

Henri Pujol a notamment dirigé le Centre régional de lutte contre le cancer de Montpellier, Val-d'Aurelle, aujourd'hui Institut contre le cancer de Montpellier.



PHOTO GUILLAUME BONNETONT

HENRI PUJOL

LE PIRE ENNEMI DU CANCER, C'EST LUI

À 91 ans, le cancérologue montpelliérain Henri Pujol, qui a été de 1998 à 2007 président national de la Ligue contre le cancer, raconte avec rigueur, humour et simplicité sa vie entrepreneuriale.

À 91 ans, Henri Pujol a eu la bonne idée de prendre la plume. L'éminent universitaire a, en effet, beaucoup à dire. Il est l'un des grands acteurs et même le témoin clé de l'évolution vertigineuse du traitement du cancer en France. Les chiffres parlent. De 1980 à 2015, le taux de guérison du cancer est passé de 40 % à 60 %. Dans les années 60, les cancers du testicule s'accompagnaient d'un pronostic fatal. Aujourd'hui, ils sont guéris à 95 %. Un examen du registre des cancers dans l'Hérault établit que le traitement du cancer du sein assure, à 91 %, une survie sans rechute. Courtois et combatif, le Pr Pujol s'est porté sur tous les fronts du cancer. Clinicien aux aguets, il continue à suivre les progrès thérapeutiques, se fait le chantre d'une "révolution méconnue", l'opération *Standard Options et Recommandations* appelée à guider les cancérologues à partir d'un bien commun : le savoir « standard » issu des pratiques des meilleurs spécialistes de la planète.

C'est aussi un bâtisseur. Il est l'un des créateurs de Val-d'Aurelle, le très performant Centre régional de lutte contre le cancer, l'un des fondateurs

d'Épidaure, l'espace montpelliérain de pointe consacré à la prévention. Sous sa présidence, de 1998 à 2007, la Ligue contre le cancer est devenue un lobby puissant et écouté.

Pujol est aussi un patriarche qui a entraîné dans l'aventure ses deux fils, Pascal et Jean-Louis, devenus à leur tour universitaires et cancérologues. L'homme ne déteste pas le pouvoir. Mais il en connaît les limites et tient à distance avec bonhomie. Au fond, c'est un adepte du *soft power*, l'art de gouverner en souplesse. Un signe : grand supporter de l'équipe de rugby de Béziers, il a toujours préféré se rendre aux déplacements dans le club des joueurs plutôt que dans les limousines des dirigeants du club.

Au-delà du cancer, les arbres, en particulier ceux qu'il a plantés dans son jardin, sont la grande passion d'Henri Pujol. Il s'en amuse : "Je ne veux dire du mal des fleurs, mais je préfère les arbres parce que, en plus, ils donnent des fleurs." Tout Pujol !

Jacques M.

"Le cancer, un combat scientifique et humain" par Henri Pujol. Postface d'Axel Kahn. Éditions L'Harmattan, 258 pages, 22 €.

"Cette opération contre le cancer, c'était une véritable épreuve sportive"

« J'AI APPRIS la chirurgie méthodique et réglée avec de jeunes agrégés: Éric Nègre, Claude Romieu, Georges Marchal qui n'avaient pas encore gravi les échelons des titulaires de chaire. Je les observais, méthodiques, contrôlant tout, interdisant que l'on prononce une parole ou une demande étrangère au malade ou à la sécurité. En fait, Éric Nègre n'avait pas besoin d'interdire. Nous le craignons tous, internes, chefs de clinique, surveillantes et infirmières de bloc. Son autorité naturelle était incroyable et me fascinait. Il avait été footballeur en 1^{re} division dans l'équipe du Nîmes Olympique. Il devait être très difficile de lui prendre le ballon. Au bloc opératoire, il imposait sa discipline et sa méthode. La maîtrise du saignement et la sécurité de l'anesthésie auto-

risaient des interventions de plus en plus longues. L'une d'elles, l'œsophagectomie pour cancer, nécessitait des qualités de résistance confinant à une épreuve sportive.

Responsabilité. Avant la climatisation des blocs opératoires, il fallait être en condition physique pour assurer deux temps opératoires, chacun de 2 à 3 heures, l'un abdominal pour préparer l'ascension de l'estomac dans le thorax, l'autre thoracique pour réséquer l'œsophage et rétablir la continuité, séparés par une pause de 15 minutes pour le changement de position de l'opéré. Dans les mois d'été, avec Éric Nègre, nous portions un bandana comme les pirates pour empêcher la sueur du front de tomber dans le champ opératoire. Après avoir été son

premier assistant plus de vingt fois, il me dit un jour: "Maintenant, c'est ton tour... Je serai par là." Je savais bien qu'il n'allait pas rester 6 heures dans une autre salle du bloc, mais puisqu'il m'avait dit que c'était à moi d'opérer et que j'avais une totale confiance en lui, je ressentais une responsabilité entière et non paralysante.

Cette émancipation peut être comparée à celle d'un pilote décollant pour la première fois d'un porte-avions, sachant qu'il sera obligé de revenir, seul, pour l'apportage... Il ressent une profonde émotion mais il sait que si on lui a permis cette action il est nécessairement capable du retour. Quant à moi, j'ai dû attendre la sortie du malade pour être digne de la confiance accordée. » ✱

"Je prends le cœur de la main droite. Il est flasque"

« L'événement que je rapporte s'est déroulé en 1961, il y a 60 ans. Si l'on remontait encore de 60 ans, on se retrouverait à l'aube du XX^e siècle dans la préhistoire de la chirurgie moderne. On peut considérer qu'en 1960 nous en étions au Moyen Âge. J'étais dans ma troisième année d'assis-

tanat en chirurgie et l'équipe tournait bien. Il n'y avait que deux salles opératoires et j'occupais l'une d'elles pour le programme de la matinée.

Soudain Jacques Du Cailar, le futur chef de l'école d'anesthésie de Montpellier, fait irruption dans ma salle por-

tant dans ses bras un petit garçon de cinq ans opéré du cœur cinq jours plus tôt. "Il vient de faire un arrêt cardiaque... Il faut que tu le masses... Le cœur va repartir. J'étais présent quand il a fait l'arrêt il y a moins d'une minute." À cette époque, le massage par voie externe avec choc électrique n'était pas encore validé. C'est pour

cette raison que l'enfant était ramené au bloc. Comment faire? Plus de salle disponible. Je fais placer un grand champ stérile sur mon opéré. Jacques place l'enfant au-dessus et on s'en occupe.

L'équipe d'infirmières va fonctionner de façon remarquable. En un instant, elles sont plus nombreuses dans la salle mais aucune n'est là pour regarder. Je change de gants ainsi que l'interne et le deuxième aide. On nous ouvre de nouvelles boîtes d'instruments. L'anesthésiste continue de ventiler mon premier opéré pendant que Jacques intube le petit garçon et le

ventile avec un respirateur portable. Le champ opératoire est vite badigeonné. Je reprends la cicatrice de la thoracotomie. Pas de saignement, bien sûr, car il y a un arrêt circulatoire total. On me tend l'écarteur costal. Je l'ouvre modérément, juste pour passer une main. Je prends le cœur dans la main droite, il est flasque, arrêté en

diastole. À la deuxième pression, le cœur repart... Un bonheur jumeau!... Dans ma main et dans ma tête. Le rythme est sinusal d'emblée, sans choc électrique. L'incision de thoracotomie saigne rouge. Dans l'équipe, on se regarde cinq secondes mais sous les masques on ne voit pas les sourires, les yeux suffisent. On se doute bien que c'est gagné. Le cerveau n'a pas souffert plus de 3 ou 4 minutes. Maintenant il ne faut pas faire de faute d'asepsie dans le retour, car ce que nous avons fait à l'aller n'était pas recommandable.

Ensuite il faut terminer l'intervention qui était déjà commencée mais qui ne présentait pas de temps crucial lors de son interruption. Les suites opératoires ont été simples pour les deux opérés qui ne se sont jamais croisés dans leur vie, sauf en salle d'opération. Éric Nègre, qui avait opéré l'enfant à cœur ouvert, nous a dit le lendemain que c'était bien. Cela nous a plu, ce n'était pas dans ses habitudes de faire un tel commentaire. C'est lui qui nous avait formés à travailler dans le silence et la discipline. »

« À la deuxième pression le cœur repart... Un bonheur jumeau! Dans ma main et dans ma tête. »

"Je ne récitais pas un cours, je le racontais"

« La transmission est un levier d'énergie et de confiance. Faut-il entrer dans l'amphithéâtre avec des notes à la main? C'est au gré de chacun. Je n'en avais jamais pour ne pas être tenté de les regarder. Je ne récitais pas un cours mais je le racontais en le parsemant de faits cliniques. L'étudiant doit entrevoir un

patient sur la toile de fond de la description. Lire un texte rompt le rythme et détourne l'attention. J'aime bien le proverbe que m'a appris l'écuyer en chef du Cadre noir de Saumur à l'issue d'une exhibition pour la Ligue: "Le travail efface le travail." Si vous travaillez suffisamment en amont de l'exécution, tout paraîtra facile et vous n'aurez pas l'air

"laborieux". La simplicité est la qualité majeure d'une présentation, mais il n'est pas facile d'être simple. Seul celui qui sait peut écarter ce qui n'est pas essentiel au savoir. L'enseignant ne doit pas seulement transmettre le savoir il doit transmettre la ferveur pour la médecine et pour son exercice. »



PUJOL EXPRESS

- **26 février 1930 :** naissance à Florensac dans l'Hérault de parents viticulteurs
- **1958 :** docteur en médecine
- **1965 :** professeur en cancérologie
- **1968-1995 :** maire de Lanuéjols en Lozère
- **1981 :** directeur du Centre régional de lutte contre le cancer de Montpellier Val-d'Aurelle, qui est devenu ICM, Institut régional du cancer de Montpellier
- **1983-1997 :** président de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer
- **1988 :** à l'origine, avec le professeur Claude Solassol, d'Épidaure, département de prévention de l'ICM
- **1998-2007 :** président national de la Ligue contre le cancer
- **2003 :** membre de la Commission interministérielle du Plan cancer (plan Chirac)
- **2005 :** vice-président de l'Institut national du cancer
- **2007-2016 :** président de la Ligue contre le cancer de l'Hérault

“Pour que l'émotion génère de l'énergie, il ne faut pas être submergé par elle”

“

« Une consultation en cancérologie doit être le partage de la confiance entre deux personnes pour créer une autre confiance dans l'avenir (...). Chaque médecin consulte avec ce qu'il est lui-même. Jouer un rôle n'a pas de sens. Quand je dis que j'ai beaucoup appris des malades, ce n'est pas une simple formule. Balint a écrit que le médecin lui-même était le premier médicament. Le consultant que vous recevez est le premier, même si vous avez vu des centaines de tumeurs identiques. Il faut

connaître le consultant et pas seulement la tumeur.

J'essayais d'instaurer d'emblée un dialogue en évitant les longs monologues médicaux. Le silence est seulement fait pour recueillir la parole du malade, car le consultant mérite une écoute très attentive. Sans l'écoute et le regard, vous ne pouvez pas être dans une vraie relation interpersonnelle. J'évitais de dire des choses importantes ou graves en consultant un dossier. On peut dire en regardant une mammographie qu'un nodule est bénin. Il n'est pas possible d'évoquer un diagnostic de tumeur sans regarder le visage d'une personne.

J'étais aussi présent dans les salles de consultation que dans le bloc opératoire. La richesse des rapports humains dans les consultations permet de garder l'empathie, malgré les souffrances que l'on peut côtoyer. Pour que l'émotion génère de l'énergie, il ne faut pas être submergé par elle. C'est la seule façon d'être disponible pour le consultant qui va se présenter ensuite.

Malgré l'attention que l'on porte à un consultant, on ne répond jamais totalement à son besoin d'information et de sécurisation, mais il faut s'efforcer de lui porter toujours assistance. »

L'Instant: comment annoncer la mauvaise nouvelle

► « LA COLÈRE DES PATIENTS envers une façon assez fréquente d'annoncer le cancer dans un couloir, en trois minutes, au téléphone, sur un répondeur, signifiait: "plus jamais cela". Mais suffit-il d'enlever les mauvaises façons pour découvrir la bonne? Comment faire ensuite? Trois constats paraissaient établis:

- Ni les malades, ni les soignants ne trouveraient seuls une solution satisfaisante pour tous. Il n'y a pas de façon idéale d'annoncer une mauvaise nouvelle, mais certaines façons sont à éviter.

- Les deux parties ne devaient pas travailler séparément pour échanger ensuite "leur copie".

- Il fallait faire avec les patients une analyse plus fine des étapes

précédant et suivant l'INSTANT où ils entendent: "Oui, vous avez une tumeur", "Oui, il s'agit d'un cancer."

Parlons d'abord de l'INSTANT. Les malades le décrivaient de façon étonnante comme si le cerveau avait enregistré, avec une charge émotionnelle, des détails extrêmement précis: "Oui! J'ai détourné la tête et par la fenêtre j'ai vu quatre arbres... des peupliers, j'en suis sûr." La sidération qui suit empêche les paroles prononcées après l'annonce d'être réellement intégrées. Souvent le diagnostic avait été déjà évoqué. Un radiologue émet des doutes sur une mammographie ou le compte rendu est évocateur. Le médecin traitant vous conseille de consulter tel spécialiste ou vous oriente vers un lieu de soins identifiable par son appellation.

Le groupe de patientes qui travaillaient tous les 15 jours sur le sujet était unanime pour dire qu'il

y avait déjà plus qu'un pressentiment.

Souvent les délais précédant une consultation de cancérologie sont longs, trop longs, et trois questions sont ressassées dans l'ordre: ai-je vraiment un cancer? Comment va-t-on me traiter? Vais-je guérir? Or le doute, même infime, sur la première réponse atténue l'angoisse des questions suivantes. Alphonse Karr a bien résumé cette situa-

tion: "Rien n'est pire que le doute, mais parfois, quand la vérité surgit, on regrette le doute." C'est à l'instant où le doute vole en éclats, "oui, c'est bien un cancer", que les deux autres questions s'imposent dans la perspective. Quel traitement? Quel avenir? C'est à ce moment que "la vie basculait", surtout dans les années où l'opi-

nion publique considérait le cancer comme très difficilement curable. Il est important pour le médecin d'annoncer de se projeter avec le consultant dans le présent, c'est-à-dire dans l'action, et dans l'avenir, c'est-à-dire dans l'espoir de guérir.

La Ligue contre le cancer a recherché la bonne méthode, s'appuyant sur les suggestions de ses réseaux de malades et l'expérience du terrain: le cancérologue serait accompagné d'une infirmière d'annonce, le malade amènerait un proche s'il le souhaitait, le traitement serait proposé dans ses grandes lignes et confirmé ensuite par la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire. Un soutien psychologique et social serait proposé. Il y aurait un compte rendu écrit et le médecin traitant serait informé. En réalité, la complexité des parcours transformait la consultation d'annonce en un "dispositif d'annonce" pour répondre aux sollicitations ultérieures du patient. » ✕

“Le cancer du sein: aucune autre tumeur ne m'a autant mobilisé”

« J'ai donné à la lutte contre le cancer du sein une grande partie de mon activité de cancérologue. Cette tumeur a traversé de façon emblématique la deuxième moitié du XX^e siècle avec un impact médical, scientifique, sociologique et médiatique tel qu'aucune autre tumeur n'en a connu. Aucune n'a provoqué autant de congrès, d'engagements associatifs, de témoignages d'opérées, de conférences, de films, d'hypothèses psychologiques, de militantisme.

J'ai connu le temps où la principale qualité de vie après un cancer du sein était d'être vivante... ou survivante.

J'ai connu le temps où les mutilations étaient légitimées par cet impératif prioritaire de la survie, le temps où l'on expliquait à une opérée qu'il était normal de souffrir après les interventions. Certes c'était au cours du siècle dernier, mais il n'y a guère plus de 40 ans. Or voici venu un autre temps, celui où les Registres des tumeurs témoignent que l'espérance de survie sans rechute à 5 ans après traitement d'un cancer du sein en France est de 90 % pour l'ensemble des tumeurs, et de 95 % pour les tumeurs inférieures à 2 cm. Le terme de "survivantes" n'est plus approprié quand l'échec devient plus rare, mais il faut rechercher encore plus de guérisons.

Pluridisciplinaire. Au début de mon activité de consultant, dans les années 1960, le cancer du sein quittait les manuels de pathologie chirurgicale où il côtoyait la luxation de l'épaule et l'appendicite aiguë. Il était devenu une maladie très complexe, composite, transdisciplinaire. Le premier à avoir enrôlé les quatre piliers thérapeutiques de la cancérologie: chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie. Il attirait toutes les disciplines fondamentales: histologie, virologie, génomique. Les sciences humaines venaient aussi vers lui, la psychologie et la sociologie.

L'essor du Centre régional de lutte contre le cancer de Montpellier est inséparable de la prise en charge, par une équipe pluridisciplinaire, des cancers du sein en Languedoc-Roussillon. Dès l'apparition des classements des hôpitaux, en activité et qualité, par de grands hebdomadaires nationaux, Montpellier a été classé dans les cinq premiers centres référents et s'est toujours maintenu. »

Henri Pujol entre les deux champions de rugby biterrois Jack Cantoni et Richard Astre: le cancérologue a été un grand supporter de l'AS Béziers, qui a dominé le rugby français dans les années 1970. PHOTO © BR



Et Jacques Chirac lança le Chantier cancer

► « **LES ÉTATS GÉNÉRAUX** des malades atteints de cancer, organisés par la Ligue en 1998, ont été à la base du Chantier cancer de Jacques Chirac. La Ligue et ses comités départementaux, fortement implantés sur le terrain, avaient accumulé des projets et des innovations, véritables pierres du chantier à venir. Ces matériaux robustes étaient créés avec un réseau de malades extraordinairement motivés, dont les femmes atteintes d'un cancer du sein constituaient le fer de lance.

J'étais présent à l'Élysée en mars 2003 lors du discours inaugural du Plan cancer annoncé après sa réélection. Au milieu du discours, j'entendis la phrase : « *Tout cela ne pourra être réalisé sans l'apport du mouvement associatif dont je salue ici les principaux responsables, et notamment le président de la Ligue.* » Le Président voulait que le Plan cancer, mieux dénommé Chantier cancer, concerne les citoyens et leurs associations. À défaut de les citer toutes, il avait cité la plus importante : La Ligue, avec ses 700 000 adhérents en 2004.

Problème social. On m'a demandé sur quoi reposait la motivation du Président. Question sans objet pour une maladie qui touchera un Français sur deux. Aujourd'hui on guérit un patient sur deux en espérant bientôt deux sur trois. Jacques Chirac voulait laisser une trace et les chantiers choisis étaient profondément populaires : le cancer, le handicap et la mortalité routière. En octobre 2003 est survenu l'événement majeur de mon engagement à ses côtés. Le secrétaire général de l'Élysée, Frédéric Salat-Baroux, m'informa que le président Chirac allait me recevoir en audience en tant que président de la Ligue : « *Le Président veut s'entretenir avec vous des besoins ressentis par les malades et des meilleurs moyens de les satisfaire. Il ne s'agit pas de présenter un rapport, mais préparez-vous à des échanges approfondis.* »

L'entretien commença à 9 h dans le grand bureau présidentiel. J'expliquai pourquoi le Chantier cancer devait concerner l'ensemble des citoyens. Les comportements individuels favorables à la prévention des cancers et à la réussite des programmes de dépistage en cours de déploiement demandaient une très large participation de la population. La norme internationale fixe à 60 % au minimum l'adhésion à un programme de dépistage pour son efficacité en termes de santé publique. Avec plusieurs membres de la famille préoccupés par la maladie d'un proche, le cancer est un problème social.

Pour changer significativement la situation, il fallait au moins deux grandes actions :

- Améliorer la vie quotidienne des personnes soignées et de leur famille en apportant de l'attention, de l'information, du bien-être et pas uniquement du traitement. De même, après les soins, il fallait améliorer le retour à la vie quotidienne, notamment vis-à-vis de deux composantes majeures de la citoyenneté, l'accès au travail et l'accès à l'emprunt pour acquérir un bien.

- Le deuxième postulat, aussi important, était d'assurer l'égalité d'accès pour tous à des soins de qualité dans des lieux qui seraient identifiés par des critères solides et contrôlables. Les Agences rendraient publics les noms des hôpitaux et cliniques autorisés à traiter avec une prise en charge optimale. L'égalité d'accès aux soins a pour corollaire l'égalité de qualité de soins. Cela pouvait être réalisé d'ici la fin du chantier.

Comment juger de l'impact du Plan cancer ? La Cour des comptes, qui ne travaille pas dans la dentelle du Puy, a fait un constat très positif sur le Chantier : un tiers du programme réalisé, un tiers mis en route et un tiers à venir. Quel compliment ! Tout cela en cinq années seulement ! ✱



Henri Pujol à 5 ans à Florensac, non loin d'Agde : son père Louis était viticulteur et sa mère, Jeanne, participait aux travaux de la terre. © CH



Henri Pujol à 9 ans à l'école de Florensac. Sa maîtresse mademoiselle Lucie avait lancé à ses parents : « *Il devrait faire quelque chose, ce petit.* » Cela voulait dire : sortir du village pour faire des études. © CH

“Jean-Pierre, pose un moment ton stylo, retrousse les manches de ta chemise à carreaux et prends une mairie cévenole”

« En 1976, un jeune hebdomadaire, *Sud*, publie un article sur les maires qui n'habitent pas dans leur commune. J'étais cité en “exemple”. Élu en 1968 maire de Lanuéjols, un village lozérien de 200 habitants, j'apparaissais comme un maire “par défaut” et Jean-Pierre Chabrol, illustre écrivain cévenol, auteur des *Fous de Dieu*, commentait ce fait, témoignant pour lui du déclin d'une certaine ruralité. Utilisant de façon amicale le droit de réponse, je l'interpellai :

“Et toi, Jean-Pierre Chabrol, que j'estime profondément, après avoir tant défendu les Lozériens, vas-tu les dépouiller de leur capacité à juger en profondeur des hommes et des choses ? Fais-leur encore confiance pour choisir qui fera un bon maire... Allons, Jean-Pierre, en mars 1977, pose un moment ton stylo, retrousse les manches de ta chemise à carreaux et prends dans tes bras une mairie cévenole. Ensuite seulement tu pourras venir me défier à la pétanque à Lanué-

jols, et si tu veux jouer contre des touristes, amène-les avec toi car nous n'en avons pas sur place. Il y avait bien les Romains, mais ils sont dans la mausolée. Amicalement, Henri Pujol.”

Et voici sa réponse, pleine de lyrisme :

“Cher Henri Pujol, (...) Que le maire d'un village ne puisse plus être le meilleur et le plus permanent de ses habitants, celui qu'on peut aller réveiller la nuit, c'est un mauvais signe, un signe de mort. Ce n'est pas votre faute, ni la mienne et moi qui suis porté à vous aimer bien, je suis sûr que vous êtes le meilleur possible des maires de fortune que se cherchent les villages désespérés et que vous n'en tirerez jamais que des emmerdements. Ce sera votre honneur.

Mais, nom de Dieu ! Cher Henri Pujol, que se passe-t-il sur mon cadavre de cher petit pays ? Pourquoi, dans ces villages

qui crévent (de 800 à 600 personnes entre les deux derniers recensements ; 16 morts, deux naissances en un an, pour un village que je connais bien), pourquoi construit-on une mairie neuve, une poste neuve, une gendarmerie neuve, le tout-à-l'égout ? Pourquoi ces hameaux aux volets blindés qui ne s'ouvrent qu'en août sont-ils éclairés à giorno tout au long des nuits d'hiver par le pistil gracieux des réverbères “design” ? Pour qui joue-t-on cette comédie sinistre de la vie à prolonger coûte que coûte ? Vivement qu'on nous arrache, docteur, tous ces tuyaux qui nous maintiennent en coma prolongé, ils me sortent par le nez ! Je suis pour le vrai désespoir, je suis cévenol.

Votre ami Jean-Pierre Chabrol.”

La dernière fois que j'ai rencontré Jean-Pierre Chabrol, je siégeais au jury de la thèse de médecine de son épouse. ✱