

**« Qui vous a donné le droit de me
condamner (à mort)? »**

(L'annonce en oncologie)



Martine DERZELLE

Docteur en psychologie-HDR

IJG-Reims

Un cas clinique « célèbre » :

- A l'annonce de son cancer, le patient s'insurge : « Qui vous a donné le droit de me tuer? » - Légitimité intersubjective? Rappel du principe de réalité.
- Contexte de l'annonce différée : dire ou ne pas dire?
- Devenir de l'annonce au long cours : « maladie du médecin » et « maladie du malade »? vérité médicale et vérité subjective?
- Problème de la « qualité de vie » : « Je préfère l'existence à l'extinction ».

« Depuis l'annonce d'un diagnostic jusqu'à la prescription d'un traitement en passant par la formulation d'un pronostic, patient et médecin sont en situation **d'interlocution**.

Comment croire qu'il ne peut advenir de cette rencontre que ce que l'on attend : acceptation du diagnostic, observance de la thérapeutique, acquiescement aux perspectives d'avenir?

En réalité, ces trois étapes du soin médical sont **parcourues à deux**, dans un échange parlé permanent : comme tel, cet échange produit des effets , par nature , **imprévisibles.. »**

**Interlocution-Intersubjectivité –Vérité du lien :
comme si la seule véritable annonce était que la
parole et le langage sont des objets incertains?**

A. Les spécificités de l'annonce en oncologie.

1. L'annonce : un concept « venu d'ailleurs ».

-ni un concept juridique/ « information » (le soin est l'objet principal d'un contrat dont l'information est l'objet « accessoire »).

-ni un concept psychologique/ « déni partiel ou total de la réalité ».

-ni un concept médical/ « information »

-mais **un concept religieux** = dévoilement, révélation, qui dépasse l'individu pour se porter vers ce qui l'entoure: entourage, société, humanité.

[Séminaire résidentiel à Reims (Mars 2006) : « Les annonces et leur devenir »-Effets de l'annonce et de l'écoute sur l'annonceur]

2. Annoncer, c'est déclarer.

-publiquement, avec une certaine ,même discrète
solennité.

-acte de parole qui **change la réalité** (vécu et statut d'une personne).

-annoncer **INAUGURE**, marque le début d'une histoire, effectue une transformation et en fixe le commencement.

« La mort est comme le soleil, on ne peut pas la regarder en face »(La Rochefoucauld).

« Comment annoncer le plus redouté, le plus refoulé, le plus intolérable, le réel, l'impossible ? »

3. Spécificités:

- **Objet d'une mobilisation politico-sociétale** : des Etats Généraux de la Ligue (1998) au cancer « cause nationale »(2004) et à la Mesure 40 du Plan Cancer (2003-2007/70 mesures dont « dispositif d'annonce »).
« Que soient évitées les annonces dans un couloir, dans une chambre à deux lits, voire au téléphone ».
« Nous voulons des médecins plus humains ».
- **Représentations individuelles et collectives péjoratives**
« du » cancer où le pronostic vital est mis en jeu :
cancer-mort-maladie incurable , longue et douloureuse.
-complications pour la transmission ≠levée du déni de la mort.
-anthropologie du « malheur moderne »(souci « unique »).
-héroïsme malades/médecins (cancer-combat-moral-rite...)

-
- **Un maître-mot: « pluriel ».**
 - des annonces multiples (± 20) et « menaçantes » : diagnostic, traitements et leurs effets, rémission, récurrence, SP: « une plaie toujours ravivée ».
 - des situations cliniques multiples : K pancréas/K sein...
 - des intervenants multiples dont certains « à éclipses ».
 - annonces, pré-annonces : qu'est-ce qui fait annonce?
 - **Exception à la règle : « Primum non nocere ».**
 - longueur des traitements et séquelles douloureuses : chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie + alopecie + séquelles cognitives.
 - amputations, prothèses, stérilité.
 - rémission et pas guérison.

-
- **Epreuve existentielle bouleversante dans ses impacts :**
 - pour le malade (physiques, psychiques, spirituels, sociaux, professionnels, financiers).[*dépersonnalisation*]
 - pour l'entourage (couple, famille, proches, enfants...).
 - pour tous les aspects de la vie : corps, sexualité....
 - l'existence de la psycho-oncologie** en témoigne :
s'adresse à un patient dont les difficultés psychologiques ne dépendent pas essentiellement d'un trouble psychopathologique mais sont engendrées par la situation traumatisante de la maladie.
 - pour les soignants : ambivalence et interprétation à soutenir, prise de risques pour le malade/pour soi, coût psychique.

B. Annoncer un cancer.

« Ce qu'un médecin n'a pas envie de dire à un malade qui n'a pas envie de l'entendre » (A. Lehmann).

1. Effets immédiats et effets différés pour le patient:

- approche traumatologique (rupture, choc, sidération).
- « mise en sépulture » de l'information reçue.
- temps du sujet/temps médical/temps familial.
- le salut dans le « pansement »:les mécanismes de défense.
- annonce et crises de vie.
- hypocrisie du consentement.
- effets cachés de toute parole.
- « une détresse d'enfant dans une carcasse d'adulte ».

2. Violence et coût psychique pour l'annonceur :

- acte sollicitant un effort psychique particulier (tension interne face à une demande ambiguë et anxieuse, évaluation nécessaire de ce qui est compris d'une parole objectivante et rationalisante ,compliquée de veiller au respect de la liberté interprétative, marque de l'organisation défensive du patient).
- acte équivalent à une atteinte imaginaire archaïque (position « d'enfant tout-puissant » réunissant ou séparant les parents).
- acte qui implique une préservation psychique pour « rester fonctionnel ».
- acte qui est la révélation conjointe d'une responsabilité devant l'autre qui excède ce qui est possible.

3. De l'impossibilité de tout « coaching » de l'annonce (en oncologie)

- Il y a obligation de dire (pour le praticien) mais pas d'écouter ni d'entendre (pour le patient).
- La parole n'est pas sans effets, inévaluables par toute technique.
- L'annonce n'est pas un temps 0 mais elle s'inscrit sur une feuille jamais vierge où, par un processus actif dans une temporalité indéfinie, elle se fera parfois une place.
- Ce ne sont pas les mécanismes de défense qu'il faut respecter mais les personnes avec leurs mécanismes de défense.

-
- L'annonce ne peut se suffire d'être celle du consommateur de santé ou de soins.
 - On ne peut ignorer les enjeux psychiques de l'annonce, violence faite au médecin comme au malade.
 - Il n'y a pas de superposition du temps objectif des soins et des soignants et du temps psychique du patient.
 - C'est de l'acte fondateur d'une relation soignante humaine dont il s'agit, « premier acte de prise en soin ».

Des pistes de réflexion...



« Je me souviens : un costume de flanelle grise, une chemise rose, une cravate bordeaux, une mèche de cheveux dans laquelle il passait la main régulièrement et un grand sourire. Je me suis dit que ça ne pouvait qu'aller bien avec un homme dont émanait tant de chaleur. »

-
- Un échange **parlé et corporel** : corps du médecin « en bonne santé » dans une relation spéculaire.
 - Transfert et contre-transfert = enjeux et supports : temps des « premiers mots » énoncés marque souvent à tout jamais l'imaginaire du patient.
 - Une reprise sans fin, sur fond d'histoire : sidération inaugurale et mise en branle d'une véritable mise à feu de l'histoire du patient, énoncé actuel et futur indéfini de sa manifestation pour la vie du sujet.
 - Le travail de l'annonce est dynamique : réinterprétation dans l'après-coup.
 - **Parole et silence ont un seul et même destin chez l'homme: être interprétés.**

-
- ❑ Quelle formation pour quelle démarche?
 - ❑ Des apports de quels autres champs de connaissances la médecine peut-elle/veut-elle s'enrichir pour se saisir de la question de la parole?
 - ❑ Dialoguer avec un individu sur sa mortalité s'apprend-il? Où et comment?

« Souvent, les hommes réclament ce qu'ils appellent la vérité : avec incohérence, mais avidement leurs yeux supplient qu'on leur mente. Beaucoup parmi eux vivent de simulacres et ces simulacres leur sont plus indispensables que le pain, l'eau, l'amour ou les lacets de leurs chaussures ».

Jacques PRÉVERT