vers un repositionnement subjectif. Ainsi, cette demande ne va pas toujours de pair avec l'annonce de la maladie. Le soin du corps a une temporalité autre que le travail de la psyché. Il s'agira, pour chaque psychologue, d'être sensible à cette dimension de la temporalité psychique pour orienter son intervention. Selon chaque patient, il y a un temps pour se faire connaître et prendre contact, un temps pour intervenir, un temps de retrait correspondant au temps d'élaboration d'une demande par le patient et un temps, enfin, où le recours au psychologue pourra prendre sens. « Freud avait déjà, dans sa construction de la théorie analytique, découvert la nécessité d'introduire le temps de l'élaboration du sujet [...], il faut le temps que le sujet élabore ses allers-retours propres à la signification, pris dans les battements de l'aliénation et la séparation, face aux surprises du retour du refoulé. » (Izcochiv, 2009.) Nous tenterons d'éclaircir cette question en livrant ici un aperçu des différentes dynamiques relationnelles qui président à la rencontre avec le psychologue et à l'amorce d'un éventuel suivi psychologique.

Une demande immédiate

C'est à la suite de la consultation d'annonce que Madame M. a exprimé spontanément le désir de prendre contact avec la psychologue du service. Dès notre première rencontre, Madame M. s'effondre et manifeste le besoin de revenir sur la consultation médicale, de reprendre les paroles entendues pour être sûre de ce qui lui arrive. À chaque entretien, elle évoque ce besoin de revenir sur un passé figé par l'irréalité de la situation : « Je n'arrive pas à y croire.

Parfois, je ne sais plus si je suis dans un mauvais rêve ou si c'est réel. » Elle témoigne d'une angoisse débordante que ni le corps ni l'esprit ne peuvent contenir, une angoisse réactivée à chaque consultation : « J'ai peur de ce qu'on pourrait encore m'annoncer. » Pour Madame M., l'annonce du cancer « fait figure de détonateur dans le ciel d'une vie apparemment normale, banale, sans problème et bouche tout horizon futur ! Cette déchirure laisse échapper (ou provoque ?) une angoisse démesurée, incapable de se relier à autre chose qu'à la répétition-réviviscence de l'événement brut » (Fitoussi, 2001). Ainsi, après chaque consultation avec son médecin, elle demandera à être immédiatement prise en consultation psychologique, et ce, jusqu'à la fin de son traitement. Pour dépasser le trauma et les symptômes répétitifs qui en découlent, certains patients ont besoin d'un espace de parole où déposer leurs doutes, leurs questions, leurs angoisses, et venir se confronter au réel d'une situation insoutenable. Si certains patients, à l'image de Madame M., peuvent exprimer une demande immédiate, pour d'autres, les choses se révèlent bien plus complexes dans le cheminement psychique nécessaire à la formulation éventuelle d'une demande de soutien psychologique.

Une demande différée dans le temps du traitement

Afin de me faire connaître des patients, il m'arrive d'aller à leur rencontre dans le service pour tout simplement me présenter. C'est ainsi que je fais la connaissance de Madame L. Elle est infirmière et me reçoit « poliment » dans sa chambre. Elle exprime très rapidement le fait de ne pas avoir besoin d'un soutien psychologique. Du fait de sa profession, elle estime qu'elle sait à quoi s'attendre et n'a donc aucun questionnement. « Pour moi, il n'y a pas eu d'annonce, je savais avant même de rencontrer le corps médical. Un jour, j'ai senti une boule, pour moi c'était clair, c'était intégré. L'annonce par le médecin faisait partie du voyage, je savais ce que j'avais et comment cela allait se passer. » À la suite de cette première entrevue, je propose à Madame L. un autre rendez-vous qu'elle déclinera. Après plusieurs mois de cure de chimiothérapie, nos chemins se croisent. Elle saisit cet instant pour me dire qu'elle →



Renouveau

→ ne se sent pas bien et exprime pour la première fois le besoin de dire quelque chose de son mal-être à quelqu'un : « *Au début, je ne voulais pas vous rencontrer, je n'avais pas une position très claire par rapport aux psychologues. Pour moi, en tant qu'infirmière, vous marchiez sur mes plates-bandes. L'écoute du patient faisait partie de mon travail. Vous étiez quelqu'un qui n'avait pas de place dans ma vie, j'avais ma famille pour m'écouter ; mais je m'aperçois que c'est plus facile de parler à quelqu'un d'étranger. Je ne réalisais pas au départ l'impact de ce parcours, je me sentais suffisamment costaud.* »

L'accès au psychologue suppose le franchissement d'un certain nombre de barrières psychologiques causées par « *toutes sortes de résistances ou réticences associées à la place du psychologue, à la méconnaissance de son rôle précis et de sa fonction dans un service hospitalier* » (Fitousi, 2001), mais aussi par certains mécanismes défensifs inconscients qu'éveille cette rencontre particulière. En outre, le désir d'être suivi par un psychologue émerge souvent à la faveur d'un déplacement, voire d'un dessaisissement des représentations qui entourent le cancer : il arrive, en effet, que le savoir médical, les discours ambiants, les échanges avec les proches comme les nombreuses croyances relatives au cancer ne suffisent plus à contenir les interrogations subjectives qui s'imposent au sujet. Ainsi, dans le cas de Madame L., nous observons très bien ce basculement lorsque son savoir d'infirmière, sa connaissance de la maladie, le soutien de ses proches, ne lui permettent plus de faire face à l'insistance de certaines questions engendrées par la maladie sur le versant subjectif. Dans la mesure où il n'y a plus de réponse à portée de main face à certaines énigmes telles que « *Quel sens donner à ma vie ? Qui suis-je ?...* », alors la nécessité de parler et d'élaborer son rapport personnel à la maladie se fait sentir. Le psychologue n'est pas là à proprement parler pour donner des réponses, mais pour maintenir l'ouverture du sens et pour inciter le sujet à se donner ses propres réponses. Par cette démarche singulière, le psychologue a cette fonction symbolique, dans un service hospitalier, de faire une place au sens subjectif. Ce faisant, il permet au sujet de s'arracher de la facticité de certains discours convenus et de faire coexister le discours subjectif à venir à côté des autres discours préexistants sur la maladie.

Ainsi, les dispositions psychologiques des patients à l'égard de la prise en charge psychologique évoluent entre le temps de l'annonce et celui des traitements. Il importe donc que les soignants comme les psychologues repèrent les moments d'ouverture psychique propres à chaque sujet, c'est-à-dire les moments propices où ses résistances sont susceptibles de céder, où le sujet sera

en mesure d'entendre la possibilité qu'il a d'avoir recours au psychologue et, *a fortiori*, pour le psychologue le moment charnière auquel débiter un travail. Il ne suffit pas qu'ait été mentionnée une fois la possibilité d'une prise en charge psychologique lors de la consultation médicale d'annonce ou lors d'une autre consultation pour que le patient y ait effectivement recours.

La réceptivité fluctuante du patient au gré de l'évolution de son état émotionnel et de ses défenses nous incite à penser qu'il n'est pas inutile d'évoquer à différents moments cette possibilité, et ce, même lorsque le patient est médicalement considéré comme « guéri ».

Une demande cinq ans après la fin des traitements

Madame V., quarante-six ans, me contacte à sa demande. Elle a été prise en charge dans le service pour un cancer du sein et elle est en rémission depuis cinq ans. Certes, aujourd'hui, Madame V. n'a plus de traitement, pour autant, elle ne peut se défaire de l'expérience de la maladie. Elle n'a jamais sollicité d'aide sur le plan psychologique, mais, là, elle ne veut plus continuer comme cela. Elle témoigne d'un événement qui a été à l'origine de sa demande : « *Quand vraiment cela ne va plus, il m'arrive d'aller m'asseoir dans un coin de ma cuisine, prostrée sur mon tabouret, la tête basse. La dernière fois que cela m'est arrivé, ma fille était là. Elle est venue s'asseoir à côté de moi et a pris la même position. Ce n'est pas possible, je ne veux pas qu'elle soit comme moi, je ne veux pas que les choses se répètent, je ne veux pas qu'elle tombe malade comme moi.* » Madame V. revient sur son histoire et s'interroge : « *Pourquoi je suis tombée malade au même âge que ma mère ? Je sais que ce n'est pas une maladie héréditaire. Alors pourquoi ?* » Avant de tomber malade, Madame V. a accompagné sa mère dans son propre cancer. « *Je l'ai vue se battre, et vous savez, à l'époque, on n'était pas soigné de la même façon. Je l'ai vue souffrir, lutter et, finalement, elle est morte.* » Madame V. évoque l'annonce de sa maladie et le traumatisme qui en a surgi : « *J'ai perdu goût à la vie quand on m'a dit que j'avais un cancer. Malgré la présence de ma fille, j'avais envie de mourir.* » Depuis l'annonce de son cancer, le temps s'est arrêté pour Madame V. Elle voit les autres continuer à vivre autour d'elle, mais elle, elle n'y arrive plus. Elle voit le temps passer, elle voit sa fille grandir, mais elle se sent spectatrice de tout cela. Elle a bien conscience que le temps passe, mais sa temporalité est restée figée au temps de l'annonce de sa maladie. Elle aimerait à nouveau entrevoir le futur et pouvoir faire des projets, mais c'est au-dessus de ses forces, elle n'y arrive pas. Toute projection dans le futur la renvoie à la peur de la récurrence, à l'histoire de sa mère qui, maintenant, est

entremêlée à la sienne. Madame V., suspendue dans une temporalité qui relève du traumatisme de l'annonce de sa maladie et des liens qu'elle a faits avec son histoire, termine cette première rencontre par cette phrase : « *Il faut qu'on me répare, vous vous imaginez le modèle que je donne à ma fille. Je veux redevenir comme avant, avant la maladie.* »

Ainsi, l'expérience de la maladie dépasse largement sa réalité médicale, puisque, même guérie, Madame V. est encore prisonnière de l'idée d'être « malade ». La guérison médicale est une donnée objective qui ne nous dit rien de l'état psychique du patient, de la manière dont l'expérience de la maladie a été métabolisée, « historicisée » dans l'histoire du sujet (Marx, 2004). Or, c'est parfois précisément lorsque le sujet est dit « guéri » par le corps médical, lorsque sa vie est censée pouvoir reprendre son cours que le sujet se trouve dans l'impossibilité de pouvoir recommencer à vivre « comme avant ».

Se pose implicitement la question de l'expérience subjective de la maladie qu'a traversée ou que traverse encore le sujet : « *Que m'est-il arrivé ou que m'arrive-t-il désormais ?* », « *À quelle menace ai-je réchappé ?* *Suis-je débarrassé(e) définitivement de cette menace ?* » Pour Madame V., comme pour de nombreux patients, l'expérience de la maladie vient actualiser certaines questions qui étaient toujours là et qui exposent le sujet à lui-même, à ses attaches et à son histoire.

« *Recoller les morceaux, après l'épreuve du traitement anticancéreux, c'est non seulement prendre conscience du fait qu'il faut vivre avec ce qui a changé, mais, autant que possible, assurer une continuité biographique entre le soi du passé, celui du présent et celui du futur.* » (Ménoiret, 1999.)

CONCLUSION

Comme en témoignent les différentes histoires de ces patientes, l'annonce d'un cancer a un retentissement psychique singulier : immédiatement, six mois après, voire quelques années plus tard. « *Si le temps de l'annonce est souvent considéré comme propice, riche en remaniements psychiques et constituant une ouverture, il peut, chez d'autres, entraîner une véritable sidération, un refus de toute réflexion ou introspection, un appauvrissement des affects et des représentations, ne permettant guère une intervention psychothérapeutique* » (Poulin, Nicaise, Bacqué, 2005.)

Autrement dit, ce n'est pas parce que le moment de l'annonce constitue un détonateur qui prélude à de vastes mouvements psychiques et émotionnels qu'il faille, pour autant, précipiter la prise en charge psychologique du sujet. Il importe que l'intervention du psychologue puisse éventuellement se décaler des autres interventions

médicales ou non médicales, et se positionner dans un autre temps qui sera celui du patient et de sa demande.

La rencontre avec le psychologue constitue, en premier lieu, un cadre qui ouvre des brèches de sens à côté des autres discours, un cadre où le patient va pouvoir venir témoigner en son nom de son vécu de la maladie, des enjeux du cancer, et mettre en forme quelque chose de cette rupture faite par la maladie dans sa

psyché. Le passé n'est plus en lien avec le présent, et le futur est obturé par l'angoisse de la maladie et de la mort.

Il n'y a plus qu'un présent figé dans l'ici et maintenant.

À travers son écoute, le psychologue donne l'occasion au patient de prendre la parole, de mettre en mots sa place, son vécu, son rapport à sa maladie, sa souffrance, afin de s'en dégager dans le réel. Ce travail psychique de symbolisation amène le patient à faire figurer l'annonce et l'expérience de la maladie dans une histoire qui se déploie : histoire des origines du sujet, histoire du traumatisme de la maladie. « *Au fond, il s'agira de penser le traumatisme comme situation extrême de la rencontre de la temporalité, espace de cristallisation des enjeux du traitement de l'expérience historique dans ce qu'elle déborde le sujet dans sa présence subjective.* » (Roman, 2006.) Il s'agira de permettre au patient de faire un travail de liaison-déliation entre événements passé, présent et à venir, entre sa vie et la possibilité de sa propre mort, et ce, afin de pouvoir entrevoir à nouveau la dimension future.

Ainsi, il n'est pas question d'un travail psychologique dans l'immédiateté, dans l'urgence d'un soin et d'une réponse, mais d'un travail qui, précisément, s'inscrit dans le temps psychique du sujet. Il s'agit donc d'une intervention autre qui crée un espace-temps singulier et fait ainsi exister la dimension psychique. « *Donner au patient la liberté de "dire" reste alors la seule manière de reconnaître le sujet, fût-il gravement affecté somatiquement, en tant que personne désirante. Et c'est, me semble-t-il, du rôle de l'analyste [ou du psychologue en milieu hospitalier] de créer un espace et un temps pour que le dire puisse se déployer* ». »

L'expérience de la maladie vient actualiser certaines questions qui exposent le sujet à lui-même, à ses attaches et à son histoire.

Note

3. Decker G. de, « Face à la maladie grave, quelle écoute possible ? », *Séminaire d'été d'Espace analytique : Réel, Symbolique, Imaginaire*, Paris, 5 septembre 2009 (inédit).