

LA LETTRE DE L'ASSOCIATION

Psychologie et Cancers

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PSYCHO-ONCOLOGIE

N° 9

Mars 95



- 1 -

- Editorial : "Aspects
psychologiques des cancéreux
âgés", par C. Vrousso

- 2, 3 -

- Entrevue avec le Professeur
Schneider

- 4 -

- Journée des psychologues du 2
décembre 1994, par J.L.
Machavoine

- 5 -

- "Psychiatrie et douleur", par P.
Saltel

- 6 -

"Qui voulait quoi ?", à propos du
film néerlandais : chronique
d'une mort annoncée, par A.
Gauvain-Piquard

- 7, 8 -

"Aspects psychologiques de
l'oncogénétique", par H. Pigué

- 9 -

- "Nous avons relevé pour vous..."

- "Il faut parler, savoir..."

- Sida et cancer

- Souffrance et douleur

- 10 -

Liste des mémoires de l'AEU de
Marseille"

ASPECTS PSYCHOLO- GQUES DES CANCEREUX AGÉS

par C. Vrousso*

"Le vieillissement de la population
pourrait être le phénomène
contemporain le plus lourd de
conséquence"

A Sauvy

Les missions de l'Association "Psychologie & Cancers": Société Française de Psycho-Oncologie permettent d'explorer les diverses facettes des aspects psychologiques du malade cancéreux. La vitalité de notre Association est manifeste. Le nombre de rencontres scientifiques et la variété des sujets traités en sont les témoins. Les aspects psychologiques des cancéreux âgés méritent d'être étudiés. Le cancer frappe avec prédilection cette tranche d'âge. L'histoire naturelle n'est pas très différente de celle de la pathologie néoplasique observée chez l'adulte. En revanche, l'approche psychologique et sociale de cette partie de la vie peut poser des problèmes humains délicats. A ce moment de l'existence, la dimension sociale se trouve réduite par l'arrêt de l'activité professionnelle, accompagnée d'une diminution des ressources matérielles. Sur le plan intellectuel, des troubles de la mémoire altèrent la qualité relation-

nelle et affective, même si certains automatismes laissent l'illusion d'une personnalité intacte. La plasticité intellectuelle associée à des troubles de l'attention et de la concentration, qualités hautement sollicitées dans l'adaptation aux situations nouvelles, sont réduites.

Sur le plan physiologique, le remplacement progressif des tissus nobles par des tissus adipeux et interstitiels est de règle.

Dans l'antiquité et dans les sociétés pastorales ou agricoles du Tiers-Monde, le groupe des anciens jouissait du respect, du fait qu'ils étaient peu nombreux, et leur longévité exceptionnelle était attribuée à la protection des Dieux.

L'évolution démographique de ce siècle a mis fin à cette situation. Les découvertes scientifiques ont jeté le discrédit sur le recours à l'expérience.

Ségrégation sociale des personnes âgées et phénomènes de désengagement de l'homme vieillissant restreignent progressivement, plus ou moins consciemment, ses rapports avec la société.

Les difficultés d'ordre social, la vulnérabilité émotionnelle, favorisent la tendance des personnes âgées à ne pas faire état de leurs troubles. La prévalence des dépressions et les pertes cumulées liées à la vieillesse diminuent l'envie de lutter contre la maladie. Les capacités intellectuelles réduites et l'appauvrissement du langage gênent l'échange d'information.

La présence de maladies multiples compliquent et interfèrent avec le diagnostic et le traitement.

L'isolement, les handicaps physiques et mentaux, l'immobilisation

*Service de Radiothérapie, CHU Grenoble

SUITE DE L'EDITORIAL



s'opposent à des apports alimentaires corrects, d'où carence martiale, ostéomalacie, diminution progressive de la masse maigre et augmentation de la masse grasseuse globale, accompagne la baisse des besoins énergétiques, la malabsorption et les avitaminoses.

Tous ces aspects, joints à l'état cancéreux constituent des pistes de réflexion pouvant faire l'objet d'un prochain congrès de notre Association avec la collaboration éventuelle de la Société Française de Gérontologie.

CV

L'Assemblée Générale de l'Association "PSYCHOLOGIE ET CANCERS"



aura lieu à Angers, le Mercredi 7
juin, à 19 heures,
sous la Présidence de Monsieur le
Professeur PELICIER.



Ordre du jour

- Rapport moral et financier
- Election du nouveau bureau
- Questions diverses



Seuls pourront voter les adhérents à
jour de leur cotisation.

Pensez à donner un pouvoir si vous
ne pouvez pas venir.



ENTREVUE AVEC LE PROFESSEUR SCHNEIDER

Le Professeur Pierre-Bernard SCHNEIDER, est professeur honoraire de psychologie médicale et de psychiatrie extra-hospitalière, à la Faculté de Médecine de l'Université de Lausanne. Il a dirigé pendant plus de trente ans, un service de psychiatrie ambulatoire, la Policlinique Psychiatrique Universitaire de Lausanne. Sa première formation a été la médecine interne, et, ensuite, la psychiatrie et la psychanalyse (membre ordinaire de l'API). Il s'est beaucoup intéressé à la psychothérapie médicale, et aussi à l'abord psychologique et psychothérapeutique du malade cancéreux.

Il a publié, entre autres :

-1988, "L'aide en cancérologie par les psychothérapies individuelles", Psychol. Med, 20 : 1359-1363.

-1989, Préface du livre de P. GUEX, "Psychologie et cancer, Manuel de Psycho-Oncologie", ed Payot Lausanne.

-1991, "Regards discrets et indiscrets sur le médecin", ed Masson Paris, coll "Médecine et Psychothérapie"

Anne ROCHE : Je vous remercie de m'accueillir dans votre belle maison sur les bords du lac Léman pour répondre à mes questions.

Vous avez une formation de psychiatre-psychanalyste, et vous avez beaucoup contribué à la formation des médecins à la psychologie médicale. Comment vous êtes-vous intéressé aux problèmes de la maladie cancéreuse ?

Pierre B. SCHNEIDER : J'ai rencontré la maladie cancéreuse dès le début de ma carrière. Simplement parce que ma première formation est celle d'un interniste, et que j'ai eu à soigner des malades cancéreux. Mais la mort m'a poursuivi dès le début de mes études. D'abord parce que j'ai moi-même dû faire un séjour en sanatorium où beaucoup mourraient de la tuberculose. Et aussi parce que j'ai fait cette expérience particulière et difficile, d'intervenir comme médecin dans le camp de concentration de Baargen-Belser, à la fin de la guerre. Il y avait peu de moyens pour soigner les malades ou les diriger vers des hôpitaux, et la seule chose qu'on pouvait faire était de les aider à passer le moins mal possible de vie à trépas.

AR : Puis vous avez été amené à travailler dans des Centres de Lutte Contre le Cancer ?

PBS : En Suisse ce type d'établissements n'existe pas. Il n'y a même pas de service de cancérologie dans les hôpitaux universitaires. Les malades cancéreux sont soignés en médecine, en chirurgie, en ORL, en gynécologie etc...La spécialité de cancérologie n'existe pas officiellement. Il y a des médecins qui en font une compétence particulière, mais ils n'ont pas un statut officiel de cancérologue. J'ai travaillé comme psychiatre consultant au Centre Hospitalier Universitaire de Lausanne, puis j'ai mis en place le service de psychologie médicale. C'est là que j'ai pu avoir à prendre en soin des malades cancéreux. C'est aussi à partir de cette pratique que j'ai collaboré avec l'Association "Psychologie & Cancers" pour l'enseignement, dans le cadre des cours de perfectionnement qui se donnent à Marseille.

AR : L'enseignement a tenu une place importante dans votre activité.

PBS : Certainement, et c'est pourquoi je suis devenu professeur. J'ai estimé qu'il est avant tout nécessaire de permettre aux médecins de se former à la psychologie médicale. Car aucun psychiatre ou psychanalyste ne pourra remplacer le médecin soignant auprès de ses malades pour tout ce qui touche la dimension psychologique. C'est vrai pour les médecins hospitaliers mais surtout pour les médecins installés. Les malades restent maintenant très peu de temps à l'hôpital, et la suite

est assurée par le médecin installé. Le malade cancéreux doit être suivi pendant des années avant qu'il puisse effectivement être considéré comme sorti de la maladie. C'est après sa sortie de l'hôpital que vont se poser toutes les questions, que va se faire la confrontation aux séquelles chirurgicales, à la perte d'autonomie, aux conséquences familiales et sociales. Le malade va mettre son médecin en cause, et celui-ci peut vite se sentir dépassé par tout ce que le malade exprime.

AR : Comment peut se faire cette formation ?

PBS : Elle se fait essentiellement par le groupe Balint. Là le médecin peut comprendre la dynamique psychologique, ce qui se passe dans sa relation avec son patient. Pour cela il faut qu'il apprenne à arrêter d'agir. Le médecin est formé pour agir, et tant mieux, car il doit avoir les bons gestes, les bonnes initiatives pour soigner ses patients, ou les empêcher de mourir. Mais l'action est, dans certaines situation une forme de défense contre l'angoisse. Lorsque le médecin ne s'en sort

plus, n'arrive plus à soigner son malade et ne comprend pas pourquoi, il doit alors comprendre qu'il faut qu'il laisse un espace sans action pour pouvoir penser autrement. Et c'est difficile car les patients demandent qu'on agisse. Le premier pas du médecin dans une démarche psychologique est de pouvoir ne plus se sentir coupable de ne pas toujours agir. A partir de ce moment il peut trouver une autre voie pour aider son malade.

AR : Vous pensez que tous les médecins devraient faire ce type de démarche ?

PBS : De toutes les façons il faut que le médecin en ait le désir. La plupart ont peur d'aborder les problèmes psychologiques, une peur inconsciente. C'est tout de même assez difficile de se pencher sur soi-même, et on peut comprendre que certains évitent cela. Il y a aussi des psychiatres qui préfèrent se tourner vers d'autres modes de pratiques dans laquelle ils agissent, en prescrivant des médicaments par exemple ou en s'intéressant surtout à la biologie. Mon idée est que nous devons respecter ces défenses et que notre place est avec ceux qui souhaitent se former à la compréhension et au maniement du fonctionnement psychique.

AR : Et au niveau des équipes hospitalières ?

PBS : C'est aussi à travers les réunions dirigées par un psychanalyste que les équipes peuvent comprendre la dynamique de la relation qui s'instaure entre le malade et les différents membres de l'équipe. Il n'est pas question de transformer chacun en psychanalyste, mais de l'initier aux phénomènes de l'inconscient, de lui permettre de saisir les interactions, de percevoir les mécanismes de défense.

Cela implique une certaine stabilité dans les équipes, ce qui a tendance à disparaître, car le personnel soignant est de plus en plus mobile.

AR : Quelle est la place du psychiatre ou du psychologue dans un service de médecine ou de chirurgie ?

PBS : A mon avis, il ne doit pas être attaché au service, mais demeurer indépendant. S'il travaille à l'intérieur du service, il y a d'abord le risque que les médecins ou les infirmières se déchargent sur lui de tout ce qui concerne les problèmes psychologiques du patient. Son activité n'a de sens que s'il s'agit vraiment d'une collaboration, et non d'un alibi pour les équipes de transmettre leurs problèmes, et d'attendre la solution. Alors que ce sont les équipes elles-mêmes qui doivent trouver les solutions, et le psychiatre est là pour les aider à cela. De plus le psychiatre est un médecin différent, et c'est de cette différence dont les somaticiens ont besoin quand ils nous demandent d'intervenir dans leur service.

AR : Qu'est-ce qui fait cette "différence" ?

PBS : Justement ce recours au non-agir, cette capacité de laisser se créer un espace de réflexion dont les médecins et les équipes pourront bénéficier. Cela implique qu'il puisse faire varier la distance qu'il a avec cette équipe : pouvoir en être très proche un moment, puis s'éloigner. Il est aussi nécessaire qu'il travaille avec d'autres. A Lausanne, le service de psychologie médicale que je dirigeais au CHUV fonctionne ainsi, avec une dizaine de médecins psychiatres qui sont uniquement à la disposition pour examiner des malades, mais

aussi pour la formation des médecins, des infirmiers, pour intervenir avec les aumôniers, etc... C'est un service autonome, complètement en dehors de la médecine somatique. Les psychiatres ont des réunions entre eux où ils peuvent réfléchir à leur travail, et qui leur permettent de se rétablir eux-mêmes. Car c'est parfois difficile de travailler avec des médecins somaticiens. Ils éprouvent souvent une agressivité importante, et le plus souvent inconsciente à l'encontre du psychiatre. On lui demande de régler des problèmes dont on sait bien qu'ils ne sont pas réglables. On lui propose les malades "pas intéressants", ceux qui embêtent tout le monde. On le met plus ou moins volontairement et consciemment en difficulté.

Quand on est en groupe, on peut parler de ces situations, des difficultés qui en sont nées, des solutions qui peuvent être trouvées. Et cela est essentiel pour chaque psychiatre.

AR : Et comment le psychiatre intervient-il auprès du malade cancéreux ?

PBS : En fait il s'agit d'une forme de psychothérapie, très atypique, un peu sur le modèle de la psychothérapie de soutien. Il semble important de pouvoir élucider certains facteurs conflictuels qui ont paru jouer un rôle, non pas dans le déclenchement de la maladie cancéreuse, -comme on le voit dans certaine littérature-, mais plutôt dans son évolution. La pathologie cancéreuse est tellement multifactorielle qu'il est très difficile de se rendre compte si le traitement psychologique peut avoir un effet direct sur la maladie elle-même. Ce mode de prise en charge aide beaucoup de patients, mais je suis, non pas sceptique, mais prudent. Je ne pense pas qu'il faille à tout prix "psychologiser" ou "psychiatriser" les services de cancérologie. Il faut faire attention à ne pas faire trop d'offres, et bien savoir repérer les patients qui ont vraiment besoin de ce type de prise en charge. Car la plupart s'en sortent eux-mêmes, sans difficultés. Le plus souvent, les mécanismes de défense psychologiques sont efficaces et n'enferment pas le malade dans un système pathologique, mais au contraire l'aident à faire face à la situation, jusqu'à la mort. Le médecin doit alors être présent pour lui apporter une aide psychologique. Ce qu'il doit être à même de faire.

AR : Vous pensez à toute la phase d'accompagnement du malade en fin de vie ?

PBS : Oui, je trouve qu'on a fait un très gros progrès pour le confort des malades en apprenant à abandonner les attitudes d'acharnement thérapeutique. C'est une autre conception de la médecine, que je trouve tout à fait positive. Mais je persiste à penser que notre rôle est plus souvent d'aider les médecins à trouver la satisfaction dans ce travail psychologique qui appartient à la relation naturelle qui s'établit entre lui et son patient, qu'une intervention directe qui n'est pas une démarche sans conséquences. Il faut réfléchir à cela.

AR : Je vous remercie de votre accueil et de nous avoir fait partager votre expérience.

**JOURNÉE DES
PSYCHOLOGUES,
PSYCHIATRES ET
PSYCHANALYSTES
TRAVAILLANT EN
HEMATO-
CANCEROLOGIE
du 2 Décembre 1994**

Nicole ALBY et Andrée LEHMANN, organisateurs de ces journées bi-annuelles, nous proposaient de continuer la réflexion amorcée en mai 1994 sur le thème «INFORMATION ET MALENTENDU». Remarquons que de nouveaux collègues se joignaient au groupe pour la première fois venant de villes comme STRASBOURG, COLMAR, DIJON, du C.R.L.C. de RENNES témoignant là d'un certain essor de la psycho-oncologie ces derniers mois. Une forte « délégation » belge participait aussi à cette journée, montrant son intérêt pour une approche psychodynamique, contrairement à l'idée qu'OUTRE-QUIEVRAIN, le co-cognitivism (coping, échelles de qualité de vie, etc...) serait la seule référence. Après qu'elle nous eût rappelé l'intérêt de cette question du MALENTENDU, au coeur de l'intervention « psy » dans le champ médical, Nicole ALBY, (Ligue Nationale Contre le Cancer - Paris), soulignait l'importance des impressions corporelles, de la communication non verbale, du regard, dans la restitution de l'image du corps attaquée par la maladie. « S'il n'y a pas d'autre que moi, il n'y a pas moi » dit le proverbe chinois cité par N. ALBY, reformulant cette problématique de l'identification primordiale si bien développée en psychanalyse par des auteurs comme M. MALHER, D.W. WINNICOTT, J. LACAN ou F. DOLTO.

Andrée LEHMANN (I.G.R. Villejuif), dans son commentaire, reprenait la notion d'INENTENDU, de sa place et de ses effets dans la relation soignant-soigné, posant la question de l'élucidation et/ou du respect des

mécanismes de défense du patient.

Sylvie SCHWAB (Institut Curie-Paris) rappelant la portée traumatique de la maladie, en terme d'effraction de l'image du corps, insistait sur les régressions libidinale, topique et temporelle. Cela expliquerait les discordances entre le temps linéaire, objectif, du médecin et des soignants, qui ont un savoir, qui anticipent, et le temps imaginaire, subjectif du patient, suspendu ou accéléré, d'où fréquents hiatus et malentendus. L'originalité de la position du psy, ne sachant pas, ou pas trop, lui permettrait de partager les incertitudes du malade pour mieux l'entendre.

L'exposé de Sonia CHIRIACO (Hôpital Saint-Louis - Paris), rappel précis de l'enseignement de J. LACAN sur l'inconscient et le langage, l'aliénation et le manque dans le langage, se voulait polémique dans l'affirmation de l'irréductibilité de la pratique psychanalytique à une psycho-oncologie. Pour le malade somatique comme pour l'analysant, il serait impossible de dire le vrai sur le réel, l'un et l'autre butant sur un manque de mots. Le rôle du psychanalyste consisterait à faire travailler sur cette coupure signifiante pour faire advenir le sujet dans son désir, quelque soit le lieu de la rencontre, cabinet ou chambre d'hôpital.

Le débat se trouvait lancé sur la spécificité de la psycho-oncologie. Une majorité de participants semblait se retrouver dans le rappel de la prise en compte impérative du Réel du corps, du Temps différent en cancérologie qu'en psychiatrie, du poids de l'institution médicale comme spécifiant notre pratique. Pour schématiser, l'opposition apparaissait classique entre dogmatisme et pragmatisme. Néanmoins les questions posées restaient celles de la position du psy comme Tiers, de sa crédibilité certes, mais aussi de son identité. Comment conjuguer nos impératifs d'adaptation à la Réalité de la maladie et à l'institution hospitalière et nos soucis d'extériorité,

de triangulation en référence à la théorie psychanalytique ?

Se retrouvait posée toute la difficulté, toute l'ambiguïté, d'une pratique hospitalière, où notre seule issue se trouve dans une réflexion sans cesse renouvelée sur le cadre et ses modifications par rapport à la cure-type, sur l'institution, et sur une continuelle articulation entre théorie et clinique.

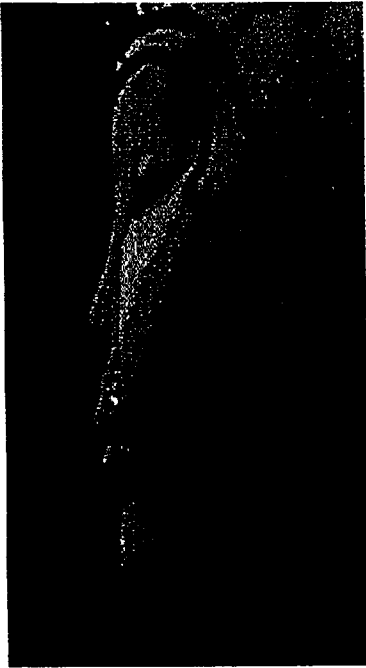
L'après-midi, dans sa présentation du cas d'un malade « étiqueté psychotique », (ces malades qui font peur à l'hôpital général et qui, souvent, vont mieux sur le plan mental le temps de leur traitement oncologique), Jacques ASCHER (CHU Lille) nous montrait en quoi le cadre de parole offert par la psychanalyste permet de dépasser des malentendus pouvant entraver la prise en charge médicale. Travailler comme « Psy » en cancérologie supposerait un certain niveau d'adhésion à la technoscience pour contribuer à la réalisation du projet thérapeutique. Mais pour cela il faudrait veiller à ne pas se laisser enfermer dans le Réel sidérant de la maladie, des traitements, de l'hôpital, « le cirque » selon l'allégorie de J. ASCHER pour permettre l'émergence du discours du sujet, patient ou soignant, sur une autre scène, celle du « théâtre » cette fois, du fantasme et de l'inconscient.

Jean-Luc MACHAVOINE
Centre François
Baclesse - CAEN

◆ ◆ ◆

Nous attendons votre courrier pour notre rubrique "Tribune libre", mais aussi pour avoir vos remarques, vos idées, l'annonce ou le compte rendu de vos journées de travail, des notes de lecture ou les titres d'articles ou d'ouvrages qui vous ont intéressés.

◆ ◆ ◆



PSYCHIATRIE ET DOULEUR

PAR PIERRE
SALTEL

Le colloque organisé à Lyon les 20 et 21 janvier par la Société Rhône-Alpes de Psychiatrie sur le thème "Le Psychiatre et la Douleur" a réuni une centaine de personnes qui ont pu partager leur expérience avec les divers intervenants, évoquant les multiples facettes d'un sujet qui contribue à faire évoluer rapidement et profondément les relations soignants-malades dans plusieurs champs de la médecine, véritable modèle pédagogique, selon le mot du Professeur LAURENT (Neurologue - Saint-Etienne)

LE "FRAYAGE" DE LA DOULEUR

En effet, la nécessité d'une évaluation très précise, individualisée de la plainte ou du comportement (car l'on sait que bien souvent il ne se plaint pas) du patient, la complexité des processus physiopathologique, l'adaptation modulée des posologies, la difficulté d'obtenir une bonne compliance conduit les médecins à transformer leurs pratiques, à réinventer une sémiologie qui ne relève

pas de technologies sophistiquées mais offre une évidente efficacité. P.GIRE, philosophe, soulignait combien la souffrance est pour l'homme l'expérience de sa singularité mais relevait le risque que l'exigence d'un sens puisse amener à la justifier.

Le Professeur LAURENT, grâce aux techniques de marquage moléculaire, confirme l'hypothèse d'un frayage neuronal définitivement acquis, faisant que la "douleur engendre la douleur" et remettant en cause la classique distinction douleur aiguë - douleur chronique. Nécessite d'une attitude de prévention, donc en particulier chez le jeune enfant dont il apparaît aujourd'hui que sa prématurité neurologique est un facteur d'hypersensibilité algique, remettant ainsi en cause bien des opinions encore trop répandues.

LES ENFANTS ET LES PERSONNES AGEES

Le Docteur DALIGAND, Médecin légiste, rappelait que c'est souvent les enfants, les gens âgés qui sont négligés en ce qui concerne le traitement de la douleur, ...habituels opprimés. Le Professeur VISIER, pédopsychiatre, s'attachait à distinguer ce que la douleur physique pouvait représenter dans les sociétés primitives comme expérience ritualisée de séparation et son inanité, sa dimension de symptôme dans nos cultures où la "parole du Père" devrait seule garantir la Loi symbolique de la défusion.

LE PSYCHANALYSTE "TOUCHE"

Le Professeur J.GUILLAUMIN, Psychanalyste décrivant le Psy comme "celui qui ne touche pas", évoquait combien celui-ci peut être "saisi", "touché" violemment par le patient douloureux, expérience à laquelle répondait celle du Docteur ALLAZ, Psychiatre à Genève, de Madame DELAFONTAINE, psychologue à Lille, intégrées dans des équipes pluridisciplinaires, témoignant de leur rôle dans l'ouverture d'un "espace", d'un temps offert au

patient toujours en risque de s'enfermer, en mimétisme, dans l'hypocondrie d'un discours plus traditionnel.

NE PAS SOUFFRIR, EVALUATION

Le Docteur LATARJET, à propos des grands brûlés, Le Professeur R.KHOLER en orthopédie chirurgicale infantile, ont pu faire part de leurs stratégies de prévention et de traitement de la douleur dans des lieux grande technicité médicale.

L'équipe d'analgésie du Centre Léon Bérard confirmait par étude auprès de la population des patients hospitalisés en Cancérologie la fréquence des symptômes douloureux et l'utilité de l' Echelle d' Evaluation Analogique pour une meilleure adaptation des traitements. D'autres communications concernaient la rhumatologie, l'odontologie, la médecine (SIDA)...

SENSIBILISER LES PSYCHIATRES

L'objectif de ces journées était de sensibiliser les Psychiatres aux nouveaux développements dans ce champs, à une évolution des pratiques qui tend à subvertir les vieux clivages.

La prise en charge de la douleur est une dimension du soin qui implique la compréhension psychosomatique et implication de tous les acteurs (médecins, infirmiers).

UN HOPITAL SANS DOULEUR

Le Docteur BOCHER, membre du syndicat des Psychiatres des Hôpitaux, confirmait l'intérêt de s'y engager et l'objectif d'un "Hôpital sans Douleur" proposé par C.H RAPIN devient une étape.

Les actes du colloques seront publiés prochainement.





QUI VOULAIT QUOI ?

A propos du film néerlandais "Chronique d'une mort annoncée"

par le

Dr A. GAUVAIN-PIQUARD*

Le 25 Janvier 1995, en deuxième partie de soirée, TFI diffusait un film néerlandais montrant, en direct, le déroulement d'une euthanasie par médecin généraliste au domicile d'un patient atteint d'une sclérose latérale amyotrophique (SLA). Le film, au préalable diffusé aux Pays-Bas, où il avait fait sensation, est programmé dans de nombreux autres pays. Il semble avoir comme objectif d'illustrer l'application de la nouvelle loi sur l'euthanasie en oeuvre dans ce pays.

Certes, il est difficile de se rendre compte dans quelle mesure le choix du montage et la traduction altèrent ce qui s'est réellement passé entre le patient, son épouse et le médecin. Mais, au vue des images qui nous ont été données à voir, quelques remarques semblent pouvoir être faites.

La personnalité du médecin et sa pratique

Ce médecin de 45 ou 50 ans, qui pratique en moyenne 4 euthanasies par an, nous est présenté comme tourmenté et sobre. Certes, il s'occupe aussi de l'autre extrémité de la vie, mais on l'entend alors s'exclamer devant un nouveau-né "elle a les cheveux roux, votre mari est roux ?" A mon avis, c'est un appel au secours. Qu'est-ce que je peux faire pour lui ? Personne ne peut rien pour lui. Vous pouvez lui donner un équipement sophistiqué pour communiquer..., Le meilleur fauteuil roulant, mais au bout du compte, ce n'est qu'un palliatif, parce qu'il n'y a pas de remède pour cette maladie là."

L'information reçue par le malade

A l'évidence, ce patient connaît son diagnostic, et l'absence de traitement. Il perçoit la progression de la maladie qui lui fait perdre son autonomie, et chacune des 4 consultations auxquelles nous assistons commence par son récit de cette progression. En réponse, le médecin renchérit : "oui, là, c'est saisissant". Lors de la visite d'un second médecin, appelé, selon la procédure légale, pour vérifier que les conditions sont remplies pour une euthanasie, l'information est plus directe : "dans votre cas, la plupart de ces conditions sont remplies. Votre maladie est incurable et vous mènera bientôt à la mort. Et, à moins que l'on n'intervienne, vous traverserez de terribles souffrances, vous allez probablement étouffer." Il n'est fourni,

par contre, aucune information sur les possibilité de sédation. Et bien que des douleurs soient évoquées à plusieurs reprises, au bras, à l'épaule, aucun traitement symptomatique n'est évoqué. D'ailleurs les consultations ne semblent aucunement avoir pour objectif une lutte pour le maintien d'une certaine qualité de vie. La morphine est mentionnée à deux reprises, comme idée repoussoir : à l'hôpital, on risquerait de l'augmenter sans lui demander son avis.

L'expression de la volonté du malade

La seule volonté exprimée, apparemment de son propre chef, par le patient est un texte écrit : "Mr X confirme qu'il demande l'euthanasie au cas où sa souffrance deviendrait insupportable."

Dans chacune des consultations auxquelles nous assistons, la séquence est la suivante : récit du patient de sa dégradation, suivie d'une initiative, de la part du médecin, pour évoquer l'euthanasie, suite à quoi le patient renchérit...

Première consultation : Le patient évoque son refus de l'hôpital, sa peur d'y perdre le contrôle. Le médecin : "C'est-à-dire, vous voulez décider vous-même du moment où vous cesserez de vivre." Le malade : "En décembre, c'était plus fort, bien que maintenant j'aïlle encore plus mal, mais maintenant c'est assez stable. La phase suivante sera peut-être la dernière. Il continue à la retarder ¹. Le médecin : " oui, je crois que les choses ont considérablement empiré dernièrement, donc je crois que je vais procéder à tous les préparatifs nécessaires pour une éventuelle euthanasie. Quand le moment sera venu et que vous la demanderez, le moment viendra et je crois qu'il ne va pas tarder, car toutes les formalités seront accomplies." Le malade : " Il ne doit pas attendre plus longtemps, il a aussi du mal à avaler et sa respiration elle aussi se détériore. "Les propos du patient se sont donc inversés.

Troisième consultation : Le malade : " Ca se rapproche de plus en plus et de plus en plus vite . Les mauvais moments prennent le dessus." Le médecin : "Mais vous pensez que vous êtes toujours favorable à...vous savez que vous avons commencé la procédure d'euthanasie ? Il est important que je sache si vous nous suivez toujours sur cette voie ? Vous pouvez dire on laisse tomber, on arrête, c'est clair ?" Le malade "Il la souhaite plus qu'avant"(1). Ici, dans ce dernier passage, se trouve poser la vraie question : qui suit qui ? Qui veut l'euthanasie.

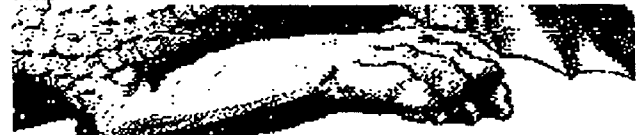
Ce film devait-il promouvoir les pratiques néerlandaises de l'euthanasie . Peut-être. Il nous montre surtout une médecine de médiocre qualité, peu confiante dans sa capacité à apporter le réconfort, et, surtout, bien peu capable de laisser s'exprimer, dans la compassion, la souffrance d'un homme qu'elle ne peut guérir...

AGP

Unité de psychiatrie et d'Oncopsychologie- Institut

Gustave Roussy

1- Ce passage de la première à la troisième personne dans le discours du patient est dû au rôle que joue son épouse pour l'aider à s'exprimer.



COMPTE RENDU DES JOURNEES DE L'ASSOCIATION "PSYCHOLOGIE ET CANCERS" CONSACREES AUX ASPECTS PSYCHOLOGIQUES DE L'ONCOGENETIQUE

par H. Piquet

Les 8 et 9 Décembre 1994, se sont tenues à Rouen 2 journées consacrées aux Aspects Psychologiques de l'Oncogénétique. Une centaine de personnes (Médecin, Oncologues, Psychologues, Psychiatres, Infirmière, Assistance Sociales, etc...) ont participé à ces journées dont le thème central a été divisé en trois parties.

DEPISTAGE GENETIQUE

La première a consisté en un rappel des possibilités actuelles du dépistage génétique du risque de cancer.

Le **Docteur FREBOURG** du CHU de Rouen a fait le point de la **génétique moléculaire du cancer médullaire de la thyroïde**. Il a rappelé que dans 30 % des cas environ ce cancer survient dans un contexte familiale et se transmet selon un mode autosomique dominant. Le cancer médullaire de la thyroïde familial peut être isolé ou s'associer à d'autres affections malignes de nature endocrine. Ces cancers résultent de mutation constitutionnelle d'un oncogène localisé sur le bras long du chromosome 10. La localisation très précise de ces mutations rend leur détection facile. Leur pénétrance, c'est à dire, la probabilité de développement un cancer dès lors que l'on est porteur de cette mutation, est estimée à 100 %. Cette pénétrance et l'agressivité clinique de certaines tumeurs incitent certains auteurs à proposer la thyroïdectomie préventive à titre systématique dès l'âge de 4 ou 5 ans. Ainsi le cancer médullaire de la thyroïde familial constitue donc un exemple de cancer bénéficiant du dépistage génétique et éventuellement d'un traitement préventif.

Le **Docteur FEUNTEUN** de l'institut Gustave ROUSSY a parlé de la **prédisposition au cancer du sein**. 5 % des cancers du sein sont en effet des formes héréditaires. Les études faites à partir des cancers du sein familiaux montrent qu'ils résultent de la transmission d'un gène autosomique dominant et que ces syndromes sont génétiquement hétérogènes, c'est à dire que plusieurs gènes peuvent par des mécanismes éventuellement distincts prédisposer au cancer. De tels gènes peuvent également rendre compte de la prédisposition au cancer de l'ovaire observée dans les familles présentant le syndrome de cancer du sein et de l'ovaire familial. Ces cancers sont sous la dépendance d'un gène situé sur le bras long du chromosome 17. Les mutations de ce gène dit BRCA1 rendent compte de la quasi totalité des syndromes "cancer du sein et/ou de l'ovaire". Un second gène dit BRCA2 rendrait compte des syndromes de cancer du sein précoce. Il est aujourd'hui possible d'identifier les familles affectées par ces syndromes, des individus porteurs d'un gène muté et donc de proposer une estimation individuelle du risque.

Le **Docteur THOMAS** de l'Institut Curie a fait le point sur les **prédispositions génétiques au cancer colorectal**. Cette prédisposition est ou non associée à l'existence de nombreux polypes dans le colon et le rectum. Dans le premier cas, il s'agit de la polypose adénomateuse familiale et dans le second cas du cancer colorectal familial sans adénomateuse. Les altérations du gène APC localisées sur le chromosome 5 sont responsables de la polypose adénomateuse familiale. Des mutations ont été trouvées dans d'autres gènes qui seraient responsables de la prédisposition du cancer colorectal familial sans adénomateuse. Comme l'a souligné Gilles THOMAS ? le typage génétique des tumeurs au niveau de ces locus peut contribuer à l'identification de sujets dont les apparentés sont à risque élevé de développer des tumeurs. Ces différents progrès doivent dans un avenir proche avoir un impact important dans la politique de dépistage et de prévention du cancer colorectal.

Après ces précisions apportées par des Chercheurs, Biologistes moléculaires et Généticiens dont les interventions étaient destinées à bien limiter le sujet, le **Professeur LE MAREC** du CHU de Rennes a présenté le **Conseil Génétique**. Comme il l'a souligné, on ne peut pas dissocier conseil génétique et diagnostic anténatal. Il a insisté sur l'évolution du concept. Au début des années 80, le rôle du conseiller génétique se bornait à tenter d'apprécier un risque, mais de vérifier que l'enfant attendu - ou qui pourrait l'être - sera effectivement normal. Il illustre bien que du conseil génétique, on est passé au diagnostic anténatal et le propos du Professeur Le Marec a consisté à montrer que le conseil génétique est aujourd'hui un travail pluridisciplinaire. Le conseiller génétique ne peut travailler qu'en liaison avec les autres cliniciens, avec l'obstétricien, l'échographiste et le laboratoire de cytogénétique et de biologie nucléaire.

Le **Docteur FEINGOLD** a enchaîné en illustrant ce propos par le diagnostic présymptomatique de la **maladie de Huntington** dont il est un des plus grands spécialistes. La maladie de Huntington est une neurodégénérescence grave et non curable, génétiquement déterminée et ne se révélant que vers la quarantaine. Elle est le type même d'affection héréditaire que pose des problèmes difficiles à résoudre tant sur le plan psychologique qu'éthique. En effet, le diagnostic génétique est possible soit à l'occasion d'un diagnostic prénatal, ce qui permet aux parents de prendre plus facilement le risque d'une grossesse, soit chez l'enfant ou l'adolescent qui permet de savoir s'il est ou non porteur du gène délétère. Les conséquences d'un tel diagnostic conduit à l'établissement de règles de bonne pratique pour le réaliser exigeront notamment que le sujet que demande un diagnostic présymptomatique soit adulte et autonome et que le test ne soit réalisé qu'auprès un

consentement éclairé de la personne à risque. De plus, le résultat du test doit rester confidentiel.

CONSULTATIONS D'ONCOGENETIQUE

La deuxième partie a été consacrée aux consultations d'oncogénétique.

Le **Professeur BIGNON** du Centre Jean PERRIN de CLERMONT-FERRAND a présenté le groupe "**Génétique et Cancers**" de la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer. Ce groupe rassemble environ 35 points de consultations répartis sur l'ensemble du territoire français aussi bien que dans les Centres Anti-Cancéreux que dans les CHU ou des CHG, voire des cliniques privées. Un certain nombre de recommandations ont été proposées par le groupe concernant le fonctionnement des consultations de génétique oncologique. Démarche volontaire du consultant, établissement d'un arbre généalogique complet avant de parler de prédisposition héréditaire au cancer, prélèvements biologiques à visée de recherche aux membres des familles ayant donné leur consentement, préservation du secret médical y compris entre médecins, enfin non révélation d'un destin génétique à un individu sans qu'il n'ait expressément émis le souhait de le connaître.

Bien que ces règles soient appliquées dans ces centres de diagnostic oncogénétique, persiste un certain nombre de problèmes, en particulier concernant les consultations de risque génétique pour les cancers du sein. L'impact psychologique des consultations est parfois difficile à apprécier, des études complémentaires doivent être poursuivies afin de mieux appréhender ces problèmes.

Le **Docteur SOBOL** anime la consultation d'oncogénétique de l'Institut Paoli Calmettes de Marseille, il a présenté l'expérience de son Centre. Il a bien souligné les problèmes rencontrés par cette consultation d'oncogénétique. La présence au sein de l'institut de l'Unité INSERM 379 qui a pour thème l'Epidémiologie et les Sciences Sociales appliquées à l'innovation Médicale permet de prendre en compte la dimension Socio-économique de l'Oncogénétique et d'entamer des réflexions et des programmes de recherche sur l'évaluation de l'impact des consultations et de la prise en charge du risque génétique.

Madame le **Docteur Dominique STOPPA-LYONNET** a présenté l'expérience de l'institut Curie. Elle a souligné la difficulté à appréhender deux paramètres essentiels de l'efficacité de l'oncogénétique. D'une part, l'impact favorable sur le psychisme sur la personne à risque et d'autre part, la bonne adhésion à les modalités de prévention ou du dépistage. Elle a bien souligné que la médecine de prédiction ne sera retenue que si sont résolus les problèmes déontologiques et éthiques qu'elle soulève. De nombreuses questions sont soulevées par ce type de consultation : la connaissance de l'origine précise de la démarche de consultant, ce que le consultant est prêt ou non à entendre, l'évaluation de la compréhension des informations données au consultant, la manière dont ces informations seront transmises à l'entourage familial du consultant et comment elles seront reçues, enfin le retentissement

psychologique et les attitudes négatives ou positives que peut générer chez le consultant le conseil génétique.

LA PLACE DES PSYCHOLOGUES ET DES PSYCHIATRES

La troisième partie était réservée aux psychologues

Le **Docteur SALIMPOUR** qui dirige l'Unité de Psycho-oncologie du Centre Antoine LACASSAGNE à Nice a bien souligné qu'il y a lieu de protéger les sujets concernés, d'une angoisse dont le poids serait comparable à la mythique "épée de Damoclès". Le devoir des chercheurs est de permettre l'élaboration de traitement dans des conditions optimales et non pas créer "des sujets que l'on montre du doigt".

Madame Claire JULIAN-REYNIER de l'institut Paoli-Calmettes de Marseille a ensuite montré comment on peut évaluer l'impact psychologique et social auprès des consultants des consultations d'oncogénétique. Une étude est en cours à Marseille dont l'objectif principal est une évaluation de la consultation d'oncogénétique : évaluation de son impact sur la perception du risque génétique et sur les attitudes envers les méthodes de prévention, évaluation de son impact d'un point de vue psychologique et social au niveau des caractéristiques anxieuses, mais aussi au niveau de la dynamique familiale.

Le **Docteur SALTEL** qui dirige l'Unité de Psychologie Médicale du Centre de Léon Bérard de LYON a développé le thème de l'inscription de la menace génétique dans la filiation. A l'aide de quelques exemples il a montré comment la consultation d'oncogénétique devient un lieu privilégié des représentations imaginaires de nos antécédents familiaux. La consultation d'oncogénétique permettra de limiter l'inflation de l'axe dit Narcissique, de contenir les fantasmes de "Dégénérescence" souvent attachés aux théories de l'hérédité, de lutter contre des sentiments de honte fréquemment liés à toutes l'interrogations au sujet de filiation.

Enfin **Madame LEHMANN**, Psychanalyste à l'institut Gustave ROUSSY a montré comment la situation de "conseil génétique" est complexe de par des problèmes psychologiques ou éthiques qui y sont posés, d'une part, mais aussi du retentissement psychique et psychosocial que ces consultations impliquent.

Pour clôturer le Colloque, une table ronde à laquelle participaient **Madame ALBY**, le **Professeur BIGNON**, le **Docteur EISEINGER**, le **Docteur FRESCO**, **Madame LEHMANN**, le **Docteur LYONNET** sous la présidence de **Monsieur le Professeur PELICIER**, Président de l'Association, a cherché à établir un consensus sur les attitudes vis-à-vis des patients. Un accord a été trouvé sur la nécessité de réserver ces consultations à des sujets volontaires, sur le souci non seulement d'informer les personnes, mais aussi de les aider à supporter cette information et enfin d'avancer prudemment dans ce domaine et d'en évaluer chaque étape.

H.P

"Il faut parler... Savoir...", N.

Landry-Datte, A. Gauvain-Piquard, cassette
Vidéo, 16', Institut Gustave Roussy, Fondation de France

Ce petit film de seize minutes prend en compte les rapports de l'enfant et du cancer d'un proche.

Il est destiné à des enfants; à regarder avec des adultes pour partager.

Des enfants assis autour d'une table écoute en dessinant un adulte qui leur parle du problème de la maladie et de la mort. D'abord en fiction : c'est l'histoire de la famille du coq et de la poule, soutenue par de jolies planches dessinées. Les enfants posent des questions, font des remarques.

Puis c'est la réalité. L'adulte qui leur parle a vécu cela quand il était petit, et raconte sa propre expérience, filmée. Il a dix ans, sa mère est à l'hôpital, il se sent seul, coupable de ne pas avoir été peut-être assez gentil, et s'interroge sur son (leur) avenir. Il décide alors de **savoir**, d'aller voir lui-même et poser les questions, de **parler** pour ne plus rester dans son inquiétude. Il parcourt l'hôpital, pose les questions sur la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie. Il partage son périple avec un autre petit garçon dont le frère est aussi hospitalisé pour un cancer, et qui (se) pose aussi des questions.

Le film est bien construit, et d'une bonne qualité esthétique. Le ton est juste et répond bien à l'inquiétude et la culpabilité de l'enfant dont un parent ou un membre de sa fratrie est atteint par un cancer.

J.FR

"Souffrance et douleur", Synapse, Décembre 1994, n°111.

Un numéro complet de Synapse, relate la journée qui a eu lieu sur ce thème, à Paris, sous la Présidence des Professeurs Pélicier et Weil (Israël), sous le patronage de l'Association France-Israël de Psychiatrie.

La matinée était consacrée à la douleur en elle-même: la prise en charge du patient douloureux chronique (F.Bourreau), les répercussions de la douleur dans la vie psychique (A. Gauvain-Piquard), la pharmacologie de la douleur, l'anthropologie de la douleur, la douleur chez l'enfant. Le problème des séquelles des traumatisés cérébraux, les difficultés rencontrées par les équipes psychiatriques devant prendre en charge des patients séro-positifs ont été aussi les sujets de communications de cette matinée.

L'après-midi abordait la "souffrance": la plainte, les troubles du sommeil, les pathologies de l'humeur, les troubles obsessionnels, l'alcoolisme, la toxicomanie, la schizophrénie, les difficultés liées au vieillissement.

Les textes des communications sont retranscrits in-extenso dans ce numéro. On regrettera que les communications en anglais n'aient pas été traduites...

AR

"La dimension de la souffrance chez le malade douloureux

chronique" sous la direction de Eliane FERRAGUT, 171p, édition MASSON, 1995.

(...) Cet ouvrage est consacré à la dimension de la souffrance chez les malades douloureux chroniques, aux aspects psychologiques les plus fréquemment rencontrés, ainsi qu'aux problématiques qui les sous-tendent. Sous cet angle sont abordés les perturbations du schéma corporel lors d'actes chirurgicaux ou de traumatisme, la dimension sociofamiliale et événementielle, la douleur de l'enfant mais aussi ces aspects médico-légaux, l'angoisse des mourants, les pathologies fonctionnelles, enfin l'approche psychanalytique.

Travail collectif auquel ont participé des anesthésistes, des psychosomaticiens, des neuro-psychiatres, des psychothérapeutes, des psychanalystes, cet ouvrage s'adresse à toutes les équipes des centres anti-douleur, à tous les praticiens confrontés au problème de la douleur ou s'intéressant à cette discipline qu'est l'algologie. (...)

(extrait du texte de présentation du livre)

Avec la participation de J. Cain, F. Chevalier, M. Danan, P. Decourt, J. Dufour, F. Lorin, V. Mazeran, M. Ribstein, JP. Visier.

"Des infirmières face au SIDA", par A. GIAMI et C. VEIL, 265 p, éditions INSERM.

Cet ouvrage est l'exposé d'une recherche sur les attitudes et les pratiques, parfois déconcertantes, du personnel infirmier face au SIDA. (...)

Les résultats de cette enquête constitue un apport substantiel à la connaissance des représentations qui interviennent dans les relations entre le personnel soignant et les patients porteurs du VIH.

Tout un chapitre est consacré au similitudes et différences entre les vécus du personnel soignant (ou ayant soigné) à la fois des cancers et des malades sidéens. La conclusion de ce chapitre est la suivante :

"L'investigation particulière sur cancer et SIDA aura contribué à confirmer l'hypothèse que, si le SIDA apparaît bien comme un phénomène nouveau pour les infirmières interrogées, c'est surtout en tant que combinaison spécifique d'éléments qui, eux, leurs étaient familiers -ou plutôt qu'elles ont pu assimiler à des éléments familiers. Ce qui domine, ce n'est pas un bouleversement de la profession, c'est que la mort de leurs malades pèse lourdement sur elles. Cela étant, c'est précisément l'approche de la mort qui va effacer toutes les discriminations." (C. Veil, C. Veil-Barat)

AR

Mémoires de fin d'Attestation d'Etudes Universitaires
ASPECTS MEDICO-PSYCHOLOGIQUES ET SOCIO-ECONOMIQUES DE LA MALADIE
CANCEREUSE
U.E.R de Médecine de Marseille*

- 1- Stress et personnel soignant dans un service de réanimation de cancérologie.
P. RADIGOIS VALTEMANT
- 2 - La place du malade cancéreux dans le programme des études d'infirmiers.
BERTACCIONI Gisèle
- 3 - Cancérophobie et contraception.
VIALA Michèle
- 4 - Vivre avec le cancer.
MILLIARD Jacqueline
- 5 - Informer le cancéreux de sa maladie, la place de l'équipe soignante. Théorie et pratique.
ROUX Suzanne
- 6 - Le choc de la première consultation.
BRUN Suzanne
- 7 - L'infirmier libéral face à l'individu cancéreux dans sa pratique quotidienne et confronté à la technique hospitalière.
BLANCHAR PISANO Cécile
- 8 - L'enfant hospitalisé pour cancer
MISTRAL Georges
- 9 - Incidences personnels et familiales après cancers testiculaires guéris (sexualité, soutien, approche psychologique)
- 10 - La mort d'un père.
HUTER BOUER Odile
- 11 - Cancer et cerveau
DELFINI Marie Hélène
- 12 - A travers la communication avec le cancéreux. Abordons le non dit
GIRARD VAUDAGNA
- 13 - Parcours entre l'autre et l'ailleurs. Recherche et propositions. Interprétatives du phénomène des "voyages de l'espoir" de l'Italie à la France pour la maladie cancéreuse
N. CROTTI
- 14 - L'hôpital de jour de l'institut Paoli - Calmettes - aspects psychologiques
OLIVIERI Maguy
- 15 - Epuisé
- 16 - La difficulté de dire autour de l'enfant cancéreux gravement malade
A. NAVARRO
- 17 - Epuisé
- 18 - Hospitalisation, communication, cancer
MESSINAS Patricia
- 19 - Incidence de la maladie cancéreuse dans la personnalité alcool tabagique
AGATI Christine
- 20 - L'accompagnement comme prise en charge du malade cancéreux par le médecin généraliste
Dr SALLIER Roselyne
- 21 - Expérience d'accompagnement des malades hospitalisés en services d'oncologie (vérité source de mort ?)
BORELLI Chantal
- 22 - Accompagnement infirmier et qualité de vie du malade cancéreux en hôpital de jour
BARONIAN Nicole
- 23 - Souffrance psychologique et cancer
LEGROS Nicole
- 24 - Le psychologue et la prise en charge psychologique du patient cancéreux dans une structure spécialisée
BREMOND Alain
- 25 - Psychologie et hématologie pédiatrique autour d'une certaine culpabilité
MONIER Sylvie
- 26 - La mort, fin de naissance
RAYBAU Betty
- 27 - Problème de communication avec deux hommes atteints de cancers ORL
Dr G. NAVARRO
- 28 - Le syndrome de Lazare
Th DHOMONT
- 29 - Le cancer du sein de Mme H
FREBOURG Marie Claude
- 30 - Le rôle de l'infirmière dans un service d'oncologie pédiatrique réalités et perspectives
CORNIBERT Geneviève
- 31 - Vérité et cancer
SINIBALDI Monique
- 32 - Le vécu des soignants dans un service de cancérologie
M. BENGLIA
- 33 - Réflexion sur la relation infirmière avec les laryngectomisés hospitalisés avant et après la laryngectomie
PERONI Gisèle
- 34 - Epuisé
- 35 - Invitons un groupe d'enfants et d'adolescents à témoigner
FORCELLINO Roselyne

*Pour obtenir ces mémoires, renseignements au Centre de Lutte Contre le Cancer, BP 156, 232 bd de Ste Marguerite, 13273 - MARSEILLE Cedex 9, Tél : 91 22 33 97 (la suite de la liste sera publiée dans une prochaine lettre)

-L'ASSOCIATION "PSYCHOLOGIE ET CANCERS" a pour but l'étude des problèmes psychologiques en rapport avec les cancers, l'information, la sensibilisation et la formation des personnels médicaux et para-médicaux à tous ces problèmes, et toute recherche dans ce domaine.

Les demandes de renseignement ou d'inscription sont adressées au Docteur FRESCO, Association "Psychologie et Cancers", Institut Paoli-Calmettes, 232, boulevard de Sainte Marguerite, BP 156, 13273- MARSEILLE CEDEX 09, ☎ : 91 22 33 33.

La "Lettre de l'Association" est éditée par le Bureau de l'Association "Psychologie & Cancers" Responsable de rédaction : Docteur Anne ROCHE