

Partage d'une pratique clinique d'anatomopathologiste éclairée par la psychanalyse

Dr N.Marcon

10 octobre 2020

Je remercie les organisateurs du séminaire de m'avoir invitée à témoigner de ma pratique professionnelle. Je suis anatomopathologiste et travaille au CHR de Metz au sein du service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques.

Cette présentation peut paraître surprenante dans le cadre de ce séminaire, tant ce métier peut sembler éloigné des pratiques psychothérapeutiques et psychanalytiques discutées habituellement ici. Cependant, au cours de ma pratique, de nombreux questionnements sont apparus et l'approche psychanalytique m'a permis de prendre du recul et a apporté un éclairage sur mes difficultés, que je peux partager aujourd'hui avec vous.

Pour commencer, avant d'aborder ces différents points, je ferai une présentation de ce métier qui est assez méconnu du public en général. Je vous propose donc d'entrer avec moi dans un service d'anatomopathologie et de vous montrer concrètement mon travail.

L'anatomie pathologique est une discipline médicale, qui correspond à l'étude des lésions, à leur interprétation, en s'aidant de nombreuses méthodes et techniques, qui permettent de voir les lésions. Une lésion est une altération morphologique visible des structures normales survenant au cours d'un état pathologique (au niveau du corps, de l'organe, du tissu, de la cellule, de la molécule). L'examen anatomopathologique est donc une interprétation d'images, reposant sur une analyse sémiologique comparant tissus normaux et pathologiques.

Les lésions observées doivent être intégrées dans le contexte clinique, confrontées aux autres données cliniques, radiologiques et biologiques, pour permettre une interprétation synthétique et si possible un diagnostic. On parle de confrontation anatomoclinique.

Les buts de cette discipline en pratique médicale courante sont multiples. Il peut s'agir :

- d'établir ou de confirmer un diagnostic de maladie ainsi que son pronostic par la démarche anatomoclinique
- de préciser l'extension d'une lésion
- de préciser le caractère complet ou incomplet d'une exérèse chirurgicale
- de surveiller l'évolution d'une maladie connue
- d'évaluer l'effet des thérapeutiques
- de prévention et de dépistage

Les pathologistes travaillent en équipe, cette équipe étant composée de secrétaires médicales, de techniciens de laboratoire spécialisés et de médecins. Cette équipe prend en charge les prélèvements issus du corps humain, cytologiques (étude des cellules) et histologiques (étude des tissus).

Les prélèvements humains sont adressés par les différentes spécialités médicales, les médecins étant préleveurs et prescripteurs de l'examen anatomopathologique et sont destinataires du résultat de l'examen.

Quelques exemples de prélèvements :

- cytologiques : liquide céphalo-rachidien, liquide pleural, frottis cervico-vaginal...
- histologiques : biopsies d'organes, biopsies-exérèses de lésions cutanées, pièces d'exérèse chirurgicale plus ou moins complexes (appendicectomie, mastectomie, pneumonectomie...).

A partir de l'arrivée d'un prélèvement dans le service, c'est toute une chaîne qui se met en place pour aboutir au final à un compte rendu anatomopathologique.

Tout d'abord, le prélèvement est enregistré pour permettre sa traçabilité durant toutes les étapes techniques. Il doit être adressé correctement identifié, avec une feuille de demande comportant l'identité du patient, les détails du prélèvement et les renseignements cliniques. Ces renseignements sont primordiaux pour la suite de la prise en charge.

La première phase technique est macroscopique. Elle comprend la description du prélèvement :

mesure, poids, aspect du prélèvement, description des lésions.

Un temps de fixation dans du formol est nécessaire. C'est un temps incompressible avant la suite des techniques histologiques.

Pour les pièces opératoires, des prélèvements ciblés seront réalisés sur les zones d'intérêt, pour permettre le diagnostic, en suivant les recommandations, à partir de protocoles de prise en charge des différentes pièces opératoires. Ces prélèvements ciblés sont alors placés dans des cassettes. Les biopsies sont également décrites et ensuite placées dans des cassettes.

Après une étape d'enrobage en paraffine qui se fait dans un automate sur la nuit, la technicienne, pour chaque cassette, va placer et précisément orienter le prélèvement dans un moule pour inclusion en paraffine. Ces étapes vont permettre de couper ensuite le prélèvement tissulaire, à l'aide d'un microtome, afin d'obtenir de fines coupes tissulaires de 5µm d'épaisseur, qui seront alors étalées sur une lame de verre, puis colorées.

Toutes les lames d'un cas patient sont alors rassemblées et distribuées à un médecin, pour l'étape de lecture des lames au microscope optique.

Lors de cette étape de lecture, il s'agit d'identifier les lésions présentes au niveau des cellules et du tissu examiné et de porter un diagnostic lésionnel. Des techniques complémentaires peuvent être également nécessaires pour préciser un diagnostic. Le temps d'analyse est variable, dépendant de la difficulté des cas.

Quotidiennement, nous pouvons partager et discuter des cas, à plusieurs, au microscope multitétes. Enfin, le compte rendu, qui résulte de toutes ces étapes, reprend la description macroscopique du prélèvement, ainsi que la description microscopique et propose une conclusion avec un diagnostic ou avec des hypothèses diagnostiques, qui sont à confronter aux données cliniques, biologiques et radiologiques.

Quelles sont les difficultés rencontrées? Quels sont les questionnements en jeu ?

La prise en charge d'un prélèvement humain, cytologique ou tissulaire, est une grande responsabilité pour chaque personne de l'équipe.

Le prélèvement est précieux, parce qu'il est unique, parce qu'il est issu d'un geste technique, biopsique ou chirurgical, jamais anodin, réalisé sur le corps d'un patient.

Précieux car les différentes étapes techniques de transformation du prélèvement qui vont permettre la lecture au microscope et son interprétation sont sensibles.

De plus, le diagnostic, qui sera porté à l'issue de toutes ces étapes, va être à la base de la prise en charge thérapeutique ultérieure du patient.

Donc responsabilité de chaque acte humain en jeu dans la prise en charge du prélèvement : dès la réception du prélèvement, dans toutes les étapes techniques qui vont se succéder, ainsi que dans l'acte de lecture et d'interprétation.

Comment faire avec le risque d'erreur inhérent à chaque acte humain ? C'est une question qui se pose pour toute personne de l'équipe, impliquée dans la prise en charge du prélèvement dans le service.

Plusieurs exemples concrets :

-Exemple sur la partie secrétariat, lors de l'enregistrement du prélèvement ou lors du compte rendu...

-Exemple pour les techniciens : la qualité de la technique est primordiale, pour permettre de bien voir les caractéristiques des cellules et des tissus.

Un autre exemple concernant la gestuelle très particulière et minutieuse de coupe au microtome des prélèvements « précieux », comme le sont tout particulièrement les microbiopsies, de ne pas trop entamer le bloc en paraffine, pour ne pas perdre le matériel, pour le conserver au maximum afin de permettre la réalisation de toutes les techniques qui pourraient être nécessaires au diagnostic.

L'épuisement du matériel biopsique est toujours redouté car il pourrait imposer la réalisation de nouveaux prélèvements plus ou moins invasifs pour le patient.

-Et également pour le médecin pathologiste lors de l'étape de lecture des lames au microscope et de l'interprétation, que je vous propose de développer un peu plus en détails.

Au microscope, il y a une première étape descriptive des lésions lors de la lecture de lames.

Au début de la formation, lors de l'internat de spécialité, on découvre l'histologie normale et la cytologie, puis s'acquiert progressivement la connaissance des lésions et leur reconnaissance par comparaison avec le tissu normal.

Il s'agit aussi d'appréhender tout un nouveau vocabulaire descriptif, des mots spécifiques pour décrire les cellules et les tissus, un nouveau langage.

A titre personnel, je me souviens avoir été surprise lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire avec des hépatogastroentérologues, des radiologues et des pathologistes, alors que j'étais interne dans un service de gastroentérologie. Surprise par le fait que je ne comprenais pas grand-chose à ce que le pathologiste expliquait en décrivant les images projetées des lésions présentes au niveau d'une biopsie hépatique, ce qui m'a donné envie de faire un semestre dans un service de Pathologie.

Dans les parties descriptives d'un compte rendu, macroscopique et microscopique, on utilise ces mots, ce vocabulaire pour décrire ce qu'on voit, en essayant d'être au plus juste.

Je ferai ici un petit aparté sur le fait que le compte rendu n'est pas donné directement au patient, mais adressé au médecin prescripteur de l'examen, qui transmettra les résultats au patient. Parce que ces résultats doivent être intégrés dans l'ensemble du dossier avec les autres éléments cliniques et paracliniques, mais aussi parce qu'ils nécessitent d'être déchiffrés et explicités. Rendre un résultat brut, tel quel, sans explication, peut être à l'origine de beaucoup d'angoisse pour le patient, par les aspects abrupt, inconnu, voire barbare que peuvent avoir les mots que le pathologiste emploie.

Risque accru si l'idée vient au patient de taper sur internet ces mêmes mots, seul, sur un moteur de recherche, sans contextualisation de ces données et sans mise en perspective. C'est-à-dire sans un interlocuteur qui peut replacer ces éléments dans le contexte du patient, dans sa propre histoire, dans sa situation singulière, mais également et surtout envisager des perspectives avec lui.

Alors comment bien dire ce qui est vu ? Comment le transposer, au plus juste, en mots, en utilisant ce vocabulaire si spécifique, ce langage ? Ce n'est jamais évident de « coller » au plus près de ce qui est observé avec des mots.

Il y a comme un impossible à pouvoir rendre compte parfaitement de ce qui est vu avec le langage.

Cette démarche descriptive des lésions tente d'être la plus objective possible, en faisant référence à des classifications, à des référentiels, notamment pour les tumeurs, qui sont toujours en évolution en fonction des découvertes scientifiques. D'ailleurs, dans la conclusion, le diagnostic de tumeur est toujours donné avec la référence de la classification en vigueur utilisée.

C'est à l'image du tissu vivant qui est toujours en évolution, en transformation. Qu'est-ce qu'on peut en voir au moment de l'examen, qui est comme un arrêt sur image à un moment donné de ce qui se passe dans le tissu, objet de l'examen ?

Un autre élément primordial dans l'interprétation est l'intégration des données cliniques pour essayer d'aboutir à un diagnostic ou à des hypothèses diagnostiques.

Sans renseignements cliniques, un diagnostic correct est possible. Si je suis amenée à regarder une lame au microscope « à l'aveugle », c'est-à-dire sans aucune information clinique, c'est possible dans certains cas de porter un bon diagnostic (reconnaître l'organe et les lésions).

Mais à l'inverse, parfois, à défaut de renseignements cliniques, le diagnostic peut être totalement erroné.

La discussion entre le pathologiste et le clinicien est primordiale, avec confrontation de toutes les données concernant le patient.

Le diagnostic proposé est-il envisageable dans le contexte clinique du patient ? est une question à se poser devant chaque cas.

Alors quelques exemples concrets de situations d'interprétation difficiles:

-Cas d'une biopsie d'une lésion et je ne vois rien d'anormal sur la lame?

La biopsie est-elle à côté de la lésion ? Est-ce que je ne vois pas la lésion ? Il faut s'aider des techniques complémentaires et aussi confronter avec le clinicien...

-Je vois une lésion et je ne sais pas ce que c'est...Il existe de nombreuses lésions, certaines très rares, auquel un pathologiste peut n'être jamais confronté durant sa carrière.

-Je vois des anomalies qui font évoquer deux lésions différentes, qui s'appellent, disons A et B. Si ces deux lésions évoquées sont bénignes, avec le même pronostic, il n'y aura pas de conséquence. On peut appeler la lésion A ou B, ou conclure que cette lésion est entre les deux avec des aspects de A et de B. En revanche, si les deux lésions ont un pronostic différent ou vont engendrer une prise en charge thérapeutique différente, il sera nécessaire de trancher...

-Cas discordants avec la clinique : prélèvement d'une lésion non suspecte pour le clinicien et découverte d'une tumeur maligne ou inversement...Là aussi, il est primordial de discuter avec le clinicien...

-Cas limites ou frontière entre deux diagnostics lésionnels, entre deux stades, entre présence ou absence d'un facteur pronostique....

Dans certains cas, la distinction entre ces deux limites n'a pas de conséquence clinique pour le patient, notamment pas de conséquence thérapeutique ; dans d'autres cas, par la connaissance de la clinique, le pathologiste sait que trancher entre ces deux possibilités va entraîner des conséquences non négligeables dans la suite de la prise en charge et dans la vie du patient.

Signaler, par exemple, dans un compte rendu la présence d'un facteur péjoratif dans une tumeur sachant que ce critère va être à l'origine d'une prise en charge plus agressive de la maladie, par exemple engendrer une décision de chirurgie radicale ou de chimiothérapie...

Se pose toujours la question de la prise en charge ultérieure du patient : être au plus juste dans l'interprétation afin que la thérapeutique soit la plus adaptée, sans risque de sous traitement ou de surtraitement.

Tous ces exemples montrent combien il est important de bien connaître la clinique et de pouvoir échanger avec les cliniciens.

Dans certaines situations difficiles, nous avons recours à des pathologistes experts qui ont une expérience dans un domaine particulier, pour une seconde lecture ou un avis sur le diagnostic.

Qu'est-ce que mon travail analytique a modifié dans mon rapport à l'exercice de cette profession ?
Comment l'a-t-il éclairé ?

En préparant cette présentation, j'ai été confrontée à la difficulté de rendre compte de ce qui a changé dans ma pratique professionnelle, éclairée par la psychanalyse.

Je ne peux pas dire qu'il y a un avant et un après net; il n'y a pas eu de rupture brutale entre ma façon de travailler avant et celle d'exercer actuellement.

Je peux plutôt témoigner de ce qui, subtilement, progressivement, a bougé dans ma façon de percevoir et d'appréhender mon travail quotidiennement et aussi quelle place singulière le travail analytique m'a permis de prendre dans l'exercice de ma profession.

C'est un travail qui s'est fait en parlant de ma pratique, abordée au cas par cas: mettre des mots sur les difficultés rencontrées, en essayant de cerner au plus près ces questions, souvent les mêmes en

jeu, qui reviennent, auxquelles je suis confrontée, et que j'ai essayé de partager avec vous ce matin
Comment faire avec le doute, avec le risque d'erreur ?

Quelle est tout d'abord cette relation au savoir, qui a pu être éclairée par l'analyse ?

C'est qu'il n'y a pas de savoir absolu, que tout ne peut pas être vu, appréhendé, écrit..., mais qu'il y a plutôt un savoir double, toujours supposé dans la pratique.

A l'image de ce séminaire, qui a pour objectif d'articuler théorie et pratique en psychothérapie et psychanalyse, l'exercice de l'anatomie pathologique s'appuie également sur un savoir théorique, allié en pratique à des connaissances subjectives et intersubjectives et renforcé par l'expérience. Le pathologiste, tout comme l'analyste, doit être praticien et théoricien de sa pratique.

L'analyse m'a permis de prendre conscience, au fur et à mesure, de mon propre rôle d'observateur dans l'acte réalisé, avec une articulation entre des savoirs et ma propre subjectivité.

L'observateur est bien sujet de son observation : le pathologiste ne se contente pas de voir ; il sélectionne, organise, donne forme et sens à ce qu'il observe.

Se pose en effet la question de la subjectivité dans toute démarche clinique ?

Comment articuler objectivité et subjectivité ?

D'un côté, un savoir théorique, qui s'appuie sur une appréhension objective de la réalité ; des connaissances scientifiques, qui ne relèvent pas de points de vue ou de croyances individuelles, mais d'une méthode objective, rigoureuse et impersonnelle, vérifiable par l'expérience.

De l'autre, la subjectivité, qui constitue bien également une forme de connaissance, spécifique, différente de celle qui prévaut dans les sciences exactes.

Lors de l'analyse, la mise en perspective des difficultés rencontrées a permis de trouver cet équilibre, et d'en avoir conscience, entre d'un côté, un manque d'assurance, de confiance, qui empêche de signer un diagnostic par exemple, par peur de ne pas savoir ou de se tromper, et de l'autre côté, un trop d'assurance, qui peut être dangereux, sans aucune remise en question de son savoir ou conscience de ses limites.

Il y a comme un juste milieu à trouver entre ces formes de savoir, qui permet de s'approprier une certaine confiance en soi par rapport à ce qui est déchiffré et interprété et de travailler en acceptant ses limites.

Je peux partager cet exemple qui m'a longtemps travaillé : il s'agissait d'interpréter des biopsies d'œsophage réalisées sur une petite lésion découverte fortuitement par l'endoscopiste. A l'analyse de la première lame, je ne vois pas de lésion, j'ai failli faire le compte rendu et répondre qu'il s'agissait d'une muqueuse normale. Mais quelque chose m'a arrêté et j'ai demandé des techniques complémentaires : simplement de faire couper le bloc plus loin (ce qui permet parfois de voir apparaître les lésions). Le lendemain, à la lecture des lames suivantes, je découvre la lésion, elle me saute aux yeux. Ça correspond bien avec ce que l'endoscopiste avait vu ! Ce qui m'a longtemps travaillé, dans cet exemple, c'est qu'en reprenant la première lame, j'ai constaté que la lésion y était déjà...! Ici, le diagnostic ne pose pas de problème. La question est de voir la lésion. Pourquoi ne l'avais-je pas vue la veille ? Quelles conséquences si j'étais passé à côté ? Et qu'est-ce qui m'a finalement arrêté ?

Tout ça pose question !

Il y a eu comme une intuition de ce qu'il y avait à trouver dans ce cas et que je ne voyais pas.

L'analyse a permis de prendre conscience même si cela peut paraître étrange, de cette façon d'être à l'écoute lors de la lecture des lames au microscope.

Il ne s'agit pas que de voir mais d'être à l'écoute de ce qu'on voit, de ce qu'on ne voit pas, de ce qui parfois interpelle mais qui est indéfinissable, parfois parce que ce n'est pas comme d'habitude, parce que ça ne colle pas avec l'âge, avec la localisation, avec la clinique....Ecoute de son intuition, de ses connaissances, de ses limites, de ses doutes...

Un peu, comme on travaille au microscope, avec le jeu des objectifs, qui fait alterner la vision à faible ou à plus fort grossissement : ne pas chercher qu'à voir, qu'à se focaliser sur le détail de la cellule au plus fort grossissement, mais se remettre à faible grossissement pour voir l'ensemble de la lésion et prendre même plus de hauteur pour 'voir' tout ce qui entoure le prélèvement.

Qu'en est-il de l'intersubjectivité ?

La mise en commun et la confrontation des points de vue individuels de différents observateurs dans la perception et l'analyse des lésions observées est un élément très important dans notre pratique.

C'est ce qui est réalisé quotidiennement au microscope multitétes, avec confrontation des avis des différents médecins du service devant des lésions difficiles ou qui posent problème.

Cette intersubjectivité permet un certain dépassement de la subjectivité et d'atteindre une forme d'objectivité.

Parfois il m'arrive de montrer des lésions qui ne posent pas de problème diagnostique mais pour lesquels les enjeux pour le patient sont majeurs. Il s'agit plutôt dans ces cas de se rassurer avant de signer un diagnostic grave.

Comment se positionner alors par rapport à l'autre ?

Comment faire quand l'avis et l'interprétation du ou des collègues diffèrent du sien ?

Suivre l'avis de l'autre ou rester sur son interprétation ? J'ai tendance, en général, dans les cas discordants à adresser le cas pour avis à un pathologiste expert, qui a plus d'expérience pratique dans un domaine particulier et souvent accès à des techniques complémentaires plus spécifiques qui peuvent aider à trancher.

Comment ne pas être déstabilisée dans son travail quand un avis d'expert revient différent du sien ?

La première question qui surgit immédiatement est de savoir si l'écart entre les deux avis a un impact pour le patient. Ensuite vient la réflexion sur ce qui n'a pas été vu ou interprété de la même façon.

Les pathologistes experts sont pourtant bien confrontés aux mêmes difficultés d'interprétation et peuvent aussi parfois se tromper.

Qui détient la « vérité » du patient, de ce qui se passe au niveau des cellules ou des tissus du corps du patient ? Des études ont montré une variabilité inter-observateur et même entre observateurs experts pour certaines lésions.

Lors de certains enseignements post-universitaires, je me souviens de cas cliniques très instructifs rapportés par les experts, qui partageaient leurs propres erreurs diagnostiques et comment leur expérience clinique s'était également construite ainsi.

On apprend de ses erreurs et des erreurs des autres.

L'analyse de certaines situations diagnostiques difficiles auxquelles j'ai été confrontée, m'a permis de prendre conscience que je pouvais parfois totalement m'effacer devant l'avis d'autres pathologistes, leur prêtant un plus grand savoir. Ma position actuelle, grâce à l'analyse, est plutôt de rester ouverte aux avis qui peuvent être différents du mien, sans toutefois annuler ma propre interprétation.

Le travail analytique m'a permis également de trouver la place singulière qui est la mienne dans cet exercice

-Par rapport au patient : qui suis-je pour le patient, que je ne rencontre pas directement, mais qui est au cœur de mon activité professionnelle, patient pour lequel j'ai la responsabilité d'un diagnostic, diagnostic qui va avoir un impact sur sa vie ?

Être quotidiennement en responsabilité vis-à-vis des patients, pour lesquels je suis amenée à porter des diagnostics graves, me confronte au réel. Réel de la maladie, qui n'a pas de sens, est indicible, qui peut surgir à tout moment.

Il peut arriver, certains jours, d'avoir un sentiment d'être comme dépassée, avec l'impression que de ne pas confirmer ce réel, en signant des diagnostics graves, voire d'en être comme responsable, avec la question sous-jacente de vie ou de mort en jeu pour le patient.

En parler a permis de me décaler de cette position et de bien resituer l'acte diagnostique comme tel, un acte nécessaire et indispensable pour la prise en charge du patient.

La signature du compte rendu vient dans le même temps, confirmer, acter ce qui surgit dans la vie du patient, mais également donner des éléments pour la prise en charge de la maladie.

Dans le rapport au patient, il y a un certain paradoxe dans cette spécialité entre, d'une part le fait de ne pas avoir de contact direct avec le patient, de travailler en quelque sorte dans « l'ombre », et d'autre part une implication et une préoccupation majeure envers le patient.

Il arrive très rarement que le patient vienne dans le service. Je peux partager avec vous la rencontre que j'ai pu avoir avec une jeune patiente qui est venue me voir pour avoir des explications sur son dossier. J'avais porté un diagnostic de cancer sur biopsie. Elle s'est fait opérer sur Paris. Lors de l'analyse de la pièce opératoire à Paris, le diagnostic de cancer a bien été confirmé. En revanche, il y avait une discordance sur l'interprétation d'un marquage des cellules lors d'une technique complémentaire. Or, de cette interprétation, peut se décider la mise en route d'un traitement spécifique.

J'étais au courant de cette erreur car une relecture avait été faite, avec comparaison de la biopsie et de la pièce opératoire. Je me suis beaucoup interrogée et remise en question suite à cette erreur, même si elle n'a pas porté à conséquence.

Et j'ai été très surprise lorsque la patiente s'est présentée dans le service, demandant à me parler.

Je l'ai accueillie et elle m'a longuement raconté son difficile parcours de soin. Sa venue était motivée par une question principale: pourquoi le résultat de ce marquage était discordant entre deux pathologistes ? Comment était-ce possible de se tromper ? Question qui renvoie à ce que j'ai exposé précédemment.

Elle a été étonnée de découvrir que je connaissais parfaitement son dossier et son histoire clinique. J'ai pu saisir, dans ce qu'elle m'a appris, que cette erreur, bien qu'elle n'ait pas eu de conséquence sur sa prise en charge thérapeutique, a bien eu pourtant un effet sur elle et sur sa confiance envers le monde médical, qui était déjà remise en question.

Je ne suis pas sûre, que quelques années en arrière, sans analyse, j'aurais pu l'accueillir et être à son écoute de cette façon. J'ai pu assumer ma position, en responsabilité, et elle a pu trouver en face d'elle une adresse pour exprimer son désarroi face à la médecine en général et surtout face à la maladie.

-ma position par rapport au clinicien, qui adresse le prélèvement a également pu être affirmée.

La confrontation anatomoclinique est indispensable comme j'ai pu vous le montrer.

Je pense m'être sentie parfois assignée par le clinicien à la position de sujet supposé savoir. Il attend du pathologiste une réponse, un diagnostic pour enclencher une prise en charge, parfois en urgence.

Il nous suppose un savoir sur ce qu'il nous est donné à voir au microscope, sur les cellules ou les tissus à examiner. Cette position m'empêchait auparavant de communiquer facilement avec le clinicien, surtout dans les cas où je n'avais pas de réponse ou des doutes.

En quelque sorte, le travail analytique m'a permis de me « libérer » de cette position et d'échanger beaucoup plus facilement avec le clinicien sur les difficultés, techniques et/ou diagnostiques, ainsi que sur mes limites.

-enfin ma place au sein de l'équipe

Je l'ai bien souligné, l'anatomie pathologique, c'est un travail d'équipe.

Les différents acteurs dans cette équipe peuvent être confrontés aux questionnements dont je vous ai fait part. Même si le pathologiste a l'entière responsabilité du diagnostic dans le compte rendu anatomopathologique, chaque personne de cette chaîne est également responsable de ses actes dans

la prise en charge du prélèvement d'un patient. Les échanges, les retours d'expériences sur la pratique et sur les difficultés techniques, sur la gestion des prélèvements...sont précieux pour travailler ensemble.

Je peux aussi témoigner de ce en quoi l'analyse m'a permis de prendre la fonction de chef de service, ce qui m'aurait paru inenvisageable il y a encore peu de temps.

Probablement par ce que je mettais derrière le mot « chef de service » : mot entendu au masculin - homme ; tout savoir ; autorité ; pouvoir.

C'est en déconstruisant, par l'analyse, ces images que je pouvais avoir du chef de service, que j'ai pu m'autoriser à prendre cette fonction et à l'exercer à ma façon.

Pour finir, je pourrais dire que je reste toujours confrontée aux difficultés présentées ici aujourd'hui et que le travail analytique ne permet pas de s'y soustraire. Il ne m'a pas non plus donné de réponse en tant que telle, ni apporté de solutions toutes faites, mais il m'a permis d'une part de trouver un savoir-y-faire avec ces difficultés, et d'autre part, par l'éclairage apporté, d'opérer un décalage et de trouver ma place singulière dans l'exercice de cette clinique.

Je terminerai par quelques remarques ou questions d'ouverture, qui peuvent être discutées au-delà de ma pratique clinique de pathologiste:

-A l'heure de la médecine du XXIème siècle, les pratiques médicotechniques sont de plus en plus pointues, avec un dépassement du stade du tissu ou de la cellule à examiner pour aller vers l'infiniment plus petit, à l'échelle moléculaire. Les techniques de séquençage permettent de détecter des anomalies moléculaires qui sont à la base de nouvelles thérapeutiques ciblées, ouvrant des perspectives très prometteuses pour les patients. Dans ce contexte, comment ne pas perdre de vue la part humaine indissociable dans l'exercice de cette médecine actuelle, de plus en plus technique ?

-Comment gérer le risque d'erreur inhérent à tout acte humain ?

-Comment traiter ce qui nous échappe ? Ce qui n'est pas visible ?

-Enfin, forte de ce que le travail analytique a pu apporter dans mon exercice clinique de pathologiste, la question de l'éclairage par la psychanalyse de toute pratique professionnelle mérite d'être soulevée.