

GUÉRIR DU CANCER : À QUEL PRIX ?

J.-M. LONGNEAUX¹

Mots-clefs : cancer, sexualité, deuil, éthique, enjeux existentiels

RÉSUMÉ

Aujourd'hui, le patient garde les stigmates de certaines interventions chirurgicales : nous n'avons pas les moyens techniques de les éviter. Elles resteront comme autant de mutilations insupportables, ou comme autant de pertes de liberté. Imaginons cependant que ces moyens existent : la médecine aurait fait de tels progrès que les corps seraient restaurés « à l'identique », voire mieux encore. Il n'empêche, pour le patient confronté à une maladie grave comme le cancer, quelque chose aura été perdu qu'aucune chirurgie, aucun traitement, aucune restauration ne pourra jamais rendre. La question n'est pas de savoir comment éviter cette perte-là puisqu'au contraire, guérir, c'est précisément l'accepter. Mais de quelle perte s'agit-il ?

INTRODUCTION

Le rapport entre le cancer et la sexualité doit s'entendre en deux sens. On peut se demander tout d'abord comment, à partir d'un diagnostic de cancer, un patient – ou un couple – va réorganiser sa sexualité. Mais on peut aussi s'interroger en amont et comprendre comment tel patient a construit sa sexualité et, dans ce contexte-là, quelle incidence aura sur lui le cancer et quelles ressources il pourra éventuellement y puiser. A vrai dire, les deux approches se rejoignent lorsqu'il s'agit de rendre au patient une vie de qualité et donc, une vie sexuelle. En effet, un médecin ne peut aborder la question de l'avenir sexuel du patient traité sans savoir au préalable comment ce dernier investissait sa propre sexualité. Car autrement, de quelle sexualité parle-t-on : de celle que fantasme le médecin, en fonction des normes sociales ou de ses propres expériences, et qu'il imagine être celle de son patient ? Ou bien de celle que fantasme son patient, mais qui n'a rien à voir avec son expérience sexuelle réelle ? Tel homme peut très bien être un piètre amant et néanmoins se croire un Don Juan. Tel autre peut être un voyeur ou un fétichiste mais se présenter comme un amant ordinaire. Bref, de quoi parle-t-on quand, dans un cabinet médical, on aborde ces questions ? La sexualité qu'on veut « restaurer », est-ce celle qui fut réellement vécue avant la maladie (par exemple, tel patient qui était éjaculateur précoce honteux de son

¹ Docteur en philosophie, chargé de cours aux Facultés universitaires Notre Dame de la Paix, Namur, et conseiller en éthique à la Fédération des institutions hospitalières de Wallonie.

« trouble ») ou, au contraire, est-ce celle que nous présente notre imaginaire : après une mastectomie, que restaure-t-on quand on met des implants qui donneront à telle patiente les seins qu'elle (ou son partenaire) rêvait d'avoir ? Evidemment, deux difficultés de taille existent : il n'est pas certain, tout d'abord, que le médecin doive s'immiscer dans le passé sexuel de son patient. Et s'il le doit, on ne peut éviter la question de savoir jusqu'où aller. Par ailleurs, il ne faut pas être naïf : qui le médecin peut-il croire, en ce qui concerne ce passé ?

Peut-être qu'une manière d'esquiver ces difficultés consiste à s'en tenir à des questions de « fonctions » à restaurer : on aborde avec le patient le problème de l'érection ou de l'éjaculation sur base des normes objectives de la science, sans avoir à se demander si, dans le passé, le patient était par exemple en deça ou au-delà de ces normes, ni une fois ces fonctions restaurées, quel usage il en fera à l'avenir.

Mais avant de savoir quelle sexualité restaurer, il convient de se demander s'il est possible de restaurer quoi que ce soit, du moins si on entend par là retrouver la vie d'avant, « comme si de rien n'était » ? Il nous semble, à entendre les témoignages de nombreux patients que, même s'ils s'en sortent bien, ils n'en sortent jamais indemnes. Il y a toujours un « avant le cancer » et un « après ». Le prix payé pour continuer à vivre aura des incidences plus ou moins importantes sur le plan de la sexualité.

GUÉRIR DU CANCER... À QUEL PRIX ?

C'est le plus souvent au moment de l'annonce du diagnostic que la vie du patient va basculer. Cette annonce va en effet le confronter à trois pertes significatives. La première concerne son identité : d'homme ou de femme en bonne santé, vivant dans le silence de ses organes, il se retrouve avec une identité de malade et de mortel. Fini le sentiment d'invulnérabilité, fini aussi le temps de l'insouciance qui jusqu'alors lui procurait une certaine assurance dans la vie. La seconde perte touche à ses relations : si dans certains cas, un conjoint ou des amis peuvent fuir le patient, le plus souvent, la perte en question concerne la nature des relations qu'il entretient avec eux : se confronter au regard des autres, supporter leur malaise ou leur pitié, ignorer si l'on est encore aimable avec une telle maladie, se sentir soudain si éloigné des préoccupations de son entourage,

qui apparaissent à présent tellement dérisoires, ce sont là autant de modalités de cette étrangeté que l'on est devenu pour soi comme pour les autres. Enfin, la troisième perte concerne les projets : inmanquablement, le patient va devoir renoncer à certains d'entre eux, ou les reporter. Avoir des enfants, partir en voyage, postuler pour un emploi ou espérer une promotion, préparer sa retraite, tout cela est compromis, quand ce n'est pas l'avenir lui-même. Avec le diagnostic de cancer, un certain rapport à soi, aux autres et au monde semble définitivement perdu.

Il nous faut cependant aller plus loin. Car au cœur de ces trois pertes, se joue un deuil plus fondamental qui touche à notre humaine condition. Certes, le patient doit accepter de renoncer à son statut d'homme ou de femme insouciant et en bonne santé. Mais si cette perte-là est si difficile à assumer, c'est parce qu'elle heurte un désir qui nous constitue au plus profond de notre intimité, à savoir celui de la toute-puissance. Par désir de toute-puissance, il ne faut pas entendre le désir d'écraser les autres, mais celui d'être en permanence à la hauteur de ce que nous pensons devoir être : être un bon professionnel, une bonne mère, une femme au corps de rêve ou un bon amant, condition *sine qua non* pour se sentir aimable. La toute-puissance se traduit aussi par ce souci de rester autonome : ne dépendre de rien et décider de sa vie comme bon nous semble. Pour le dire autrement, c'est avoir la « puissance » de maîtriser son destin, de pouvoir recommencer sa vie à zéro si on le souhaite. Or, le diagnostic de cancer ou le fait de se retrouver avec un corps mutilé ou d'avoir des pouvoirs amoindris de façon irréversible sont autant d'épreuves qui nous enseignent que notre désir de toute-puissance n'est précisément qu'un désir, et qu'il relève de l'imaginaire : il n'est pas possible de rester en toute circonstance à la hauteur de ce qui nous rend aimable ; on ne maîtrise pas sa vie comme on le souhaite, notre corps nous échappe. La réalité qui constitue l'expérience humaine, et qui se révèle notamment à l'occasion d'un cancer, est donc tout autre : si nous sommes portés par un désir de toute-puissance, nous découvrons qu'en vérité, nous sommes des êtres finis.

Le deuxième deuil fondamental touche à nos relations : à un niveau encore empirique, on l'a dit, chacun confronté à une maladie grave voit ses relations se modifier, prendre une autre consistance. Mais plus radicalement, c'est, au cœur de nos relations, un désir plus essentiel qui est touché, celui de ne pas être seul, d'être proche des personnes qui comptent, celui de pouvoir les entendre et de se sentir compris par elles – à la

limite de la fusion. Or, la maladie et les souffrances auxquelles elle expose le patient le renvoient à son indépassable solitude. Il ne faut pas entendre par là qu'il se retrouve soudain seul au monde, mais que, même au milieu des autres, et même si ces autres vivent la même expérience que lui, il reste seul à porter son existence, sa maladie et ses souffrances. Un abîme que rien ne peut combler sépare chacun d'entre nous, quelles que soient par ailleurs nos relations. Cet abîme n'est pas une tare puisque c'est lui qui préserve chacun d'entre nous comme être singulier et unique, distinct de tout autre à tout jamais. L'entourage fait aussi l'expérience de cette solitude, lui qui, malgré toute sa compassion, doit se résigner à être là sans pouvoir véritablement porter un peu de la souffrance de l'autre, sans pouvoir éviter qu'il se confronte seul à son destin. Certes, l'entraide reconforte, mais elle ne peut rien par rapport à la solitude.

Enfin, il n'y a pas que nos projets de vie qui soient remis en question par une maladie comme le cancer. Ou plutôt, à cette occasion, un désir plus fondamental – qui motive chacun de ces projets – est remis en cause : celui que quelque chose nous soit dû dans la vie, à savoir, pour le dire en un mot, un peu de bonheur. Concrètement, nous sommes spontanément persuadés qu'il nous est dû de vivre un certain nombre d'années, tout comme il nous est dû, si nous travaillons bien, d'être récompensés. Lorsqu'on se révolte face au décès, suite à un cancer, d'une jeune femme, mère de deux enfants en bas-âge, n'est-ce pas parce que nous estimons que, vu sa situation, il lui était dû de vivre ? Or, la mort de cette jeune personne nous rappelle une chose toute simple : que l'on soit un truand ou un saint, rien, absolument rien ne nous est dû. La vie se révèle fondamentalement incertitude, quels que soient notre âge, notre sexe, nos talents ou nos lâchetés. La vie ne veut pas le bonheur, elle ne veut que la vie, la vie telle qu'elle est, avec ses moments de joies mais aussi ses épreuves. Et de fait, celui qui a été frappé par le cancer vivra désormais avec cette permanente incertitude, qui se manifestera notamment la veille des examens de contrôle. Désormais, il sait que vivre, c'est vivre au présent. Et qu'avoir des projets, c'est défier un avenir qui ne lui est pas dû... et ne le sera jamais.

Tout être humain commence sa vie avec la conviction qu'il peut être à la hauteur de ce qu'il croit devoir être, qu'il peut être « rejoint » par ceux qui lui sont proches, et que du bonheur lui est dû. Le cancer est l'un de ces événements qui confrontent le patient à ce travail incontournable, s'il veut continuer à vivre, de renoncer à ses rêves illusoire pour se réapproprier qui il est vraiment :

quelqu'un de fini, marqué par une solitude indépassable, porté par une vie incertaine. Vivre dans le refus de ce que l'on est, c'est se détourner de la vie réelle pour s'enfermer dans son passé, dans ce qui n'est plus, ou dans ce qui n'a jamais été : c'est vivre un deuil pathologique, source de souffrance et dont le caractère mortifère n'est plus à prouver. Toutefois, il n'y a pas que les maladies graves qui nous confrontent à notre condition humaine. La sexualité, et plus exactement la vie amoureuse, expose chaque couple, et donc chaque amant, aux mêmes enjeux. C'est pourquoi sans doute ce qui se passe du côté de la maladie aura une incidence sur le plan amoureux, par delà les séquelles physiques éventuelles.

LA SEXUALITÉ... À QUEL PRIX ?

Qui contesterait, en effet, que l'amour est animé par les trois désirs que nous venons d'évoquer ? La toute-puissance tout d'abord : promettre à l'autre qu'on l'aimera pour toujours, être prêt à tout quitter pour lui et même à braver les interdits, se sentir le plus beau ou la plus jolie, homme ou femme accompli(e), s'assurer de ses performances sexuelles, etc., autant d'attitudes qui témoignent qu'on ne peut aimer et se sentir aimé qu'à la condition de faire croire à l'autre – et donc de croire soi-même – qu'on « est à la hauteur ». Quant au désir de fusion, il semble bien que ce soit là précisément le but recherché, soit dans le rapport sexuel lui-même et en particulier l'orgasme qui est perçu comme un moment privilégié où les amants se rejoignent, soit dans la relation amoureuse au sens large : aimer et être aimé, c'est précisément ne plus être seul, avoir trouvé sa tendre moitié, ne faire plus qu'une seule chair. Désormais, ils n'ont plus aucun secret l'un pour l'autre. L'atteste le reproche suivant : « si tu m'aimais, tu aurais su qu'il ne fallait pas faire cela ! ». Comme si l'amour rendait l'autre transparent. Enfin, qui contesterait qu'il soit dû à chacun d'entre nous de trouver son âme sœur, de pouvoir jouir d'un peu d'amour au cours de son existence ? La tragédie de Roméo et Juliette touche en nous cette conviction intime selon laquelle tout ce qui s'oppose à l'amour est nécessairement une injustice puisque, l'amour une fois là, il serait dû aux amants.

Cependant, l'expérience amoureuse nous impose de reconnaître que jamais nous ne parvenons à être à la hauteur de ces trois désirs. Se sentir suffisamment « puissant » pour promettre d'aimer toujours : il ne faut pas attendre quelques mois de vie en commun pour, certains jours,

n'avoir plus la force de supporter son partenaire. On se croyait aussi pleinement homme ou femme, et il nous faut accepter de n'en incarner qu'une possibilité, au détriment de tant d'autres qui semblent bien plus séduisantes. On voudrait fusionner avec sa tendre moitié, mais même dans le plaisir partagé, chacun des amants ne rejoint que son plaisir à lui, laissant l'autre lui échapper. L'amour enseigne à chacun, en effet, que l'être aimé ne lui appartient pas et que c'est précisément cette « solitude » de l'autre qu'il faut aimer. Enfin, l'expérience nous apprend qu'il n'est dû à personne, pas même à ceux qui s'aiment fidèlement, de voir leur amour durer encore : la vie soumet l'amour à l'incertitude de la mort, des maladies ou, plus simplement, à nos faiblesses et aux rencontres imprévisibles.

Tous les partenaires amoureux sont ainsi soumis à rude épreuve : ils prennent leurs désirs pour la réalité, et reprochent à l'autre d'être ce qu'il est, quand ils ne se culpabilisent pas eux-mêmes de ne pas être à la hauteur de leurs promesses. L'ennui, l'habitude, la dépression, les querelles, les infidélités menacent.

Parce que le cancer, comme toute maladie grave, mobilise les mêmes ressorts, il entrera inévitablement en résonance avec ce qui se joue dans la vie amoureuse. Nul ne peut prédire si ces deux expériences vont se faire concurrence, ou s'alimenter l'une l'autre pour détruire le patient, ou se résoudre l'une par l'autre. Toujours est-il qu'entre le cancer et la sexualité, le lien est des plus intimes.

DE QUELQUES FRAIS SUPPLEMENTAIRES

Mais il est encore un autre prix à payer : le chemin que chacun d'entre nous doit emprunter pour sortir de ses rêves illusoire. Il ne suffit pas, en effet, d'informer le patient, de l'éduquer aux contraintes de sa maladie et de ses traitements, et d'attendre que le temps passe pour que tout s'arrange. L'expérience démontre que chaque patient prendra de nombreux détours avant d'atteindre son nouveau point d'équilibre, détours qui apparaîtront aux yeux d'observateurs extérieurs comme autant de prises de risque inutiles, comme de vaines dépenses d'énergie, ou comme de l'insouciance. Citons, parmi ces détours, les comportements de déni : le patient refuse de voir ce qui lui arrive ; il semble indifférent ou « au-dessus » ; enfermé dans une parfaite maîtrise de soi, il donne le change ; il se distrait et ne suit pas

son traitement ; il se réfugie dans des théories fantaisistes qui sont tenues pour vraies uniquement parce qu'elles le rassurent. D'autres suivront le chemin de la violence ou de la révolte contre le médecin ou l'entourage – le partenaire amoureux est une cible facile – qui ont le défaut de ne pas être malades et donc « de ne rien y comprendre ». Certains retourneront cette violence contre eux-mêmes : qu'ont-ils fait pour mériter cela ? Ils se perdront alors dans de la culpabilité malade, à moins qu'ils ne se fassent souffrir davantage en ayant, comme par hasard, des complications. Le suicide peut s'inscrire dans cette logique de violence retournée contre soi. Enfin, beaucoup de patients sombreront dans la dépression : perte de désir et d'intérêt, repli sur soi, désinvestissement de la vie ordinaire, marginalisation qui prendra la forme de l'alcoolisme ou de la toxicomanie. Ici aussi, le suicide ou des demandes d'euthanasie, cette fois par perte de sens, sont observés.

Deux remarques s'imposent. D'une part dans la mesure où ces comportements sont des détours pour parvenir à finalement accepter ce qu'il est devenu, le patient doit s'autoriser à les suivre : c'est son chemin, sa ligne droite à lui, même si elle est longue de plusieurs années. Or, dans une société qui exige de briller en permanence, il n'est pas aisé de dire aux autres qu'on est malade ou porteur de tels stigmates et il est encore moins aisé de se laisser aller à des comportements qui vont à l'encontre de la bienséance : pleurer, exprimer son ras-le-bol, crier à l'injustice, etc. D'autre part, sur le plan de l'éthique médicale, si le médecin doit se contenter d'accompagner son patient sur son chemin, la question demeure de savoir s'il doit accepter tous les détours. Quand le patient se met en danger ou met en danger des tiers, ne faut-il pas intervenir ? Le médecin comme tout accompagnant devra néanmoins répondre préalablement à cette question : « Est-ce que j'interviens pour aider mon patient ou parce que moi, je ne supporte plus de voir mon patient prendre tel ou tel risque ? ». Si on intervient pour la seconde raison, il est évident que l'action entreprise ne sera guère éthique, et risque même de faire violence à celui que l'on prétend aider. Notons enfin que si, bien évidemment, il faut tout faire pour soutenir le patient sur son chemin, en même temps, il faut garder à l'esprit que ce dernier n'est pas tout-puissant. Certains n'ont pas la force d'accepter ce qui leur arrive, aucun compromis ne semble envisageable. Vivre avec une poche, ou avec telle mutilation, ou privé de tel pouvoir restera pour eux l'objet d'un deuil impossible. Le témoignage de patients ayant enduré les mêmes épreuves et ayant retrouvé la joie de vivre n'y changera rien : eux, ils sont atteints en plein cœur, de façon

définitive. Ils s'enfermeront alors dans le déni ou la dépression, ou se laisseront mourir. Cela aussi, il faut pouvoir le respecter – à défaut de s'y résoudre – pourvu qu'en tant que médecin, on ne se soit jamais résigné et que, dans les limites de ce qui était possible, on n'ait cessé d'offrir à son patient toute l'aide nécessaire.

GUÉRIR DU CANCER... SON PATIENT : À QUEL PRIX ?

Ces situations extrêmes nous rappellent que le médecin, en tant que professionnel, est également amené à payer un prix pour exercer son art, prix qui n'a rien à voir avec les assurances qu'il doit contracter. Lui aussi peut entamer sa carrière en se croyant, grâce à ses diplômes et ses compétences, un médecin tout-puissant qui réussira toujours sinon à sauver ses malades, en tout cas à les soulager. D'ailleurs, si le patient n'en était convaincu lui-même, comment pourrait-il se laisser soigner ? Le médecin est donc tenu de jouer ce rôle. De même, en début de carrière, il se croira suffisamment fort pour supporter, d'une âme égale, toutes les souffrances, les échecs aussi ou les conflits avec les collègues. La relation au malade sera, quant à elle, une relation de confiance. Mais dans les faits, que signifie cette confiance sinon que le patient peut s'en remettre à son médecin, lequel comprend mieux que lui sa situation et ses enjeux ? Tout en se défendant de rester paternaliste, le médecin rêve d'un patient compliant – parce que confiant à juste titre –, qui respecte les traitements conseillés, qui suivra le parcours standard décrit par les psychologues (moments de déprime, de colère et de désespoir compris), soit un patient qui se résume aux connaissances du médecin, ne le prenant jamais au dépourvu. Le succès de la guérison, ou son échec, confirmera les statistiques : il importe que les réactions des patients restent dans la norme. Si ce n'est pas le cas, alors, le malade deviendra « le » beau cas que l'on exhibera lors des colloques internationaux. Une telle relation est, on le devine, la version médicale des relations animées par le désir de « fusion » que nous décrivions plus haut : le patient est investi par le médecin comme le prolongement de ses connaissances, il n'a plus aucun secret pour lui (en tout cas, sur le plan de la santé), il est même devenu, grâce à l'imagerie médicale, entièrement transparent. Une information cachée par le patient serait d'ailleurs perçue comme une rupture de contrat. Qu'on le veuille ou non, et malgré tout le respect que lui témoigne le médecin, le malade n'existe plus comme sujet à part entière, comme point de départ de sa

vie. Précisons d'emblée que cette « violence » est légitime puisque c'est ainsi que le médecin pourra intervenir le plus efficacement possible. Enfin, tout ce qui précède ne témoigne-t-il pas que le praticien est convaincu qu'il lui est dû par exemple que son patient, une fois son accord donné, ait confiance en lui et lui « obéisse » ? Et qu'il soit dû aussi qu'un traitement éprouvé fonctionne ? Et qu'il soit remercié en cas de succès ou reconnu par ses collègues ? Il est difficile d'échapper à toutes ces attentes.

Et pourtant, l'oncologie, malgré ses progrès et ses succès, confronte le médecin à une toute autre réalité. Evidemment, le désir de toute-puissance n'est qu'illusoire. Les thérapies ont chacune leurs limites. Cela suffit pour empêcher le médecin de se croire en permanence à la hauteur de ce qu'il pensait devoir être. Mais indépendamment de l'évolution des techniques et des savoirs, il est vrai aussi que le professionnel peut commettre des erreurs, ou plus simplement encore, qu'il peut, certains jours, ne pas avoir l'envie de travailler : il n'en faut pas plus pour miner le moral des plus endurcis. Prenons encore l'exemple concret de la liberté thérapeutique comme expression particulière de la toute-puissance : qu'en reste-t-il quand on constate le lobbying pharmaceutique, les restrictions budgétaires et les contrôles de toute nature ? Quant à la relation aux patients, il faut bien constater qu'elle n'est pas aussi fusionnelle que cela. Les connaissances médicales sont confrontées à des situations inexplicables, à des réactions imprévisibles, qu'il s'agisse d'un malade qui ne réagit pas à un traitement ou au contraire, qui guérit « miraculeusement ». Les médecins voient également leurs patients échapper à leur contrôle, et même à leur compassion, lorsqu'ils sont confrontés à un refus de soins ou poursuivis en justice. Enfin, ce qui précède confirme que la médecine est un art qui doit composer avec l'incertitude : l'incertitude de la réussite d'un traitement, l'incertitude d'un pronostic sur le long terme, l'incertitude des réactions du patient, l'incertitude enfin quant aux ressources humaines des professionnels.

Pris entre ses désirs et la réalité à laquelle il est confronté, le médecin n'a d'autre choix que de renoncer à ses illusions pour se réapproprier ce qu'il est vraiment : un professionnel aux pouvoirs limités, exposé à l'imprévisible, confronté à des patients qui ne se résumeront jamais à un diagnostic et à un pronostic, qui donc lui échapperont toujours d'une façon ou d'une autre. Certes, accepter une telle réalité – si éloignée de l'imaginaire social – demande du temps, et passe par bien des détours : du déni, de la colère ou

de la dépression. Il n'empêche, celui qui refuse d'emprunter ce chemin se condamne à vivre dans la peur et la culpabilité de n'être jamais à la hauteur de ce qu'il croit devoir être. Tous les coups deviendront alors permis, même au détriment des patients (mensonges, falsification de dossier, acharnement thérapeutique, etc.) ou des collègues (enjeux de pouvoir), pour désespérément « corriger le réel » qui, pourtant, ne peut être que ce qu'il est. Car si nos savoirs et nos techniques évoluent, chaque être humain reste marqué irréversiblement par la finitude, la solitude et l'incertitude. Le seul progrès possible en la matière concerne le fait de l'accepter ou non.

CONCLUSION

Guérir du cancer, envisager un avenir pour sa vie sexuelle et affective : lorsqu'un patient et un médecin se rencontrent pour en discuter, ils ne sont pas l'un en face de l'autre comme deux êtres rationnels parlant simplement de problèmes techniques, et notamment de fonctions biologiques à restaurer. Derrière ces questions-là se joue une autre pièce, celle qui met le patient et le médecin – chacun pour des raisons différentes – aux prises avec des désirs intenablement mais qu'ils refusent de lâcher, et une réalité tant redoutée à laquelle pourtant ils n'échapperont pas. Chacun devra en payer le prix. Prenons un exemple. Un patient formule sa demande en termes techniques : « Docteur, pourrais-je encore avoir des érections ? », « Docteur, mes seins seront-ils comme avant ? ». Le médecin se sentira autorisé à lui répondre en termes techniques d'autant que c'est pour ses compétences

techniques qu'il est consulté. Mais il faut voir qu'à cette occasion, autre chose est en jeu : soit ces questions de restaurations de fonctions seront investies par le patient comme promesse d'une toute-puissance rétablie, d'une fusion amoureuse devenue enfin possible au nom d'un bonheur dû, et dans ce cas, c'est à une suite de désillusions qu'on l'expose, non point parce que le cancer rend cette promesse illusoire mais tout simplement parce que la vie ne peut la tenir. Que l'on soit en bonne santé ou non n'y change rien. Une femme avec des seins de rêve tout comme un homme « bien équipé » peuvent avoir une vie sentimentale désespérante. Soit, au contraire, les restaurations proposées seront envisagées comme autant de compromis pour aider le patient à se réapproprier ce qu'il est depuis toujours, mais que la maladie révèle de façon tragique : quelqu'un qui ne peut pas tout, seul à porter sa vie, et livré à l'incertitude et qui cherche cependant à rendre aimable, sans la nier, cette réalité qui est la sienne. Le cancer, comme l'amour, mobilisent les mêmes ressorts, tant du côté du patient que du professionnel, et les confrontent à la même réalité. Dans les deux cas, l'issue est la même : accepter ce qu'ils sont devenus, se réconcilier avec leur condition humaine, car il n'y en a pas d'autre. Toute forme de fuite se traduira par de la souffrance.

Pourtant, il faut bien le constater avec regret, le plus souvent le patient comme le médecin éviteront ces questions-là jugées trop philosophiques ou trop psychologiques. La médecine sera investie par le patient comme science qui peut tout, qui doit tout, mettant dès lors au défi un médecin trop heureux de pouvoir se présenter comme l'homme providentiel. Le malentendu sera total.