



— Pierre Marti
Rédacteur en chef adjoint



— Daniel Serin
Rédacteur en chef

La cancérologie, un kaléidoscope soulagien

Longtemps la relation médecin malade a reposé sur une approche paternaliste fondée sur une éthique de la bienveillance. Aujourd'hui, le principe d'autonomie tend à s'imposer et conduit à une relation de type adulte-adulte entre médecin et patient. Il est demandé plus de participation du patient, plus de prise en compte de ce qu'est l'homme au-delà de la tumeur dans une démarche plus « humaine » respectueuse des valeurs, des projets et des croyances de l'autre.

Il convient que le patient soit entendu et donc écouté. Florence Barruel insiste sur cette dimension essentielle de la prise en charge que constitue la prise en compte de la subjectivité du patient, de ses croyances « profanes », forme de savoir sur la maladie qui lui appartient en propre. Le patient n'est pas vierge de connaissance sur le cancer lorsqu'il rencontre le médecin, il possède sa propre représentation de la maladie qu'il convient d'appréhender dans la perspective d'une réelle communication. Connaissance de la maladie n'est pas synonyme de connaissance du malade, sauf à réduire l'un à l'autre.

Dominique Gros nous pose une question pertinente et donc embarrassante : est-on mieux soigné par un médecin qui ne vous aime pas ? Son article fait écho à celui de Florence Barruel en ce qu'il se place du côté du praticien cette fois et montre que sa subjectivité ne saurait être occultée dans la relation médecin malade. À être trop proche du patient, le médecin oscille entre deux écueils que sont le « tout faire » pour arriver au diagnostic et la peur de découvrir la pathologie redoutée, d'être le porteur de la mauvaise nouvelle. Si la froideur n'est pas de mise, la prise de distance émotionnelle paraît souhaitable, empathie oui, fusion non.

Nicole Pélicier, dans l'interview qu'elle donne à Émilie Gillet, prend acte des progrès réalisés dans le soutien psychologique aux patients tout en montrant le chemin qui reste à parcourir : augmenter l'offre en quantité mais aussi l'étendre en deçà et au-delà de la phase thérapeutique proprement dite. Le Plan Cancer II en fait un de ses objectifs : prendre en charge l'après cancer. Cela passe nécessairement par un renforcement des liens ville/hôpital et par une meilleure coordination des soins.

Coordination de soins, prise en charge des patients au-delà de la phase thérapeutique « aiguë », écoute plus attentive... nécessitent des moyens financiers certes mais aussi et avant tout humains. Le site « lamaisonducancer.com » dont Bernard Giraudeau est le parrain alerte sur la pénurie annoncée de médecins spécialistes du cancer et sur les conséquences négatives prévisibles pour les patients.

Un élément de solution pourrait résider dans la proposition de Roselyne Vasseur plaidant pour l'instauration d'infirmiers coordonnateurs et infirmiers référents dans une démarche de transfert de compétences plutôt que de transfert de tâches. Coordonner certainement, pour autant doit-on multiplier les niveaux de coordination et le nombre des référents ? Ces super-infirmiers s'apparentent quelque peu aux officiers de santé du XIX^e siècle par leur positionnement dans l'offre de soins, entre infirmier et médecin.

Face au bouillonnement que traduisent ces articles il convient, tout en restant en prise sur l'actualité au travers des « Actus », de prendre du recul avec Jacques Rouéssé et son deuxième volet de l'histoire de la cancérologie.

La réalité c'est aussi ces lieux d'excellence où des personnels qualifiés et dévoués prennent en charge les patients. Avec l'Institut Paoli Calmette, nous poursuivons notre tour de France des établissements de santé phares.

La prise en charge du patient porteur d'un cancer s'apparente à un kaléidoscope tant les facettes sont nombreuses, facettes souvent sombres voire noires mais Soulage nous apprend que la lumière existe dans le noir c'est pourquoi l'on peut parler de « kaléidoscope soulagien ». ●

Pierre Marti, Daniel Serin