

# L'impact d'une prise en charge psychologique chez deux patients atteints de cancer : les difficultés méthodologiques liées au statut de psychologue stagiaire

## The impact of psychological care in two patients with cancer: the methodological difficulties related to the psychologist trainee's status

V. Suissa · M.-C. Castillo · A. Blanchet · A. Santarpia · A. Warusfel

Reçu le 5 septembre 2011 ; accepté le 4 avril 2012  
© Springer-Verlag France 2012

**Résumé** Cette étude qualitative de type clinique porte sur l'impact de la prise en charge psychologique de deux patients atteints de cancer dans les étapes de la rémission et de la récurrence. Il s'agit ici, pour une stagiaire-psychologue, de « s'immiscer » dans la relation déjà instaurée d'un patient avec son psychologue et de mettre en exergue les difficultés méthodologiques liées au statut de psychologue stagiaire. Le premier cas (contexte de rémission) va illustrer le vécu psychologique, la tentative de « mise à distance » de la maladie et la « relation asymétrique » vis-à-vis du psychologue stagiaire. Le second cas (contexte de récurrence) décrit « le déni » comme un mécanisme de défense presque nécessaire au patient pour maintenir une stabilité interne et la difficulté, voire l'impossibilité à établir un « lien » patient-psychologue-stagiaire. La relation patient-psychologue est discutée en lien avec l'intervention d'une stagiaire psychologue.

**Mots clés** Prise en charge psychologique · Impact · Rémission · Récurrence · Relation patient-psychologue-stagiaire

**Abstract** This study presents a reflection relative to the impact of the psychological care on two patients with cancer

V. Suissa (✉) · M.-C. Castillo · A. Blanchet  
Laboratoire psychopathologie et neuropsychologie (EA2027),  
université Paris-VIII, France  
e-mail : veroniquesuissa@hotmail.fr

V. Suissa  
Clinique « Des Jones Marins » (groupe Korian),  
F-94170 Le Perreux-sur-Marne, France

A. Santarpia  
Laboratoire de psychopathologie clinique et de psychanalyse,  
université Aix-Marseille I, France

A. Warusfel  
Accueil cancer de la ville de Paris, France

in two phases: remission and recurrence. We try to highlight the question, for a trainee psychologist, of “interfering” in the relation already established by a patient with his psychologist. In the first case (remission), our objective is to investigate the experience of the disease through the attempt of “remote stake” towards the disease and the “asymmetric relation” towards the psychologist. In the second case (recurrence), we describe denial as a mechanism of almost necessary defense for the patient to preserve his internal stability and the difficulty, even the impossibility, to establish a “link” between the patient and the psychologist trainee. We try to open a reflection around the link between the patient and the psychologist in connection with the intervention of a trainee psychologist.

**Keywords** Impact of psychological care · Remission · Recurrence · Patient-psychologist-trainee relation

## Introduction

Dans le cadre d'un stage de psychologue et en vue d'une recherche, nous avons été amenés à réfléchir à la prise en charge psychologique de patients atteints de cancer, à deux phases de la maladie. Les modalités de la rencontre avec le psychologue et la nature de l'impact d'une telle prise en charge, c'est-à-dire le changement en termes de « mieux-être » chez le patient ont été étudiées. Il s'agit d'une étude qualitative clinique élaborée lors d'un mémoire de Master avec pour objectif d'explorer le vécu de la maladie par un patient et d'ouvrir des perspectives sur la relation instaurée entre un patient et un psychologue<sup>1</sup> à partir de deux cas

<sup>1</sup> Précisons que l'exploration de cette relation est effectuée par un psychologue stagiaire qui rencontre ces patients pour la première fois et non par la psychologue en charge de ces patients.

cliniques. Ces entretiens de recherche ont été réalisés avec deux patients suivis par une psychologue travaillant depuis quelques années au sein d'une structure d'accompagnement des personnes atteintes de la maladie ainsi que de leurs proches. Le premier cas est celui de David, en rémission, rencontré sans sa psychologue, dans le cadre de trois entretiens de recherche. Le second cas est celui de Sophie, en récidive, observée dans le cadre d'un unique entretien de recherche avec sa psychologue<sup>2</sup>.

Pour les deux situations cliniques, nous avons procédé de la même façon, par analyse de contenu, en nous intéressant plus spécifiquement au vécu du stade de la maladie, à l'impact de ce vécu sur la relation patient-psychologue et enfin sur la position de psychologue stagiaire comme chercheur.

## David, en rémission après un deuxième cancer

Physiologiquement, la rémission signifie que les traitements ont été efficaces, provoquant la disparition de la tumeur et des symptômes associés. Néanmoins, la rémission d'un cancer ne signifie pas pour autant sa guérison, car « *la maladie ne disparaît pas* » [3]. Elle n'est qu'une réduction temporaire des signes de la maladie. Il s'agit là d'une situation paradoxale pour le malade qui retrouve physiologiquement un statut de bien portant, sans pour autant être guéri [8]. La rémission est pour le patient une phase d'incertitude, de doute quant à l'évolution du cancer. David l'exprime ainsi : « *C'est se dire qu'on n'est pas mort, c'est se dire qu'on va peut-être pas mourir maintenant ou même de ça, qu'on va peut-être guérir complètement... Que, peut-être, que dans les trois ans à venir on est tranquille...* ».

David est un homme de 33 ans, célibataire et sans enfant. Il vit seul et exerce le métier d'enseignant dans un collège. Il apprend de manière brutale qu'il est atteint d'un cancer rare très avancé. Il vit la période de traitement comme un « *tumulte* » auquel il n'était absolument pas préparé (arrêt de son activité professionnelle, quotidien à l'hôpital...), d'autant que l'opération est précipitée par le caractère impressionnant de la tumeur.

Angoissé par ce diagnostic, il se refuse, dans un premier temps, de parler de sa maladie autour de lui et la cache à ses proches. Cette absence de partage et d'échanges liés au cancer l'amène à rechercher la présence d'une « *oreille compétente* ». Il tente de trouver un professionnel à l'hôpital mais le

délai d'attente étant trop long, il est orienté vers les ACVP. C'est ainsi qu'il entame son travail psychothérapeutique et décide finalement d'en parler peu à peu à ses proches. Il regrettera ensuite l'absence de soutien de ces derniers : « *mes proches étaient tous absents* ». Alors que le travail psychothérapeutique commence à porter ses fruits : éloignement psychique avec la maladie, les peurs et les angoisses qu'elle engendre, il apprend la récidive de son cancer et son étendue à différents organes du corps. La récidive est vécue comme un réel « *coup de massue* », laissant s'installer l'idée que la maladie peut l'emporter : « *j'étais sûr que j'allais mourir* ». Une nouvelle chirurgie est proposée ainsi que des séances de radiothérapie. Cette période est encore plus mal vécue physiquement et psychiquement que l'annonce du diagnostic (multiplicité des organes touchés, douleurs intenses et quasi permanentes...). D'autant plus que son état physique ne lui permet plus de se déplacer, il doit momentanément arrêter son travail psychothérapeutique. Il bénéficie cependant de consultations par téléphone et à domicile lui permettant de garder un lien et un soutien psychologique, dans une période de vie extrêmement difficile. Puis, la diminution des symptômes et des signes de la maladie facilite la reprise des entretiens à l'ACVP. David entre officiellement dans une nouvelle phase de rémission. Il a repris son métier, ses activités et loisirs personnels et pourtant, il se plaint de ne pas arriver à vivre « *normalement* » : « *je fais semblant de vivre normalement* ». Il lui semble bien difficile d'accéder à nouveau à un statut de bien portant : « *admettre que c'est fini, c'est compliqué* ». David a l'impression de se retrouver dans un « *entre-deux* » inconfortable, ne parvenant plus à se sentir ni vivant, ni mort [8]. Nous nous référons ici à deux syndromes décrits dans la littérature sur la rémission [2] : « *le syndrome de Lazare* » caractérisé par un état de désorganisation, de déstabilisation et de remaniement identitaires [3] et l'impossibilité de renouer un lien harmonieux avec les autres, son environnement, son existence. À cela s'ajoute une symptomatologie anxieuse et dépressive. Ce trouble psychique reste transitoire et d'une durée variable selon les individus. Le second est le « *syndrome de Damoclès* » qui se caractérise par l'angoisse permanente d'une récidive que nous retrouvons chez David : « *Il y aura toujours cette peur, mais faut partir du principe qu'elle sera toujours là.* ». Pour David, l'incertitude est d'autant plus envahissante qu'il a récidivé une première fois. Cela accentue le flou identitaire et les difficultés à retrouver sa place dans le monde et empêche de ressentir la rémission comme un soulagement, offrant la possibilité de tourner la page et de reprendre sa vie en main, comme cela s'observe lors d'une première rémission [2].

La période de surveillance (recherche de la récidive ou de l'extension métastatique) est vécue comme paradoxale. « *On est en rémission, ce n'est pas fini, il y a toujours des scans à faire, une épée de Damoclès* » nous dit David. En somme, la rémission plonge David dans une période

<sup>2</sup> Lorsque nous avons demandé à ces deux patients s'ils acceptaient de participer à cette étude, ces derniers ont conditionné leurs décisions : pour David, il était important que nos entretiens de recherche soient réalisés hors de la présence de sa psychologue, alors que pour Sophie, la présence de sa psychologue était essentielle. Par ailleurs, la violence de l'annonce de la récidive a amené Sophie à refuser notre présence lors des entretiens suivants (aspects développés plus bas « Sophie en récidive »).

d'incertitude, entre « possible guérison » et « possible récurrence » et entre « possible vie » et « possible mort ». Une insécurité permanente semble être, en partie, à l'origine des difficultés psychiques de David l'empêchant de renouer pleinement avec la vie et son quotidien : « *l'incertitude est la première entrave possible au processus de guérison psychique* » [9] ; d'autant que « *la question de la guérison psychique prend toute son importance au moment de la fin des traitements, moment aboutissant à un état de non-maladie (...)* » [9].

Lors des entretiens, David évoque son cancer comme une sorte d'objet extérieur à lui-même : « *Aujourd'hui, je suis en rémission et j'essaie aussi de m'en éloigner* ». C'est l'enjeu propre à cette étape de la maladie. La maladie reste présente à l'esprit et la penser comme un objet extérieur a alors une fonction de mise à distance protectrice. Contrairement à ce qui se passe habituellement, David s'exprime avec un vocabulaire relevant du champ sémantique de la guerre vis-à-vis de la rémission et non du traitement anticancéreux. La rémission est comme une entrée en période de guerre. « *La rémission a été déclarée* » dit-il, et désormais pour David, « *il faut se battre pour la vie* ». La maladie, elle, « *a été un cadeau* », car dit-il, elle lui a permis de « *donner un sens à des difficultés passées* », le cancer a été le prétexte à une prise en charge psychologique. Pour David, la rémission renvoie à une période combative parce qu'elle l'implique plus directement : ce ne sont plus les médecins qui s'occupent d'éradiquer la maladie, mais lui-même qui doit mettre les choses en place pour « *réinvestir la vie dans son quotidien* ». Comment réinvestir la vie lorsque subsiste cette peur inconsciente d'une mort possible ? Car « *le cancer confronte le malade à la fragilité de la vie, l'obligeant à faire le deuil de l'immortalité* » [7]. On ressent chez David cette envie et ce besoin tout autant que la difficulté dans sa tentative de « *faire semblant de vivre normalement* ». La question « *identitaire* » semble bien être au centre de la problématique de rémission : comment se sentir en vie, lorsque l'on s'est senti « *donné pour mort* » [5] ?

### Relation avec la psychologue stagiaire

Lors des entretiens de recherche, David a exprimé à sa manière son transfert à l'égard de sa psychologue. Dans la relation à la psychologue stagiaire, David, enseignant de profession, s'adresse à nous par des remarques agressives et distantes, des réponses laconiques et nous a cantonnés à une place d'étudiant. Il renverse les rôles, il est celui qui « *aide* » : « *J'ai vu un peu le côté "jeune stagiaire, j'ai un mémoire à faire", moi aussi, j'en ai fait un, je connais tout ça donc je me suis dit "bah oui", si je peux, puis passer même le premier, comme ça, vous faites sur moi et ce sera mieux pour les autres* ». L'entretien de recherche est vécu comme un examen sur un mode un peu persécutif avec une tentative

de maîtrise du cadre. Sa psychologue qui tenait une place importante lors des entretiens qu'il avait qualifiés d'« *oreille compétente* » devient lors de l'entretien de recherche, un objet insignifiant « *après du temps, on est capable de s'autoanalyser* ». David adopte un comportement ambivalent en demandant de l'aide pour se sortir « *de cette période de guerre qu'est la rémission* », tout en précisant au psychologue stagiaire, de façon paradoxale, qu'il est capable, seul, d'effectuer ce travail. Nous observons que guérir du cancer, c'est aussi pouvoir se passer de la dépendance au psychothérapeute. Cela nous a amenés à réfléchir à la question de la dette dans le lien psychothérapeutique et nous a permis d'interpréter ses réactions agressives. Se sentant redevable envers sa psychologue, David s'est certainement cru « *obligé* » de participer à notre étude. Cela pourrait en partie expliquer cette ambivalence entre son envie de nous apporter quelque chose (en acceptant les contraintes de l'étude, de répondre à nos questions...) et son refus de nous donner des éléments suffisants pour notre étude (réponses laconiques, agressivité permanente, oublis de rendez-vous...) : « *il y a un paradoxe parce que je prétends vouloir aider et finalement, je ne me pointe pas !* ». En mettant en difficulté la psychologue stagiaire, David a peut-être cherché à tester notre solidité, notre compétence et notre intérêt pour lui et son parcours : « *vous n'avez pas du tout répondu à ma question, vous avez été bonne. Vous avez été langue de bois, vous m'avez renvoyé à moi...* ». Ainsi, cette recherche et, en particulier, l'évaluation du travail psychothérapeutique effectué auprès de sa psychologue ont renvoyé David à son besoin de l'autre et à sa dépendance. Elle renvoie aussi la psychologue stagiaire à sa difficulté de positionnement lorsque David dit rendre compte de son expérience vécue de la pratique.

### Sophie et la phase de récurrence

Après une rémission dont la durée peut être longue, le cancer peut récidiver de façon locale ou métastatique. L'annonce d'une récurrence peut être vécue encore plus difficilement que l'annonce du diagnostic. En effet, la récurrence impose au patient de se mobiliser contre le cancer à nouveau : subir une nouvelle fois une série de traitements, leurs effets secondaires ainsi que leurs répercussions physiques et psychosociales. La fatigue physique et psychique rend alors le sujet plus vulnérable, la guérison plus aléatoire, laissant s'installer la crainte, le désespoir ainsi que des idées morbides [12]. Ainsi, durant cette phase, le sentiment de doute vient remplacer celui d'espoir qui avait pu naître en phase de rémission. La récurrence vient signifier ou conforter l'idée que la maladie est difficilement enrayable, puisqu'elle indique que les traitements ont échoué une première fois. Sophie nous dit cela : « *c'est juste que c'est vrai que je me sens particulièrement fatiguée en ce moment ; il n'y a plus le*

*travail alors, forcément c'est différent* ». Chez les patients, parfois, émerge un doute concernant la compétence des soignants et la remise en question des choix thérapeutiques qui ont été faits. « *Lorsque le fossé se creuse entre les logiques du soignant et celles du soigné, c'est souvent le psychoncologue que l'on sollicite pour tenter de rétablir la congruence du soin (...)* » [4]. À ce stade de la maladie, il apparaît alors important que la relation soignant-soigné soit solidement instaurée afin de favoriser, une nouvelle fois, l'adhésion au traitement.

Sophie est une femme de 55 ans, divorcée. Depuis une dizaine d'années, elle vit seule la semaine et partage ses week-ends avec son compagnon. Elle a deux enfants, une fille de 26 ans, elle-même mariée et mère d'un petit garçon de quatre mois et un fils de 30 ans qui vit maritalement. Sophie est génétiquement prédisposée à développer un cancer de l'ovaire. Sa mère et sa tante en sont décédées. Ce type de cancer étant difficile à détecter, sinon trop tard, elle accepte de recourir à la chirurgie pour une ovariectomie préventive. L'analyse histologique révèle alors un début de cancer qui est traité rapidement. L'équipe médicale lui dit que le choix de cette chirurgie préventive « *lui a sauvé la vie* ». Elle consulte la psychologue à la fin de son traitement par chimiothérapie et à la suite du deuil de sa tante décédée quelques mois plus tôt. Après une psychothérapie d'une année environ, elle l'interrompt en accord avec sa psychologue et reprend son activité professionnelle. Cette reprise de vie est rompue par l'annonce d'une récurrence. Sophie est contrainte d'arrêter toute activité professionnelle et éprouve des difficultés à informer son entourage de son état, notamment sa fille, alors enceinte de son premier enfant.

Quelque temps avant l'arrivée de ce petit-fils qui « *lui donne la force de se battre* », elle est douloureuse, le ventre plein d'ascite et très affaiblie. Elle reconnaît les signes de l'aggravation de la maladie qui a emporté sa mère et sa tante, elle lutte avec des antalgiques et se dénutrit. Elle est hospitalisée dans un état sérieux et apprend qu'elle a failli mourir d'une occlusion intestinale non diagnostiquée qui s'avère être une conséquence de la chimiothérapie.

Sophie poursuit le suivi psychologique bien que difficile à préserver durant quelques semaines. Elle paraît extrêmement fatiguée, très amaigrie. Ses yeux sont creusés, cernés et expriment la souffrance endurée ses dernières années.

Sophie, comme nous l'avons dit, n'a accepté notre présence qu'à une seule consultation. En tant qu'observateur de la relation, nous avons été surpris lors de l'entretien avec Sophie, du décalage entre la gravité de sa maladie et les thèmes évoqués essentiellement centrés sur le factuel, expression d'une forme de déni lié à la gravité de sa maladie, contrairement aux entretiens psychothérapeutiques qui avaient eu lieu dans la première phase de la maladie. Cet entretien est exemplaire, selon sa psychologue, des entretiens qu'elle peut avoir actuellement avec sa patiente, centrés sur le factuel. Tout

se passe comme si Sophie ne parvenait pas, dans cette situation d'extrême gravité, à aborder des questionnements métaphysiques trop lourds sur le plan émotionnel et affectif. Le déni de la gravité et cette pensée « opératoire » sont les mécanismes de défense nécessaires au maintien de sa stabilité interne : se situer dans « l'ici et maintenant » en mettant de côté une réalité psychique trop douloureuse. Le soulagement, l'apaisement procurés sur le moment lui permettent de se positionner encore dans la vie : le quotidien atteste en quelque sorte de son existence ! « *Le déni porte sur une réalité présente comme pour l'anticipation d'une menace* » [1]. Dans cette phase de la maladie, Sophie est demandeuse d'un accompagnement plus ponctuel, centré sur le quotidien, plutôt que d'une prise en charge régulière à la recherche de changements profonds [10].

### Relation avec la psychologue stagiaire

Il a été difficile, voire impossible d'établir un lien avec Sophie. La violence qu'a engendrée l'annonce de sa récurrence ne semble pas pouvoir laisser de place à une « inconnue » qui peut interférer ou perturber le cours des entretiens, d'autant que la relation de confiance entre Sophie et sa psychologue est déjà établie et solide depuis longtemps. Il est aussi possible que la phase de la récurrence et ce qu'elle implique (mort possible) ont amené cette patiente à avoir des comportements protecteurs envers la psychologue stagiaire, identifiée à ses propres enfants, du fait de son âge. En effet, la fille de la patiente, elle aussi, a été « exclue » de la situation médicale de sa mère durant plusieurs mois, et cela pour la protéger, selon la patiente. Bien que Sophie ait accepté notre présence et de répondre à nos interventions durant l'entretien, elle nous a complètement exclus de ses échanges avec la psychologue (pas un regard, etc.). S'est-elle sentie obligée, comme David, d'accepter notre présence ? Perçoit-elle une dette vis-à-vis de sa psychologue ? Pour la psychologue stagiaire, l'absence de relation directe avec la patiente qui l'a cantonnée à un rôle d'observateur, la vue de la dégradation de son état physique, l'attitude de déni face à la gravité de sa maladie ont provoqué un sentiment d'impuissance et des affects négatifs. Sophie a donc refusé que nous assistions aux entretiens suivants. Cela nous a permis de constater la force du lien transférentiel patient-psychologue et la confiance indispensable à la relation psychothérapeutique.

Cette exploration du processus psychothérapeutique avec un psychologue chez deux patients atteints de cancer, l'un en rémission, l'autre en récurrence, en montre l'impact psychologique. Dans ce cas de figure, nous voyons deux types de prise en charge [10,11] :

- celle de la recherche du changement chez David ;

- l'accompagnement psychologique de soutien plus ponctuel pour soulager (soulagement, apaisement, le cas de Sophie).

La « relation de confiance » instaurée est essentielle dans toute relation thérapeutique. L'impact de la prise en charge psychologique varie en fonction du sujet mais aussi de sa demande, de sa problématique, de la modalité de prise en charge et, comme nous venons de l'indiquer, de la qualité de la relation patient-psychologue.

La psychologue stagiaire qui souhaite réfléchir dans le cadre de ses études à ce processus est dans un positionnement difficile.

En effet, les entretiens avec David nous ont confrontés à la difficulté d'établir une relation patient-psychologue-stagiaire, mais ont permis à David de prendre conscience du cheminement effectué dans sa thérapie en mettant en évidence le « bilan » des changements extérieurs et intérieurs.

David a pu exprimer que l'aboutissement de ces années de suivi forme une vision nouvelle de la vie (façon de vivre, de manger, d'être en lien avec les autres...) et la nécessité d'un travail sur des questions déjà présentes mais révélées par la maladie.

Sophie n'a pas bénéficié de l'introduction d'une personne tierce (la stagiaire) dans la relation transférentielle existante avec le psychologue. La question est de savoir si cette période de la maladie ou l'aggravation de celle-ci a joué un rôle dans son refus de voir la stagiaire assister à d'autres entretiens. Les éléments dont nous disposons concernant le passé de son suivi psychologique sont essentiellement apportés par la psychologue. Cependant, la stagiaire peut jouer un rôle de témoin et donner l'occasion de réfléchir avec son psychologue référent à ce qui se joue dans la relation avec sa patiente, en l'occurrence à propos du discours factuel de Sophie qui peut donner le sentiment que la thérapie n'avance pas.

## Conclusion

La rencontre avec le psychologue permet d'instaurer une relation de toute autre nature, que celle instaurée avec les autres soignants. Le psychologue ne s'attache pas directement aux aspects physiologiques du cancer mais aux conséquences psychologiques qu'il engendre. L'échange, l'écoute, la parole sont au centre d'un tel travail [6].

La rencontre avec le psychologue implique de travailler autour de problématiques que le patient est à même d'aborder (exemple : la question de la mort : le cas de Sophie), en respectant les défenses des patients (par exemple, accepter de recevoir l'agressivité de certains patients pour la contenir). Ainsi, il est important de pouvoir identifier, clarifier, et

de s'adapter au patient pour lui offrir un cadre psychothérapeutique [10,11].

Dans ce contexte, certains patients éprouvent le besoin de frapper à la porte d'un psychologue. Le psychologue doit s'adapter aux différentes étapes que traversent les patients atteints de cancer mais aussi et surtout, à la situation clinique propre au patient : sa demande, son parcours, son histoire.

La position du psychologue stagiaire s'initiant à la recherche et s'engageant dans une réflexion sur son métier doit s'adapter au cadre qui lui est offert pour comprendre l'impact d'une prise en charge psychologique à travers le travail de son psychologue référent. Ce travail a ses limites, mais il peut être source d'ouverture dans la mesure où pour ces deux protagonistes, il peut conduire à une réflexion et à une analyse sur les processus en jeu.

**Remerciements :** Nous remercions tout particulièrement Mme Sylvie Pucheu pour l'ensemble de ses conseils, mais aussi pour toute l'aide qu'elle nous a apportée. Sa précieuse collaboration nous a permis de mener à bien la rédaction de cet article.

**Conflit d'intérêt :** les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

## Références

1. Bacqué MF, Baillet F (2009) La force du lien face au cancer. Odile Jacob, Paris
2. Ben-Soussan P, Dudoit E (2008) Les souffrances psychologiques des malades du cancer, Comment les reconnaître ? Comment les traiter ? (Coll. Dépistage et cancer, Inter édition ed.). Springer, Paris
3. Bonnaud-Antignac A (2007) Psychopathologie de la rémission, « La douleur : ce qu'il reste de mon cancer ». *Psycho-Oncologie* 1(3):156-61
4. Dolbeault S, Marx G, Kimmel F, Pélicier N (2005) Évolution des traitements du cancer : quel impact psychosocial ? *John Libbey*. Paris. *Bull Cancer* 92(3):286-90
5. Dolbeault S, Dauchy S, Bredart A, Consoli S (2007) La psycho-oncologie. *John Libbey*, Paris
6. Elli-Pardo A (2007) Stratégie d'équipe : prise en charge psychologique en oncologie médicale. *Soins* 52(713)
7. Hurbault A, Imbert A (2007) De la consultation médicale à la consultation psychologique, réflexions en médecine oncologique. *Psycho-Oncologie* 4(19):26
8. Masson A (2004) Contribution psychanalytique à la réflexion sur l'après-cancer : vers la conceptualisation du statut d'être-à-risque. *Rev Francoph Psycho-Oncol* 2:91-6
9. Pucheu S (2004) La guérison psychique du cancer ou le retour à l'harmonie du moi. *Rev Francoph Psycho-Oncol* 2:61-4
10. Perpère A, Hurbault A (2010) Réflexions suscitées par la pratique d'orientation psychanalytique en cancérologie. *Psycho-Oncologie* 4:164-8
11. Pucheu S, Machavoine JL (2002) Construction d'un cadre d'intervention du psychologue en oncologie : perspective psychanalytique. *Rev Francoph Psycho-Oncol* 1(1-2):24-30
12. Serin D, De Rauglaudre G (2007) *Cancer du sein avancé (SFSPM)*. Springer, Paris