

## La mise en place d'une relation thérapeutique.

Que peut attendre le patient s'étant déjà soumis au moins à un contrôle préventif, au plus à toute une série d'examens et de consultations pour des symptômes suspects, d'une consultation destinée à lui communiquer un diagnostic ou une récurrence de cancer ?

« La vérité, je la connais depuis le début, mais je n'ai pas envie de l'entendre... » ;

« Je ne le redirai pas... je fais comme si j'avais rien... » ;

« Je savais que c'était ça, je m'en doutais, mais ça n'a pas suffi à atténuer le choc, le coup de massue... » ;

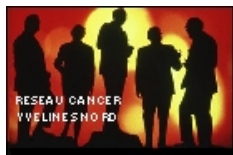
« J'avais beau savoir, je n'entendais rien, j'étais dans le « coma » le plus total, heureusement que ma sœur était là pour poser des questions et prendre des notes... sans elle, il aurait fallu que je revienne... » ;

« Je le savais, je venais juste d'arrêter de fumer y'a quelques mois, c'est ça qui a déclenché la maladie... » ;

« Je m'en doutais mais c'est injuste, j'ai toujours vécu sainement... » ;

« Mes parents l'ont eue avant moi, c'était couru d'avance... » ;

« Mon pire cancer c'est pas cette maladie, c'est lui, mon mari... »



Entre la sidération et la recherche de sens, avec tout le continuum que supposent ces deux réactions extrêmes, ces confidences reçues au cours d'entretiens divers, témoignent de la conscience du diagnostic avant l'annonce.

Malgré cela on constate que l'on n'évite pas pour autant l'effondrement. Car à l'instant de l'annonce du diagnostic de cancer c'est bien la pulsion de mort déliée de la pulsion de vie<sup>1</sup> qui fait irruption et empêche la parole. C'est elle qui circule, attaque les liens et la fonction symbolique

2

### **Alors que recherche la personne atteinte d'un cancer au cours de la consultation d'annonce ?**

Pourquoi ne pas se demander aussi ce que souhaite le médecin dépositaire d'une réalité médicale qu'il a la responsabilité de verbaliser, et qui reçoit la projection des angoisses de ses patients. Il ressort de mon expérience clinique, que le patient et le médecin attendent chacun quelque chose de l'autre, que je propose d'énoncer de la façon suivante :

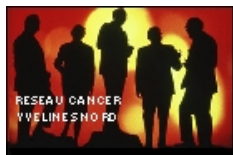
Le médecin	Le patient
confiance	compétence
compliance	compréhension
courage	cohérence

### **Une relation de confiance.**

#### **Compétence et confiance**

Les deux sont indissociablement liées dans l'action à mener pour soigner la maladie : le soin doit être perçu comme un bon objet par le patient ce qui ne va pas de soi compte tenu des effets secondaires. La confiance du patient découlera de l'assurance de la compétence médicale ; la confiance espérée par le praticien concerne sa propre personne, c'est un besoin d'être investi positivement car il a la charge de prescrire le soin. C'est en sollicitant cette confiance, explicitement, implicitement ou en réponse à la demande du patient, que le médecin instaure le premier lien de la relation thérapeutique. Ajoutons qu'il convient de réduire au strict minimum l'utilisation de la terminologie médicale pour laisser la place à quelque chose qui serait de l'ordre de l'espace nécessaire à la construction du sens propre à la subjectivité du patient. A ce propos j'ai entendu :

« Parlez moi comme si j'avais 5 ans... »



« J'avais besoin de silence pour intégrer ce que l'on venait de me dire... »

« Je ne comprenais pas ce que l'on me disait, c'était trop compliqué... »

« J'avais mal aux oreilles... »

## **Une relation d'empathie.**

### **Compliance et compréhension**

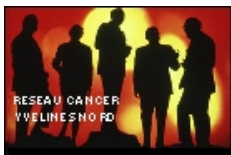
Pour le médecin la première découle de la relation de confiance. Le patient quant à lui, à besoin de pouvoir dire que « c'est difficile », mais aussi il peut avoir une multitude de questions à poser sur tel symptôme qui n'apparaît pas à l'auscultation, sur tel effet secondaire qui modifie sa vie quotidienne : alimentation, sexualité, image de soi, activités physiques, intellectuelles, relation aux proches, relations sociales, relation au corps propre... Beaucoup de patients me disent qu'ils n'osent pas poser de questions par peur de retarder indûment le médecin dans sa visite. C'est en évoquant ces difficultés au cours de l'entretien et la possibilité, le cas échéant d'en parler, que le médecin prépare le terrain de l'empathie qui facilite l'acceptation du soin.

## **Débordements de l'affect.**

### **Courage et cohérence**

Pour le médecin comme pour le patient ces demandes concernent le contrôle de ses affects par l'autre pour s'en protéger, afin de continuer de soigner pour l'un, afin de continuer à se laisser soigner pour l'autre. Le cancer, son traitement et l'angoisse qui menace toujours de faire irruption menace autant le patient que le médecin qui en reçoit la projection. Est-il nécessaire d'ajouter que tous les personnels hospitaliers y sont exposés. Du simple sentiment de découragement, en passant par les colères, aux accès de crises d'angoisse, c'est le débordement qui menace le patient renvoyé à sa maladie, le médecin renvoyé à son besoin de confiance, l'équipe soignante à son besoin de sérénité au moment de l'administration du soin.

Par ailleurs, le patient est sensible à la moindre contradiction apparente ou réelle entre des propos perçus comme divergents chez la même personne ou entre deux soignants différents, aux reports de dates d'examens, aux hésitations sur l'interruption momentanée d'un traitement, ou aux changements de protocoles de soins... Certains patients vont jusqu'à traquer l'incohérence entre les différents personnels médicaux pour tester leurs hypothèses, avec l'arrière pensée obsédante : « on me cache quelque chose ».



Contre l'émergence de l'angoisse il n'y a pas de recette. Il s'agit d'y répondre quand elle se manifeste. Tout au plus pouvons nous rappeler le principe de prise en charge pluridisciplinaire et complémentaire des patients par les personnels soignants. La consultation d'annonce est le moment opportun pour informer le patient du dispositif professionnel humain mis à sa disposition par le service public hospitalier.

C'est donc au cours de cet échange dans le cadre de la consultation d'annonce que se met en place la relation médecin / patient.

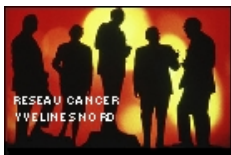
Par ce que le médecin représente le savoir médical cette relation est asymétrique, mais c'est en raison même de cette asymétrie et de l'intervention du cancer comme objet tiers symbolisant la castration<sup>3</sup>, en ce qu'il signifie à l'un et à l'autre leur incomplétude, leur finitude, leur fragilité, que peut advenir la fonction symbolique afin que la déliaison<sup>4</sup> s'efface au profit d'une intrication pulsionnelle mort/vie, agressivité / amour au cœur de laquelle se noue la relation à l'autre.

La relation à l'autre, avec ses inévitables conflictualisations<sup>5</sup> qui en assurent la plasticité<sup>6</sup>, est porteuse de vie et d'espérance. On se soutient de la parole de l'autre et quand on y pense dans une vie ce ne sont pas les discours sans fin qui nous construisent mais ces quelques mots vrais et inespérés, un regard posé sur nous à l'instant même d'une expérience personnelle de haute solitude, qui nous donnent le courage d'exister.

La consultation d'annonce est une étape de la mise en place de la relation thérapeutique médecin / patient, ce dernier, rappelons le, disposant du droit au refus d'être informé...

Irène Arapoglou-Kuzmiak  
Psychologue clinicienne Onco-psychologue

<sup>1</sup> Freud in « Au-delà du principe du plaisir » 1920, oppose la pulsion de mort à la pulsion de vie. La première tend à la réduction complète des tentions, ramenant l'être vivant à l'état anorganique. Tournée vers l'intérieur elle conduit à l'autodestruction, dirigée vers l'extérieur elle se manifeste sous la forme d'une pulsion d'agression ou de destruction. La seconde tend à



maintenir l'unité et l'existence de l'organisme et du psychisme humain, on parle alors de pulsions d'auto-conservation, et de pulsions sexuelles... Les pulsions de mort et de vie sont opposées, mais elles forment un dualisme pulsionnel au sein duquel le balancement incessant de l'une à l'autre, constitue un travail de liaison créatrice d'une dynamique psychique dont se soutient tout individu, et qui est à la source de la vie de toute vie humaine.

<sup>2</sup> J. Lacan introduit ce terme pour distinguer les trois registres essentiels du champ de la psychanalyse : « Le réel, le symbolique et l'imaginaire. » Le registre symbolique est celui du langage, de la parole et du signifiant c'est-à-dire l'enveloppe sonore du mot.

<sup>3</sup> Complexe centré sur le fantasme de castration qui apporte une réponse à la différence anatomique des sexes, celle-ci étant attribuée à un retranchement du pénis chez la petite fille. Ce complexe est en étroite relation avec l'introduction du père comme tierce personne, dans la relation duelle fusionnelle des premiers mois entre la mère et l'enfant et qui constitue le premier pas vers l'interdiction de l'inceste qui permettra plus tard à l'enfant de renoncer à ses désirs oedipiens et à son sentiment de toute puissance. La fonction interdictrice de l'inceste introduit l'enfant à la loi et à la vie sociale.

<sup>4</sup> Voir note n° 1

<sup>5</sup> Sentiments contradictoires pour une même personne.

<sup>6</sup> La souplesse.