
Le courrier de l'Association Psychanalyse et Médecine

Numéro 3

Juin 1998

8ème Congrès international sur les traitements anticancéreux - S.O.M.P.S.

(Service d'Oncologie Médicale du Pr D. KHAYAT, Hôpital Pitié-Salpêtrière)

1ère Journée d'onco-psychologie.

Palais des congrès - Paris.

3-6 Février 1998

3 février 1998 - Extraits des débats de la séance inaugurale :

Daniel NIZRI : Notre congrès accompagne l'évolution de la cancérologie. Créé « Congrès sur la chimiothérapie néo-adjuvante » par le Professeur JACQUILLAT en 1985, il est devenu, sous la direction du Professeur KHAYAT, un carrefour annuel, international où se discutent et s'évaluent les différentes techniques de prise en charge du cancer. La chimiothérapie, bien sûr, mais aussi la chirurgie, la radiothérapie, l'immunothérapie, la thérapie génique et l'imagerie moderne pour le diagnostic, la recherche épidémiologique et la réflexion dans le cadre des instances européennes. Pour que cette prise en charge du cancer devienne celle du cancéreux, nous avons organisé, les trois années précédentes, dans le cadre de journées pour les médecins généralistes et les infirmières, des sessions sur la douleur et l'accompagnement du patient. Mais cela n'est pas suffisant. Si la plupart des patients, grâce au soutien des soignants et de leurs proches, réussissent à assumer les conséquences de la maladie cancéreuse, les études épidémiologiques montrent l'importance des troubles

psychopathologiques associés. Les situations sont nombreuses où les problèmes de communication sont particulièrement difficiles avec le risque d'attitudes inadaptées pour le patient, risque aggravé par l'approche multidisciplinaire de la cancérologie qui multiplie les intervenants. Or les soignants n'ont, en dehors de leur bonne volonté, que rarement la formation pour assurer cette prise en charge psychologique et rarement le temps pour réfléchir à l'organisation d'une prise en charge globale du patient cancéreux. De plus, la confrontation aux exigences parfois contradictoires de leur mission, à savoir informer mais aussi donner de l'espoir, est pour eux à l'origine de phénomènes d'épuisement professionnel. La collaboration étroite avec des spécialistes : psychiatres, psychologues, sensibilisés à la psycho-oncologie, semble donc indispensable. Mais les structures de soins, publiques ou privées, où cette collaboration est organisée, sont peu nombreuses. Il ne s'agit pas de déléguer la prise en charge du patient, voire de se débarrasser du problème, mais d'utiliser des compétences différentes. Elles permettent d'aborder, soit dans le cadre de la formation des soignants, soit dans l'assistance directe aux patients des sujets comme l'annonce diagnostique, l'adaptation aux traitements et à leurs conséquences, la réinsertion affective, familiale, sociale, l'accompagnement des patients à risques, la douleur, les soins palliatifs et les demandes d'euthanasie. La psycho-oncologie, spécialité en devenir, existe car de

A l'intérieur de ce numéro :

p.1 Congrès d'onco-psychologie

p.7 1ère assemblée de l'APM

p.9 l'IRM : une phobie marginale *J-C GIABICANI*

p.10 Des tresses *S. MALEM*

p.11 Programmes des activités de l'APM

p.12 Revue de presse : extraits

nombreux intervenants l'exercent, parfois dans des conditions matérielles et statutaires difficiles et j'évoquerais quelques personnes, parmi bien d'autres évidemment, car elles ont contribué à sensibiliser et former les membres de notre équipe : tout d'abord, Mesdames Andrée LEHMAN et Nicole ALBI pour leurs pratiques et leurs enseignements, Madame J. HOLLANDE, dont on ne présente plus le livre « Handbook on psycho-oncology », Le Dr R. FRESCO, membre fondateur de l'Association Psychologie et Cancer devenue récemment la Société Française de Psycho-oncologie, et chez nous, à la Salpêtrière : Josette OLIER, Sabine PASSEREAU, Noella JAROUS, Jean-Yves JEZEQUIEL dans le service du Pr KHAYAT, le Dr Houchang GUILYARDI, dans le service du doyen Francis GUILBERT et enfin, le Pr François BAYET, ce dernier débutait il y a plus de 15 ans, avec le Pr Yves PELICIER, chef du service de psychiatrie de l'hôpital Necker; une collaboration qui se poursuit à la Salpêtrière depuis 1989 avec le Dr Nicole PELICIER, cette collaboration, qui s'est progressivement imposée à tous permet à plus de 30 % des patients du service d'oncologie radiothérapie et aussi à de nombreux soignants, de bénéficier d'une prise en charge adaptée et aux étudiants de profiter, depuis septembre 97, d'une formation dans le cadre du diplôme universitaire de psycho-oncologie clinique créée conjointement avec le Pr Sylla CONSOLI.

Je vous remercie d'être venus aussi nombreux pour participer à ces 4 sessions et j'espère que vous nous ferez connaître vos souhaits de sujets, et peut être même de contributions à la deuxième journée de psycho-oncologie qui aura lieu l'année prochaine. Bonne journée.

Animateur de la table ronde : A l'annonce d'un choc traumatique, comme l'annonce d'un cancer, on voit des patients inaugurer un discours nouveau qui va, comme l'a dit Andrée LEHMAN, réécrire leur histoire, réanalyser leur vie, sortir des rancoeurs non exprimées, mais aussi dans certains cas, ils vont essayer de rationaliser ce cancer en essayant de trouver une cause qui soit moins injuste que le hasard. Ils vont voir l'oncologue et ils disent : c'est à cause de ça que j'ai un cancer. Cette réécriture de l'histoire pose des questions à l'oncologue qui lui a une explication scientifique du cancer ... je me tourne vers Bruno AUDHUI ...

B.AUDHUY : A l'occasion d'une consultation, pas forcément la première d'ailleurs, le patient inquiet de cette nouvelle qu'il vient d'apprendre pose des questions aux médecins et s'interroge sur la cause. Nous, on leur montre qu'on a des explications biologiques, épidémiologiques, scientifiques ... moi je ne vais pas abonder dans le sens du patient qui a son explication du cancer mais je vais avoir tendance à écouter car il a besoin d'en parler parce qu'à l'occasion de ce diagnostic il passe en revue toute sa vie. c'est peut être pas

l'oncologue le mieux placé pour écouter ça mais on est en première ligne à ce moment là pour entendre des choses impressionnantes sur la façon dont un patient ressent son cancer comme un événement non pas pathologique mais comme quelque chose qui va bouleverser toute sa vie et l'amener à revoir tout le film de sa vie. Souvent c'est comme une punition, soit ils se sentent coupables et se souviennent que par le passé, ils ont fait une chose qui leur paraît maintenant punissable, par exemple une femme qui me disait : je sais pourquoi j'ai un cancer, c'est parce que j'ai eu un enfant avant le mariage. J'ai souvent l'impression qu'ils voient leur cancer comme une condamnation. Il y a d'ailleurs plein de termes qui vont dans ce sens : condamné par la médecine, sanction chirurgicale, malade en sursis, etc. Inversement, ça peut être vécu comme une injustice, je me souviens d'une femme qui avait une récurrence de cancer de langue et qui nous a dit : pourtant je n'ai pas été mauvaise langue !

Animateur : Comment doit-on comprendre ces discours ? Comment expliquer ça ?

Josette OLIER : Un diagnostic de cancer détermine trois temps dans la vie : le temps T, celui du diagnostic, le temps T +1 qui va être les conséquences de ce diagnostic de cancer dans sa vie et dans les histoires de famille car ce cancer va intervenir dans toute l'organisation de la vie du patient. On constate aussi qu'après ce temps T +1, les patients sont ramenés à un temps T -1, ils se tournent vers leur passé en effet pour se demander pourquoi ça leurs arrive. Ils ont besoin de comprendre. Ils trouvent souvent des explications de type « persécutif » : j'ai divorcé, j'ai vécu un deuil et je ne m'en remets pas ou bien mon conjoint me fait une vie d'enfer ... des choses persécutives ...

Animateur : Que faut-il faire, comment l'aider ?

J. OLIER : Il me semble qu'il s'agit là d'un mode de défense qui date des premiers temps du nourrisson. Le nourrisson se défend en définissant des bons objets et des mauvais objets. La psychanalyste anglaise Mélanie KLEIN nous dit que le bébé fonctionne, dans son immaturité physique et affective en définissant des bons objets : le sein de la mère, mais quand le sein se fait attendre, qu'il a faim, il a l'impression d'être persécuté par un mauvais sein. C'est un mode de défense très primaire qui restera dans les couches de constitution du sujet mais qui sera abandonné plus tard.

Animateur : et ça réapparaîtrait dans ce cas ?

J.OLIER : J'ai l'impression que ce mode de défense remonte à la surface. Il va dire j'ai été persécuté par une puissance extérieure qui me punit d'avoir osé divorcer. Il va reconstruire le monde en fonction de cette opposition bon/mauvais objets.

Animateur : Comment ça se passe quand le médecin rapporte une histoire du patient à l'équipe des soignants,

comment c'est accepté ? je m'adresse à Jean Pierre BASCLET qui est psychanalyste et qui travaille à l'Hopital Gilles de Corbeil

Jean Pierre BASCLET : Je ne vais pas répondre tout de suite à cette question car ce discours que vous présentez comme une reconstruction de l'histoire du patient n'est peut être pas que ça. Vis à vis de l'annonce du cancer, il s'agit en effet de donner du sens à ce qui n'en a pas mais ce n'est pas la première fois que le sujet humain a à faire face à ce genre d'épreuve. On peut prendre le discours des patients sur l'explication causale qu'ils tentent d'apporter à la survenue du cancer de la même manière qu'on entend les théories sexuelles infantiles qui coexistent souvent encore longtemps avec un véritable savoir sur la sexualité et la reproduction. De même, chez un patient a qui on vient d'annoncer un cancer, ce patient peut continuer à développer une théorie qui apparaîtra même parfois comme une production délirante. Je crois qu'il faut entendre ça comme faisant partie de ce que le patient réorganise de sa vie psychique pour pouvoir éponger quelque chose qui dans un premier temps a eu une dimension traumatique. Josette OLIER essayait de nous introduire à cette temporalité qui traverse le sujet. On pourrait aussi se servir des outils que nous a confié Jacques LACAN pour évoquer le temps logique qui n'a rien à faire avec le temps chronologique dans laquelle la médecine est prise et où elle tente d'inscrire le sujet, pour rappeler qu'effectivement au-delà de l'instant du regard où la personne a pu entrevoir à l'occasion de ce diagnostic tout l'horreur de sa finitude, il va se déployer tout un temps pour comprendre avant de conclure, dans un moment de certitude, quelque chose qui va le déterminer dans une attitude qui n'est pas forcément de l'ordre de cette fameuse « compliance » permettant une bonne observance, l'assiduité aux séances de chimio, etc. Dans ce temps pour comprendre, tout peut arriver. Tous les moyens sont bons pour mettre du sens sur ce qui n'en a pas et éloigner le plus possible l'horreur de l'idée de notre propre mort. Tous les moyens sont bons au sujet pour ne pas sombrer, pour rester fidèle à l'image qu'il pense avoir, qu'il s'est construite à travers les identifications multiples de sa vie, la place symbolique qu'il a pu acquérir dans son groupe familial, dans son espace culturel et sa famille. Tous ces efforts tendent à conserver le plus possible de cohérence à cette position. La question de la certitude de la mort physique étant réglée.

Animateur : Ca voudrait dire que ce discours construit par le patient est l'élaboration d'un système de défense qui va lui permettre de tenir le coup par rapport à une nouvelle très difficile ?

Jean-Pierre BASCLET : Ca n'est peut être pas que ça mais je pense que, en effet, ça permet à plus d'un patient de tenir, au-delà même de ce qui était annoncé et du supportable. A ce titre là c'est à respecter, ça n'est

pas en tout cas à bousculer et ça ne peut céder sous les coups d'un discours de type : mais vous racontez n'importe quoi, essayez de voir la réalité en face ! On connaît tous l'échec de telles attitudes et le désarroi des médecins qui, pensant avoir fait tout ce qu'il fallait et communiqué toutes les informations, ne comprennent pas pourquoi celui-ci s'accroche toujours dans ses paroles et son comportement vient contrecarrer les efforts qu'ils font pour soigner le patient.

Animateur : Faut-il coller à ce discours du patient ou le faire évoluer par rapport à ça ?

Jean-Pierre BASCLET : le faire évoluer je ne sais pas mais en tout cas le laisser se déployer tant que possible. Ca sera au sujet de décider si ça tient encore devant la réalité. A chacun sa place puisque vous nous avez fait l'honneur de nous convier à ce congrès aux côtés des oncologues, j'ai envie de dire : à chacun son boulot. Je ne suis pas sûr que le rôle des psychanalystes ce soit de faire accepter quelque chose de l'ordre de la réalité, du traitement, au patient.

Animateur : Faut-il acquiescer ou est-ce qu'il s'agit d'entamer un travail avec le patient pour qu'il évolue et envisage d'autres possibilités qui ne sont peut être pas forcément celles de la science ?

Jean-Pierre BASCLET : Le travail se fait de toute façon mais je finirai quand même par répondre à votre question de départ, c'est à dire que je crois qu'il faut en dire quelque chose aux personnes qui travaillent avec nous dans les équipes pour qu'ils sachent à quoi ils ont à faire, ce quelque chose qui permet à la personne de tenir dans des conditions parfois intenable. A partir du moment où on arrive à initier des gens qui ne sont pas au départ sensibilisés comme nous au discours de l'inconscient, et bien en général, il savent très bien quoi en faire; que ce soit les médecins ou les aides-soignantes et même les A.S.H qui passent les chiffonnettes dans les chambres ... tout le monde sait très bien quoi en faire : respecter, soutenir ou combattre un peu cette position fantasmatique qui ne bouge pas beaucoup.

Animateur : Qu'en pense Bruno AUDHUY ?

Bruno AUDHUY : C'est vrai que si on rétorquait au patient par un discours scientifique en l'empêchant de parler, on respecterait pas sa personne et il le vivrait très mal. Chaque fois qu'on se retranche derrière le discours scientifique c'est pour le médecin une manière de se protéger, lui, c'est un mécanisme de défense du médecin mais c'est pas l'intérêt du malade et je pense qu'il faut le laisser parler et l'écouter. Je pense que c'est important que le patient donne son interprétation car il y a un compte à rebours et si on refuse cette écoute on peut être très délétère justement.

Animateur : Ce psy entre guillemets...

Jean Pierre BASCLET : Pourquoi entre guillemets ? Vous pouvez dire ce psychanalyste

Animateur : ... ce psychologue, psychiatre, psychanalyste qui écoute cette parole, comment c'est accepté dans le groupe des soignants ?

Houchang GUILYARDI : je suis très étonné de la fréquence du mot « défense » depuis tout à l'heure. C'est vrai qu'en cancérologie il y a beaucoup de métaphores guerrières. C'est vrai que c'est la guerre. Mais ce n'est pas seulement la guerre. Je suis un peu étonné d'une récurrence insistante qui est l'irritation des oncologues à propos du discours explicatif des patients. D'abord ce n'est pas toujours le cas. Il y a des patients qui n'ont pas de discours explicatif sur le cancer, et puis je ne vois pas pourquoi ça les irrite : il n'y a pas de compétition entre les explications. Ce n'est pas une bataille pour savoir ce qu'il en est de la vérité. Pourquoi la science ? C'est précisément pour répondre à cette question de la vérité : cesser de faire déferler un imaginaire, une construction mentale que l'on superposerait à la vérité. La vérité c'est autre chose, personne ne la détient. Celui qui pense détenir la vérité, on le qualifie très habituellement de fou.

Il y a des croyances, des développements, des constructions; chacun les siennes : les scientifiques, les malades, les psychologues, les psychanalystes ... chacune contient une certaine part de vérité mais pas toute. En ce qui concerne le discours du patient, en effet il est à prendre comme tel parce qu'il y a quelque chose de la vérité de cette personne qui parle mais il y a aussi une espèce de gangue imaginaire qui se met autour de ça. Maintenant, ceux qui reçoivent ces développements imaginaires avec du sens et de la persécution parce que en effet cette maladie est décrite comme directement reliée à sa mort, c'est persécutif à un point extrême. C'est vrai qu'il y a beaucoup de persécution dans la vie sociale mais là on ne peut plus la mettre de côté, même si certains patients y arrivent encore. Cela dit il est assez logique que cet élément persécutif rentre dans le système explicatif. Le travail d'un psychanalyste consiste à accueillir avec respect la parole là émise, en ne la confondant pas avec LA vérité, mais une parole qui comporte un fil de SA vérité à lui et, à partir de là, l'aider à élaborer quelque chose de son chemin et de cet événement qui lui tombe dessus et qui n'est pas du pur négatif car il comporte également une part de vivant, de vital.

Notre travail c'est de l'aider à en tirer une richesse parce qu'on peut très bien en tirer une telle richesse. D'ailleurs certains le disent très bien, je l'ai entendu encore hier : c'était la plus grande chance de ma vie d'avoir ce cancer. Ça paraît paradoxal et abérrant mais ça dit bien qu'il y a quelque chose qui recèle une richesse possible à l'intérieur d'une telle épreuve.

Animateur : Ça voudrait dire que ce moment-clé peut permettre l'émergence de quelque chose qui va restructurer sa vie ? Ça peut être une chance à ce titre là ?

Houchang GUILYARDI : Celui qui éprouve un cancer va avoir une vie différente à partir de là. Un certain nombre de patients disent : rien ne sera plus jamais comme avant. C'est une expérience unique, comme nous en avons un certain nombre au cours de l'existence qui situent un avant et un après et dans cet événement la question est : est-ce qu'on se laisse aller au désastre total ? Ce n'est la position d'aucun soignant, qu'il soit « psy » ou autre.

Bruno AUDHUY : Je suis tout à fait d'accord sur cet aspect positif que peut représenter dans la vie d'un malade la survenue d'un cancer, surtout pour les cancers dont on a l'espoir de pouvoir se sortir. Quand un patient a eu un cancer, qu'il a été traité pour ce cancer et qu'on en discute après, il dit souvent que d'un certain côté cette expérience a été très positive parce qu'avant le cancer, je vivais n'importe comment, j'avais une vie déséquilibrée, j'étais speedé, stressé ... et depuis que j'ai mon cancer, j'ai fait le ménage dans ma vie, je suis très heureux de vivre, j'ai retrouvé un goût de vivre, je sais ce que je veux dans la vie et j'y vois plus clair car il y a eu ce choc du cancer.

Animateur : Finalement ce discours du patient, non seulement il contient de l'espoir pour une reconstruction plus tard, quelque fois un système de défense et de toute manière une révision complète de sa façon de voir la vie. Mais comment l'écouter ?

Josette OLIER : Face aux patients atteints de cancer il y a un exemple de la littérature dont j'ai envie de parler : c'est l'histoire de la madeleine de PROUST, que tout le monde connaît. Je rappelle brièvement l'histoire, c'est en 1902, Marcel PROUST a une trentaine d'années, c'est l'hiver et il vient chez ses parents. Comme il fait froid, sa mère lui propose une tasse de thé avec des madeleines. Il laisse tremper un morceau de madeleine dans la cuillerée de thé et la porte à sa bouche. A ce moment là, il dit : *« Une joie immense le traverse »* mais il ne comprend pas ce que c'est. La phrase exacte est *« un plaisir délicieux m'avait envahi, isolé, sans notion de sa cause. Il m'avait aussitôt rendu les vicissitudes de la vie indifférentes, ses désastres inoffensives, sa brièveté illusoire, de la même façon qu'opère l'amour, en me remplissant d'une essence précieuse ou plutôt cette essence n'était pas en moi, elle était moi »*. Il reprend une cuillerée de thé avec la madeleine et tout à coup il comprend : *« Tout d'un coup, le souvenir m'est apparu. Ce goût c'était celui du petit morceau de madeleine que le dimanche matin à Combray, quand j'allais lui dire bonjour, ma tante Léonie m'offrait après l'avoir trempée dans son infusion de tilleul »*. Il s'agit d'un temps T-1, 1877 environ et cette expérience, il la fait 25 ans plus tard.

En tout cas, il retrouve avec une acuité immense, un souvenir qui remonte à sa petite enfance. On voit donc que le temps T-1 revient dans le temps T avec une acuité surprenante. Et bien je crois que quand les patients

évoquent dans ce temps T ou T+1, quelque chose de leur passé, quelque chose de ce temps T-1, cela a la même présence et la même épaisseur. Une patiente de mon service, qui avait 42 ans et qui est maintenant décédée, c'est l'occasion d'envoyer un petit signe d'amitié à sa mémoire, était soignée pour des métastases d'un cancer du sein qui avait été décelé quand elle avait 35 ans et je la croise à l'hôpital de jour entre le box de soins et les toilettes, elle était mal et a été vomir. Cette patiente qui ne parlait pas tellement me dit : « vous savez, je viens d'aller vomir dans les toilettes et bien quand j'étais enceinte, je vomissais et je n'osais pas le dire à mes parents parce que ça aurait voulu dire que j'avais été avec un homme ». Cette formulation m'a surprise car cette patiente était mariée tout à fait régulièrement, sa première grossesse s'était manifestée quelques mois après son mariage, rien de plus naturel, et bien non, elle était écrasée de honte dans cette grossesse débutante quand elle avait 20 ans de moins. Or dans les entretiens que j'avais régulièrement avec elle, elle m'avait dit un jour : vous savez, je vais vous dire quelque chose que je n'ai jamais dit à personne, c'est que ma mère a eu un enfant hors mariage et mon frère aîné n'est pas mon frère, je l'ai appris à l'adolescence en regardant le livret de famille mais jamais ma mère ne m'en a parlé. Elle se retrouvait là, avec les vomissements dus à la chimiothérapie, en train de revivre toute une histoire très lourde sur le plan de sa sexualité et de sa féminité. Elle était mal à l'aise et j'ai envie d'en parler parce que souvent les soignants disent que les patients sont très difficiles mais si on imagine que toute cette histoire du temps T-1 vient se réactualiser avec une force immense, on peut comprendre que ce n'est pas si simple.

Animateur : On voit dans cette histoire l'émergence de choses anciennes ... Mr GUILYARDI vous vouliez intervenir ?

Houchang GUILYARDI : Oui, je voulais répondre à Bruno AUDHUY à propos des soins palliatifs. Pour moi, ce n'est pas un temps dépassé, même à ce moment là, il peut être essentiel pour le patient et sa famille. Nous sommes tous reliés les uns aux autres, tissés les uns dans les autres et quelqu'un qui va décéder dans quelques semaines n'est pas du tout en dehors. Son décès va faire partie intégrante de la famille et dans deux générations, ce sera encore important.

Animateur : En effet, ce n'est pas seulement la perspective de la rémission qui compte mais aussi la perspective d'une fin de vie correcte pour lui.

Houchang GUILYARDI : Les derniers moments d'une personne participent encore de la trajectoire familiale.

Animateur : Questions de la salle ?

X. : Je voudrais demander à Mr BASCLET des précisions sur ce qu'il a dit du rôle du psychanalyste : est-ce que le rôle du psychanalyste c'est de faire accepter

un traitement, c'est une vraie question. Je suis psychiatre et je m'occupe de personnes qui ont le sida et on se pose beaucoup la question de la compliance face à des traitements lourds et complexes. Quelle est la place du psychanalyste, quelle est sa place de soutien à la fois du patient et de l'équipe, entre le désir singulier du patient et entre le désir légitime des soignants, face à un patient qui refuse le traitement ?

Jean Pierre BASCLET : Plusieurs histoires me reviennent à l'esprit mais je ne vais pas vous les asséner. Je pense que l'inscription dans le travail d'une équipe peut permettre à l'un des membres de cette équipe de se démarquer de cette attitude qui va sans dire dans laquelle tout le monde serait là pour la même chose : soigner le patient, l'empêcher de mourir ou, si on ne peut pas le guérir, l'aider à mourir dans des conditions de non-souffrance et de dignité optimales. Je pense que quand toute une équipe compétente est axée sur ce but, un de ses membres peut se permettre d'être en léger décalage pour à la fois accueillir les productions de l'inconscient de ce patient, les constructions fantasmatiques dont on a parlé, qui ont valeur de mécanismes de défense parfois, de laisser ce discours se déployer et de ne pas se substituer aux autres membres de l'équipe faute de se trouver en porte-à-faux, le dit psychanalyste, alors même qu'il veut accueillir sans jugement le discours du patient pour qu'il y trouve sa propre vérité. Je crois que le psychanalyste ne peut pas se permettre d'être en même temps celui qui garantit que ce discours se déploie et le sanctionner par des manoeuvres plus ou moins subtiles, des contorsions psychiques qui viendraient dire le contraire. Ce n'est pas grave que dans un groupe, l'un tienne cette position si le groupe en tient une autre. Le patient fait d'ailleurs bien la différence, il est souvent tout à fait conscient du partage des rôles. Je me souviens d'un patient qui m'a dit texto, à propos de ce problème de la vérité dont on parle : « qu'est-ce que j'ai ? » Il se trouvait que oui, je savais ce qu'il avait. Et j'étais là à bégayer in petto, pour essayer d'élaborer une réponse qui le renvoie à autre chose et m'en tirer comme je pouvais, et il ne m'a même pas donné le temps de répondre et m'a dit : « de toute façon, je vous pose la question à vous car je sais que vous ne savez pas ». Inutile de vous dire que c'était un malade qui avait de l'humour mais les cas sont fréquents où les infirmières et les aides-soignantes sont noyées sous les questions alors que ces mêmes patients se gardent bien de poser les questions à ceux qui ont les réponses. Je pense qu'on peut tenir cette position de ne pas participer à cette entreprise qui consiste à ce que dès qu'on parle de soi, il y a une sanction : un traitement, une prescription, un placement, qui va clore la question. Je trouve que c'est très bien que dans une équipe, il y ait un personnage, les psychanalystes sont prêts à endosser ça, qui permette que la question reste en suspens, ce qui permet d'aller plus loin et qui offre donc des possibilités

de réam_nagements ultérieurs, si le patient est dans cette disposition là.

Animateur : donc faut pas que les gens se ressemblent et aient le même discours face au patient, sinon il aura pas de porte de sortie pour exprimer des choses différentes.

Jean Pierre BASCLET : Oui, j'aurais pu le dire comme ça, ça aurait pris moins de temps.

Denise SAUGET : Je suis psychologue et psychanalyste et je travaille avec une équipe d'ophtalmologues. Je me pose moi aussi la question de comment un psychanalyste peut travailler avec des médecins. Je constate qu'avec un des médecins c'est plus facile de travailler car pour elle c'est clair, elle n'a pas le temps et elle considère que ces questions ne lui sont pas adressées. Avec une autre ophtalmologue, ça s'est posée différemment. Elle a du mal à me faire fonctionner. Elle essaie de m'utiliser pour faire passer le message du médecin.

Animateur : J.P. BASCLET veut répondre ?

Jean Pierre BASCLET : non, je ne vais pas répondre ...

Animateur : C'est dur avec les psys !

Jean Pierre BASCLET : Je ne suis pas satisfait de la réponse que j'ai apportée tout à l'heure à mon interlocuteur et je voulais y apporter un complément. Je me disais que c'est très bien de s'avancer comme psychanalyste mais ça ne garantit rien, encore faut-il que ça tienne quand même dans la réalité. Mais, en supposant qu'on ait l'impression que ça tient, ça crée des obligations et une des obligations c'est de s'aligner, et c'est le moins qu'on puisse faire, sur le discours inconscient du sujet qui s'exprime sous des formes toutes plus sibyllines que les autres. On ne peut pas ne pas entendre que certains tiennent à quelque chose qui

n'est pas systématiquement de l'ordre de la guérison. Force est de constater que pour certains patients, l'important c'est pas de guérir mais c'est de ne pas perdre ce qui fonde leur identité propre. Je pense à un patient atteint d'un cancer des poumons qui refusait obstinément, sans angoisse ni dépression, les traitements que les pneumologues lui proposaient. Un homme de 52 ans qui au moment du diagnostic a réagi avec une sérénité impressionnante et cela s'est confirmé dans les semaines suivantes. Il a tiré la conclusion que si il lui restait trois mois de vie, il tenait à en faire quelque chose dans la ligne de vie qu'il s'était déjà construite, conforme à certaines obligations morales qui étaient les siennes, avec un certain nombre d'objectifs qu'il avait envie de réaliser avant de mourir. L'acharnement sauvage des pneumologues a fait qu'ils ont « emporté le morceau » et qu'il a eu une chimiothérapie et un jour il m'a dit « ben bravo pour le résultat, j'étais pas angoissé et je ne souffrais pas, maintenant, j'ai mal et j'ai peur de mourir ». Je rappelle cette histoire pour montrer que le psychanalyste peut être celui qui paradoxalement vient dire, à une équipe tendue vers la guérison, qu'un patient peut tenir ^ bien autre chose que ce principe qui voudrait qu'on vive le plus longtemps possible avec le maximum de plaisir et le minimum de déplaisir. Si un psychanalyste peut servir à quelque chose c'est à ça et vous voyez bien le problème que ça peut poser dans le cadre d'une équipe qui se veut performante et qui lutte contre la maladie et la mort. Pourtant c'est une position essentielle à tenir dans un moment où la médecine est de plus en plus calquée sur le modèle de la science et est de plus en plus performante. Il faut maintenir ce contrepoids de la densité subjective des patients qui se trouve effacée par un arsenal thérapeutique de plus en plus monstrueux.

--- OOO ---