

Introduction aux nouvelles journées scientifiques (15-16 mars 2014)

par Pierre Baldeyrou,
ancien Président, fondateur de l'Association Psychisme et cancer

Nous sommes très heureux de vous accueillir pour ce colloque de Psychisme et Cancer, soyez les bienvenus.

La création de notre centre a été l'aboutissement d'une rencontre entre un psychanalyste par ailleurs cancéreux, un pneumologue-cancérologue, ni analyste ni analysé, et de patients dont une, Brigitte Benoist-Latour, sera au départ la cheville fondatrice de l'Association.

Cette rencontre a eu lieu comme au bord d'un gouffre dont on ne voyait pas le fond et dans lequel les besoins des patients nous ont aspirés. Nous avons exploré en même temps que nous avons été emportés dans ce maelström.

Le psychiatre-analyste était dans son sujet quoiqu'en marge des sentiers battus, le pneumologue s'interrogeait depuis longtemps sur la qualité du message transmis au patient, sur l'importance de l'écoute, sur l'entendement du patient et l'empathie du médecin et leurs interactions, sur la sensibilité à la détresse du malade et la capacité à répondre. Rappelez-vous, il y a quarante ans, on ne disait rien aux patients, le diagnostic de cancer était nié. La douleur à ne rien entendre mais aussi à ne rien dire était immense.

Plus tard je me rendrai compte que le soulagement induit par la parole et les explications du médecin amène dans le même temps un bienfait et une sérénité au praticien.

La lecture de *Mars* m'a beaucoup interrogé sans m'apporter vraiment de solution. Si les patients étaient là avec leurs souffrances physiques et psychiques dès le début de ma pratique auprès des asthmatiques – et Gisèle de M'Uzan à Clamart a su à cet égard ouvrir des portes – pour tous les autres malades dont on croisait la détresse, la psychiatrie ne proposait que les sédatifs et anxiolytiques et/ou le divan rarement

confortable et trop lent, trop pesant, trop triste pour tous ceux dont la vie était mise en jeu à échéance rapprochée.

C'est alors que s'est produite la rencontre formidable avec Pierre Cazenave, sa culture et son expérience des patients et de lui-même, sa curiosité, son énergie et son exigence d'action, sa compréhension de l'urgence à la prise en charge de certains patients cancéreux pour lesquels l'émergence du cancer réveille d'anciennes souffrances cachées depuis toujours. Il y a un moment privilégié lors du diagnostic de cancer où la force des émotions fait jaillir toute une problématique de dépression ancienne, de souffrance, de non-dits qu'il est précieux d'entendre pour tenter d'y répondre. A la notion de trauma infantile, s'est ajoutée celle de maladie du nourrisson dans l'adulte, deux concepts bien évidents pour vous aujourd'hui mais si lumineux pour moi il y a plus de vingt ans.

J'ai découvert la pratique de Pierre Cazenave au-delà et à côté du divan comme au-dessus, j'ai participé à ses discussions et confrontations avec Marty à la Poterne des Peupliers, dans un contexte d'amitié et de respect malgré les désaccords. L'expérience de Pierre Cazenave donnait une puissance inouïe à ses intuitions, liées à ses confrontations à ses maîtres, toujours dans l'évidence de l'urgence de la prise en charge de ce traumatisme enfoui que la maladie fait brutalement émerger mais pour un bref laps de temps.

Dans le même temps d'autres patients, cancéreux aussi, vont susciter bien des interrogations chez les médecins, qu'il s'agisse des adeptes de la méthode Simonton par exemple, ou des croyants au cœur simple totalement dans les mains de leur seigneur, ou encore des suiveurs de méthodes charlatanesques, par ailleurs non sans réussites, au moins dans leur combativité et leur qualité de vie. Certains faisaient un choix dans la méthode de prise en charge de leurs souffrances et avaient juste besoin d'être orientés et soutenus, d'autres appelaient un secours.

Le praticien que je suis avait besoin d'un expert en diagnostic des besoins psychiques de patients en souffrance évidente, diagnostic suivi de propositions de prise en charge indépendamment de la pharmacologie et de la radiothérapie.

C'est du vécu de ces deux Pierre – Cazenave et Marty – qu'est apparue la nécessité de créer un lieu pour offrir une aide diversifiée et spécifique, différente des stratégies thérapeutiques proprement médicales, physiques et chimiques, de la cancérologie :

- un lieu où l'on n'ait pas peur de prendre en charge des patients atteints de pathologies lourdes potentiellement mortelles ;
- un lieu qui ne fasse pas peur aux patients ;
- un lieu ouvert aux non-médecins non psychiatres non analystes sous la forme d'intervenants sélectionnés pour leur expérience et leur écoute ;
- un lieu où les praticiens et intervenants puissent échanger quant aux besoins des patients.

L'écoute du patient atteint de cancer n'est pas forcément différente de celle de l'asthmatique et de tout autre patient gravement atteint, néanmoins c'est la situation où il est le plus près de la perception de la finitude de son existence. C'est cette mise en cause brutale et viscérale de sa fin éventuellement proche qui ajoute à sa détresse mais aussi qui peut révéler ses appétits à vivre mieux. A cela doit répondre le soutien dans l'annonce, l'engagement du praticien auprès de son patient dans son chemin de vie. L'expertise du praticien psychiatre ou analyste sera de reconnaître les difficultés du patient, leur origine et d'évaluer les possibilités d'aide, de soutien ou de prise en charge analytique éventuellement. Il y a au préalable un diagnostic et une évaluation des besoins qui reposent sur les compétences des intervenants.

Combien de patients cancéreux ont besoin de nous ? Comment les reconnaît-on ? Quels sont les résultats de nos prises en charge quand elles peuvent s'exercer ? Quelles sont les raisons de nos échecs ?

Il est très difficile de répondre à ces questions bien dans l'air du temps de la quantification et de la normalisation.

Les patients pris en charge sous forme de soutien, même en psycho-oncologie dans les grands centres, sont une minorité des patients. Beaucoup de malades sont méconnus quant à leurs besoins psychiques et seuls ceux dont le désarroi et la détresse ont été entendus pourront être soutenus et aidés.

Les résultats sont difficilement mesurables dans la mesure où l'on va chercher à ce que les patients vivent mieux voir naissent à nouveau si l'on parvient à nommer cette maladie du nourrisson dans l'adulte qui a pu les empêcher de vivre jusqu'à présent. Il n'est pas question de vivre plus longtemps dans notre propos, mais de vivre mieux et bien le temps qui reste.

Les résultats s'apprécient dans les comportements de nos patients et leur vie et leur expression et leur adhérence aux traitements par ailleurs reçus. Il n'y a pas d'étude prospective randomisée pour évaluer tout cela comme dans la plupart des sciences humaines ; néanmoins, nous ne désespérons pas de pouvoir un jour apporter des preuves du bienfait de notre action et de nos prises en charge.