



LA LETTRE DE L'ASSOCIATION

Psychologie et Cancers

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PSYCHO-ONCOLOGIE

N° 14

Juin 96



- 1 -

- Editorial par le Pr F. Larra

- 2 -

- Entrevue avec Michel Sapir par
A. Roche

- 4 -

- Composition des conseils de
l'Association

- 5 -

- « Les cancers féminins », collo-
que au Sénat, par J. Brugère

- 6 -

- "Place de la relaxation dans la
prise en charge des malades can-
céreux" par M. Miquelarena

- 7 -

- "Guérir ou soigner" par D.
Dusart

- 8 -

- "Cinquième Congrès national de
la S.F.A.P." par M. Abiven

- 9 -

- "Pour une éthique de la fonc-
tion soignante en cancérologie
pédiatrique" par J. Wayoff

- "Oncologie et gériatrie" par C.
Vrousos

- 10 -

- Congrès et réunions



La communauté médicale n'a reconnu que très tardivement, dans les années 1970, la nécessité d'explorer les conséquences et le retentissement psychologique que la maladie pouvait avoir chez les patients de cancer. Chez les médecins, le personnalisme remplace très lentement le paternalisme.

Les progrès diagnostiques et thérapeutiques ne se sont pas suffisamment accompagnés d'études comportementales liées aux différents aspects concernant :

- ♦ Le dépistage autorisé par les progrès de la mammographie.

- ♦ Les réactions secondaires aux traitements anticancéreux spécifiques :

- les progrès de la radiothérapie induits par l'utilisation de l'accélérateur linéaire, par la précision apportée à la définition des volumes cibles grâce au scanner, par l'utilisation d'ordinateurs en dosimétrie sont encore mal pris en compte dans le vécu psychologique des patients,

- la chimiothérapie est à l'origine d'effets psychiques et physiques engendrés par l'alopecie, les nausées, les vomissements et l'asthénie,

- la chirurgie non mutilante de reconstitution pose de nouveaux problèmes psychologiques.

- ♦ L'oncogénétique permet dans 10% des cancers de reconnaître une prédisposition héréditaire. Elle fait émerger de graves problèmes éthiques non encore maîtrisés.

- ♦ La cancérologie, n'a plus comme seul objectif de guérir. Elle doit aussi dans ses résultats intégrer la qualité de vie, la réadaptation physique et la réinsertion socio-professionnelle.

- ♦ L'arrêt du traitement qui s'accompagne souvent d'un sentiment d'abandon lié à la rupture brutale de la relation régulière avec la structure de soins doit faire l'objet d'une gestion particulière.

- ♦ Dans les phases terminales et pré terminales, les soins palliatifs qui ont connu un développement important ces dernières années ont pour objectif d'accroître le confort psychologique et physique du malade et d'apporter un soutien aux familles.

Ces quelques champs d'étude et de réflexion, cités parmi de nombreux autres, n'ont rien d'original mais ils balisent l'étendue des domaines d'exploration de la psycho-oncologie.

Chaque année, plus de 250 000 nouveaux cas de cancers sont diagnostiqués en France, 700 000 patients sont en cours de traitement à un moment donné et pourtant la psycho-oncologie

* Président de l'Association Psychologie et Cancers : Société Française de Psycho-Oncologie

(suite de l'éditorial)

est une discipline peu connue, non enseignée dans les Facultés de Médecine ou les écoles paramédicales. C'est le mérite de la Société Française de Psycho-Oncologie d'avoir contribué puissamment à son développement en France. Notre société a permis une confrontation des expériences venues de catégories professionnelles très diverses ; médecins oncologues et généralistes, psychiatres et psychologues, infirmières, assistantes sociales, bénévoles d'associations caritatives ou représentants des associations d'anciens malades. Au cours des congrès annuels et des réunions régionales, ces échanges nous ont enrichis et ont aidé à la diffusion des connaissances.

En complémentarité, des actions de formation et de sensibilisation relationnelle ont été conduites par notre société, notamment :

- le diplôme et l'attestation universitaires de psychoncologie organisés à Marseille et à Nice,
- l'initiation à la psycho-oncologie ouverte aux psychiatres et psychologues, créée à Nancy,
- la formation en psycho-oncologie au siège de la Fédération Nationale des Centres de lutte Contre le Cancer,
- les groupes d'étude sur l'euthanasie et la psychonco-génétique permettant d'approfondir la réflexion.

Cependant, une grande partie de la communauté médicale et paramédicale reste encore à sensibiliser, voire à convaincre. La tâche est à la fois importante et motivante. Elle réclame les efforts obstinés de tous. L'Association Psychologie et Cancers : Société Française de Psycho-Oncologie poursuivra et renforcera ses missions. Elle développera ses actions au bénéfice des malades et des soignants eux-mêmes.

F.L.

COMPOSITION des bureaux de L'ASSOCIATION PSYCHOLOGIE ET CANCERS

MEMBRES DU BUREAU

- Président : F.LARRA , Angers
Vice-Présidents : C. CHARDOT, Nancy et
C.VROUSOS , Grenoble
Secrétaire Général : R.FRESCO, Marseille
Secrétaires Généraux Adjoint : A.ROCHE ,
Férolles-Attilly et J.L MACHAVOINE, Caen
Trésorier : F.DEMARD, Nice
Trésorier.Adjoint : M.BUSSO, Marseille
Conseillers Extraordinaires auprès de la Prési-
dence pour :
- les problèmes éthiques et déontologiques :
B.HOERNI, Bordeaux
- les relations internationales et européennes :
H.PUJOL, Montpellier
- la psychiatrie sociale : Y.PELICIER, Paris
- la médecine psycho-sociale : P.GUEX, Lausanne

- le C.C.M.I. : P.SALTEL, Lyon

MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

- M. ABIVEN . Paris
M. ALBY . Paris
F. BAILLET . Paris
J. BRUGERE . Paris
B. DESCLAUX . Toulouse
J.Y. GENOT . Caen
A. LEHMANN . Villejuif
G. MARX . Saint.Cloud
N. PELICIER . Paris
A. SALIMPOUR . Nice
M. SCHNEIDER . Nice
S. SCHWAB . Paris
J.M. ZUCKER . Paris

MEMBRES DU CONSEIL SCIENTIFIQUE

- J.F. ALLILAIRE . Paris
R. BANDA . Marseille
G. BESANCON . Nantes
P. BEY. Nancy
C. BONNET . Marseille
Y. CACHIN. Paris
M. CHAUSSON . Strasbourg
J.J. CLAESSENS . Sainte.Ode
D. COGNIS. Marseille
A. COMAZZI . Milan
G. DARCOURT . Nice
J. DEBRAY . Paris
M. DERONZIER . Vaison la Romaine
T. DHOMONT . Aix en Provence
J.M. DILHUYDY . Bordeaux
F. EISINGER Marseille
R. FLAMANT . Villejuif
J.A. GASTAUT . Marseille
L. GOLDIE . Londres
P. GREGOIRE . Montréal
J. GUERRIN. Dijon
J. GUYOTAT . Lyon
L. KRAKOWSKI . Nancy
N. LANDRY DATTEE . Villejuif
J. LASSECHERE . Paris
D.MARANINCHI . Marseille
D. MAREE . Bordeaux
F. MAY-LEVIN . Paris
C. MORMONT . Liège
T. PHILIP . Lyon
I. PIOLLET-CALMETTE . Avignon
A. PIQUART-GAUVAIN . Villejuif
C. RAYBAUD . Marseille
M. SALAMAGNE. Villejuif
J.C. SAMUELIAN . Marseille
H. SANCHO-GARNIER Montpellier
R. SCHAEERER . Grenoble
J. SCHAVELZON . Buenos.Aires
S. SCHRAUB . Besançon
J.C. SCOTTO . Marseille
C. WAYOFF . Nancy

SM. DEWYPOSTE

J PAVIEL

ENTREVUE AVEC MICHEL SAPIR

Michel SAPIR est psychiatre et psychanalyste. Il est co-fondateur de la Société Française de Psychosomatique, fondateur de l'Association de recherche et de formation à la fonction soignante (AREFFS), animateur de groupes larges et restreints.

Il a écrit de nombreux articles et publié de nombreux ouvrages dont :

- "Le corps à corps", éd PAYOT

- "La relaxation, tome n°1", éd. DUNOD

- "La relaxation en groupe", éd DUNOD

Voir aussi les entretiens avec Michel SAPIR, réalisés par N. ALBY, J. LEWINGER, M. MARTY : "Psychisme et cancer", parus dans les numéros 9 et 10 de la Revue de Médecine Psychosomatique, année 1987.

Anne ROCHE : J'aurais bien sûr envie de vous demander comment le psychosomaticien que vous êtes, voit une Association comme la nôtre, "Psychologie et Cancers".

Michel SAPIR : Je pense qu'elle a un rôle important à jouer dans le monde de la cancérologie. Son action est utile car les patients atteints de cancer ont besoin d'une aide psychologique. Mais je n'aime pas le mot "psychosomatique" car son sens a été dévoyé. La psychosomatique est devenue aujourd'hui quelque chose de suspect, comme une médecine parallèle auprès de laquelle on va chercher un moyen de guérison un peu magique. C'est pareil pour le mot "somatisation" qui peut recouvrir n'importe quoi : un trouble fonctionnel comme une maladie somatique grave. Je ne pense pas que l'origine d'un cancer puisse être psychologique. C'est clair que le psychisme joue un rôle. Mais où ? Sans doute sur le développement de la maladie. Peut-être par des intermédiaires hormonaux ou immunitaires. Peut-être la psychologie agit-elle en diminuant les défenses, mais comme le froid, le chaud, la fièvre, etc. Ce n'est pas spécifique et peut aboutir à l'apparition de toutes sortes de maladies autres que le cancer. De plus il y a des familles chez lesquelles on retrouve significativement un nombre important de cancers.

C'est une erreur de dire que la psychologie est à l'origine de tout ce qui se passe dans le corps. Même la pensée opératoire qui a donné lieu à tant de recherches va contre cette assertion. Il y a des gens qui ont une pensée opératoire et ne sont pas malades, et des hystériques qui vont développer un cancer. Je ne pense pas qu'aujourd'hui, qui que ce soit de sérieux puisse affirmer une origine psychologique au cancer.

AR : Vous convenez cependant que la psychologie a une influence sur le développement du cancer.

MS : Oui, sans doute sur le système hormonal et immunitaire, mais aussi elle joue un rôle très important sur le comportement, comme boire ou fumer qui favorisent l'apparition de cancers. Nous ne sommes plus alors dans la psychogenèse, mais dans le registre du comportement. Le comportement est aussi primordial dans le délai de consultation. Selon sa personnalité un malade ira consulter dès les premiers symptômes ou différera cette décision s'il a peur.

Un comportement peut être social. Il dépend des lois, des règles, des pays, des professions. Les psychiatres fument beaucoup...

AR : Comment peut-on alors considérer les interactions entre le corps et la psyché ?

MS : C'est un autre problème difficile que j'ai abordé dans mon dernier livre¹. Déjà pendant la grossesse, le fœtus humain est en interaction avec la mère. Il réagit aux bruits, à toutes sortes de stimuli peut-être beaucoup plus fins qu'on ne le pense. Puis l'interaction s'accroît au moment de la naissance. L'enfant perçoit certaines choses. Ces perceptions créent des sensations, qui quand elles se répètent assez, puis cessent de se répéter entraînent des représentations. On ne peut pas dire laquelle de la sensation ou de la représentation est la première. C'est l'oeuf et la poule; la représentation peut infléchir la sensation, et vice versa. On peut dire que tout part du corps. Le développement du cerveau permet l'intelligence. Mais cette dernière ne me semble pas importante dans le processus de somatisation. Ce n'est qu'un outil.

AR : Sur quel axe situez-vous donc l'action psychologique auprès des malades cancéreux ?

MS : Il est très important de comprendre ce qui se passe au moment de la rencontre entre les aspirations, les désirs, les projets d'un patient et le cancer qui va tout modifier. Certains patients disent : "j'ai un cancer", d'autres : "je suis cancéreux". Les seconds sont beaucoup plus désespérés. Les premiers se battent contre quelque chose, et cela les aide. Mais ça n'a pas de corrélation avec la forme ou gravité de la maladie.

Il faut surtout comprendre qu'on parlera au malade différemment selon le pronostic de son cancer, mais aussi selon sa personnalité, son histoire. Il n'y a pas de règle. Et cela s'appelle la "psychologie médicale", et pour moi c'est l'opposé de "l'esprit psychologique", une "psychologisation" qui mène à un "savoir faire". Or on ne peut définir une attitude stéréotypée face à une situation donnée. Chaque individu représente un cas différent et doit être étudié en tant que tel. Il faut prendre le temps de l'écouter et de comprendre ce qui se passe en lui.

AR : Le médecin est plus préoccupé à faire le diagnostic qu'à entreprendre une investigation psychologique.

MS : Mais on peut faire les deux. Il est possible de prescrire des examens complémentaires, et en même temps, le même jour, de demander au patient comment il se sent, comment va sa famille, comment ça se passe dans son couple. Le malade ne souhaite pas forcément approfondir chaque sujet, mais il sait que son médecin peut en parler avec lui, peut entendre ce qu'il aurait à dire sur ces questions. Mais ces derniers ne sont pas formés à parler des problèmes "intimes" des patients. Et pourtant ils sont au coeur de leur intimité. J'ai souvent posé

¹ M. SAPIR "La relation au corps" Dunod 1996

(suite de l'entrevue avec Michel SAPIR)

cette question à des médecins en train d'examiner un malade : "savez-vous que lorsque vous posez une main sur un ventre, vous posez une main sur un ventre". Ils m'ont regardé comme un peu débile. Ils n'avaient pas idée du type de relation qu'ils instituaient avec leur malade en posant leur main sur son ventre. Les médecins sont formés à l'approche d'un corps anatomique, et non pas d'un corps désirant. Toutes les recherches qu'ils font sur ce corps concernent son aspect anatomique. Ils se veulent scientifique et ne laissent pas de place à l'affectif. Ils oublient seulement que la médecine n'est pas une science, qu'elle est faite d'applications de diverses sciences. Ce ne sont pas les médecins qui ont inventé les différents systèmes d'investigation. Ils ont seulement appris à les utiliser. Et si on lit des auteurs comme PROUST, MARTIN du GARD, on voit combien la technicité a nui à l'aspect affectif de la médecine. HEIDEGGER a montré comment le progrès technique engage un langage technique, et comment le langage technique envahit peu à peu toute la population. A ce moment là, le langage populaire, celui qui vient de soi, paraît vulgaire et irrationnel et tend à être mis de côté.

AR : Ne croyez-vous pas qu'actuellement la médecine tente de retrouver l'aspect affectif de sa fonction, à travers les soins aux personnes en fin de vie par exemple.

MS : Je suis tout à fait pour les soins palliatifs, et je pense que la France a pris beaucoup de retard dans la lutte contre la douleur. Mais l'instauration d'institutions palliatives me semble un autre problème. C'est à mon avis, la faillite de l'hôpital. Un hôpital bien organisé doit pouvoir être un lieu de vie et aussi le lieu de la mort, dans des conditions aussi bonnes que dans une unité de soins palliatifs. Créer des lieux pour mourir, c'est renforcer la ségrégation.

AR : Vous ne pensez pas cependant qu'on voit dans ce mouvement la volonté de retrouver une certaine philosophie qui tient compte de l'individu dans tous ses aspects, même affectifs ?

MS : Beaucoup de médecins, même très évolués techniquement, ont conscience de cette nécessité de prendre en compte l'affectif. Ils résolvent alors le problème d'une façon spéculaire, en appelant le psychiatre pour n'importe quoi. Le psychiatre à l'hôpital, c'est soit la poubelle, soit le phallus. Le phallus permet au chef de service de dire : " j'ai aussi un psychiatre, et je ne m'occupe pas que de l'aspect somatique". La poubelle correspond à toutes les fois où un patient est envoyé au psychiatre parce qu'il n'est pas dans la norme hospitalière. On n'a pas le droit d'être hystérique à l'hôpital. Pourtant nous avons tous des racines hystériques, une potentialité hystérique qui n'est pas forcément une maladie. L'hystérie est avant tout un mode de vie, un mode de réaction. Mais cela nous ramène à l'animalité. Dans *Champ Psychosomatique*², ASSOUN a écrit un article intéressant sur "la place de l'animalité chez FREUD". Freud a eu constamment le souci du biologique en tant que répercussions de l'animalité.

AR : Pourquoi la réaction hystérique est-elle si mal supportée dans le milieu hospitalier ?

MS : Parce que cela constitue le désordre dans l'univers obsessionnel de l'hôpital. Le malade qui refuse une colostomie introduit un désordre. Sans que personne ne cherche à s'interroger sur le motif du refus, sur les peurs, les fantasmes que cette perspective a éveillés chez le malade. Et cela coûte très cher socialement et au niveau de la personne. Les malades sont très bien pris en charge techniquement, mais il y a mille petites choses qui vont mal, qui compliquent la situation, qui péjorent le pronostic, simplement parce qu'on ne dépasse pas le langage technique pour écouter ce que le malade a à dire. Il suffit de le laisser s'exprimer sans tout de suite le considérer comme un "emmerdeur" et se débarrasser du problème en l'envoyant au psychiatre. On gagnerait beaucoup de temps et d'argent.

AR : Pourtant le psychologue ou le psychiatre a sa place au sein des unités de cancérologie.

MS : Oui bien sûr, mais à condition qu'il puisse vraiment s'impliquer, c'est à dire qu'il ait assez de temps de présence pour vivre la vie de l'équipe, et qu'il n'ait pas lui-même trop d'appréhensions face à la maladie et à la mort.

AR : A travers votre expérience thérapeutique de relaxation, qu'est-ce qui vous semble le plus important dans la relation avec un malade cancéreux.

MS : La relaxation d'inspiration psychanalytique que je pratique ne me semble pas forcément une indication pour un malade en cours de traitement d'un cancer. Peut-être après. Mais par contre je crois qu'il est essentiel, à tout moment de la relation, de prendre en compte le maniement corporel du malade: une main posée sur une épaule, un geste doux consolant, ou au contraire ferme et rassurant, le regard, le sourire. Nous revenons là à l'animalité dans la relation. Il n'y a pas que la parole. Et encore il faut apprendre les rapports entre la parole et le corps. Je me suis demandé si la parole n'est pas une production aussi corporelle que les larmes, quelles que soient les sophistications ultérieures que l'intelligence lui fait subir. Il est intéressant de considérer les relations entre l'induction verbale et les attitudes corporelles, les sensations corporelles. Le toucher vient ensuite compléter le message, ou le contredire.

Je crois que quand on s'occupe de malade souffrant de problèmes organiques, qu'on soit psychiatre (ou psychologue), ou non, on ne peut pas ne pas prendre cette dimension en compte.

Faut-il rappeler que tout vient du corps au sens large du terme, c'est à dire du biologique qui comprend aussi des sensations, des représentations et même la parole. Il me semble qu'avec les récentes découvertes concernant les premiers âges de la vie, la formation à la relation soignant-soigné en cancérologie devrait prendre une forme beaucoup plus approfondie, tout en gardant le cancérologue comme chef d'orchestre, bien entendu.

AR : Je vous remercie de m'avoir reçue et de nous avoir transmis tous ces messages si importants.

² Champs Psychosomatique, n°4 - Ed "La pensée sauvage"

« Les cancers féminins, colloque au Sénat »

par Jacques Brugère.

Inauguré par le sénateur Jean-Pierre FOURCADE, un brillant colloque, organisé par la Ligue Nationale contre le Cancer et les Laboratoires BRISTOL-MYERS SQUIBB, a réuni des personnalités politiques, des administratifs et de nombreux spécialistes des maladies cancéreuses. Cette réunion, consacrée aux "enjeux de la prise en charge des malades du cancer", était centrée sur les cancers féminins et illustrée par des extraits du film de témoignages "Parcours de femmes" et par les résultats d'une enquête réalisée par la SOFRES auprès de 2.874 femmes atteintes de cancers mammaires (88%) et gynécologiques.

L'enjeu politique

L'enjeu politique et social du cancer a été présenté par Jean-Pierre FOURCADE, heureux de parler d'une autre maladie que le SIDA. La restructuration de la Sécurité Sociale et la coordination des actions de prévention devraient permettre la définition d'une nouvelle politique de santé en matière de cancers. Pour ce sénateur, le passage de la notion de cas à la notion de personne devrait assurer une approche globale du malade, donc une guérison meilleure et plus rapide.

Ce que savent les patientes

L'enjeu médiatique a été analysé sous la houlette de Daniel SERIN qui a recherché à expliquer les obstacles à la démythification du cancer. Les résultats de cette enquête de la SOFRES, commanditée par les organisateurs du colloque, ont aidé à connaître les attentes des patientes et leurs besoins d'information. Selon l'enquête, si 87 % des patientes considèrent que les médecins ont rempli le rôle attendu lors du diagnostic, seulement 50% de ces femmes ont entendu le mot "cancer". La moitié des femmes interrogées réclament plus d'information lors de l'annonce

du traitement, moins de flou, plus de précisions sur le déroulement et les conséquences des séquences thérapeutiques. Seulement 6% souhaitent en savoir le moins possible et laisser le médecin décider de tout.

Un "partenariat" avec les malades

La mutilation mammaire est mieux acceptée si elle est expliquée et justifiée. Notons que sur 2759 femmes opérées en 93-94, 29% seulement considèrent qu'elles ont reçu des explications satisfaisantes sur l'opération. Simon SCHRAUB, constatant que le partenariat remplaçait progressivement le paternalisme, a précisé que 147 patientes n'avaient pas été prévenues de la mutilation avant la chirurgie. La douleur postopératoire a été insuffisamment calmée dans 42% des cas. Parmi les 2556 femmes ayant reçu des séances de radiothérapie, un quart signale une angoisse et une peur importante pendant les séances et 18% seulement jugent satisfaisantes les explications données sur ce traitement. Ce pourcentage est identique (19%) chez les 1321 femmes ayant eu des séances de chimiothérapie. Bien que l'impact physique et moral des séances de chimiothérapie soit pénible, bien que 50% aient ressenti angoisse et solitude dans les locaux souvent peu agréables, ce traitement ancre l'espoir de guérison chez 78% des femmes.

Tendresse, amour et humanité

Le besoin d'aide est le plus fort au moment de l'annonce du diagnostic (67%) et lors d'une récurrence (56%). Les femmes posent alors des questions sur leur avenir et reçoivent des réponses jugées évasives ou discordantes. Ce besoin d'aide s'atténue pendant les traitements et lors du retour à domicile. Les aides sont mal coordonnées, la place des divers acteurs mal définie, leurs rôles mal reconnus. Après tous ces pourcentages, Christiane COLLANGE a constaté l'absence des mots tels que tendresse, amour, humanité. Réclamant avec vigueur que les journalistes parlent aux hommes de leur rôle auprès de leurs épouses, elle a rappelé que "les hommes n'attendent pas que leurs

femmes soient malades" alors que "les femmes attendent de savoir comment elles deviendront veuves"... Il est vrai que les femmes malades doivent souvent soutenir le moral de leurs proches et qu'elles ne trouvent aide qu'auprès de la moitié de leurs enfants et du tiers de leurs amis.

Les mots qui tuent

Pour Gilbert SERRUYS, le mythe du cancer persiste et inspire une peur très supérieure à celle engendrée, par exemple par la chirurgie cardiaque. Les médias ne montrent pas assez les limites de la chirurgie conservatrice d'autant que les indications de celle-ci dépendent encore trop souvent du niveau socio-économique des patientes. Les mots entendus ou lus peuvent alors aider à la guérison, blesser ou tuer. La définition d'une éthique de la communication médicale demeure une nécessité mais semble un objectif pour longtemps hors d'atteinte.

Un mythe qui persiste

L'enjeu psychologique concerne les actions d'information et le soutien psychologique des patientes. Selon Patrice PINELL, le cancer, maladie moderne, conserve des représentations anciennes, souvent basées sur des références religieuses. Le mot reste tabou, verdict de mort, même pour certains médecins. La persistance du mythe de la maladie sournoise, mortelle et injuste s'explique par les lacunes du savoir médical et les échecs thérapeutiques. On pourrait objecter que le "mythe" a régressé depuis 30 ans, notamment grâce aux patientes qui ont eu le courage de l'affronter en nommant la maladie, d'en parler entre elles, dans les associations et ... à leurs médecins, en exerçant une demande d'information de plus en plus pressante.

Des malades "experts"

Les infirmières ont joué également un rôle essentiel en mettant en difficulté les médecins qui sélectionnent les informations dispensées à regret et en aidant les patientes à intervenir comme "expert". De plus en plus décidées à participer aux décisions, les patientes sont de plus en plus capables de juger de la cohérence entre les explications reçues et le déroule-

ment des traitements et de la maladie. Bernard HOERNI a rappelé que l'information doit être adaptée, "ni cachée ni crachée" (formule complétée par Robert FRESCO "pour ne pas aboutir à un crash"). Elle doit être répétée tout en respectant les désirs du malade comme ses refus. Une information adéquate permet de plus d'éviter la moitié des procédures engagées contre les médecins et améliore la tolérance aux traitements. Pendant les diverses séquences thérapeutiques, 60% des patientes ont trouvé un soutien moral qui dans 2/3 des cas a été assuré par le conjoint.

Quelle adaptation ?

Les médecins assurant les traitements ou le médecin de famille ne sont cités que par 20 à 30% des femmes. Denise ESCUDIER (Vivre comme avant) a rappelé l'exemple positif que représentent les anciennes malades motivées auprès des femmes effectuant leur parcours thérapeutique et post-thérapeutique. Pour Robert FRESCO, les modalités d'adaptation individuelle réclament du temps et une réflexion sur les différences et la complémentarité des peurs et des espoirs des soignants et des malades. Concluant cette session, Simon SCHRAUB, a insisté sur le besoin toujours croissant d'information et de repères, son importance pour la combativité et la tolérance des traitements, le rôle de tous les acteurs de santé et des anciens malades, l'aide apportée par une présentation claire des différents acteurs (identification d'un référent, livrets de service, photos, vidéos, adresses etc...).

L'enjeu structurel

L'enjeu structurel concerne l'organisation du système, l'optimisation des structures et des réseaux ainsi que le maintien du lien social. En attendant les résultats d'une nouvelle enquête en préparation sur les attentes des professionnels, les thèmes exposés étaient classiques: la nécessité de la multidisciplinarité, l'intérêt de l'hospitalisation à domicile, la place des travailleurs sociaux, l'évolution de l'appréciation du risque par les assureurs. Pour

Gilles ERRIAU (M.G. Cancer), l'harmonisation nécessaire des filières de soins reste plus un rêve ou un thème de colloque qu'une réalité.

Enfin Henri PUJOL a souligné que la prise en charge globale des malades doit constituer l'article premier du fonctionnement de toute équipe soignante et a proposé que celle-ci rédige sa charte personnelle. Cette charte pourrait d'ailleurs être intégrée aux critères d'accréditation des services hospitaliers accueillant des malades atteints de cancer.

Souhait, litanie sur le mythe, le malade, la personne et l'approche globale, espoirs, résolutions, rien n'a manqué à cette élégante réunion pour que soit complet le tour des problèmes posés par la prise en charge des patientes cancéreuses. mais est-il permis d'espérer que les politiques et administratifs présents soient en mesure de tirer les conclusions adéquates des pourcentages observés dans l'enquête ?

J.B.

❖

PLACE DE LA RELAXATION DANS LA PRISE EN CHARGE DES MALADES CANCEREUX.
(rapport d'une activité psychothérapeutique dans un service de radiothérapie) par le Dr Marguerite Miquelarena.*

Une prise en charge psychothérapeutique a été prévue pour deux malades atteintes de cancer et traitées dans un service de radiothérapie. A la suite de plusieurs épisodes d'anxiété et d'angoisse, accompagnés de vomissements précédant les séances de chimiothérapie, une approche psychocorporelle leur a été proposée : la "technique intégrée de relaxation", procédés classiques ou traditionnels de relaxation associés à une détente psychomusicale (présence permanente de l'élément sonore), pratiquée en séances individuelles, hebdomadaires, pendant plusieurs mois.

Pour ces deux malades, âgées de 53 et 70 ans, une fois la chirurgie complétée, le traitement médical, notamment la chimiothérapie s'avérait très contraignante et évoquait en elles le désir de l'arrêter.

LES BENEFICES

Les bénéfices prévus et constatés lors du processus thérapeutiques ont été nombreux :

- * une diminution et puis une disparition des symptômes d'anxiété-angoisse, et tout particulièrement des troubles digestifs précédant la chimiothérapie.
- * une sensation de calme et de bien-être à la suite d'une redécouverte du corps et de son acceptation.
- * une meilleure acceptation du traitement, avec notamment la présence du programme sonore musical, devenu à lui seul un élément tranquilisant et d'accompagnement très efficace pendant les séances de chimiothérapie.
- * Après la relaxation, le temps de verbalisation sur le vécu corporel et affectif ainsi que sur le procédé utilisé a permis de compléter l'amélioration de la qualité de vie : une nouvelle organisation des journées sans souffrance, la possibilité de profiter du temps libre et une meilleure préparation pour faire face à la maladie.

Nous pouvons conclure donc sur l'importance de l'utilisation de cette approche associée au traitement médical des malades cancéreux.

M.M.

* 8 Rue Péion, 75011 PARIS



Monsieur Pierre BRAUN, Professeur de droit à Limoges, qui fut longtemps le référent juridique de l'Association Psychologie et Cancérogènes, nous a quitté au début de l'année 1996. Que sa famille et ses proches reçoivent le témoignage de sympathie du bureau de l'Association en ces moments difficiles.

GUERIR ET SOIGNER

par Denis DUSART*

Mon travail auprès des soignants depuis une dizaine d'années, en formation continue, dans les groupes de parole ou les contacts individuels m'amène à reposer sans cesse avec eux la question de la finalité des soins. Dans certains services hospitaliers, en particulier en cancérologie, dans les unités Sida, infirmières et aides-soignantes sont confrontées à des situations douloureuses et répétitives, douloureuses parce que répétitives surtout en raison de la quasi-inévitabilité du décès à plus ou moins long terme de malades atteints de tumeurs malignes.

Le soignant est très souvent tenté, à l'accueil du malade ou en cours d'évolution de sa maladie, d'écrire mentalement, d'anticiper le scénario, presque toujours le même : la descente plus ou moins rapide vers la mort en espérant que le parcours sera le moins douloureux possible tant physiquement que psychologiquement.

On comprend alors que ces soignants glissent parfois insensiblement dans une zone dépressive lorsque le sens même de leur travail semble leur échapper.

GUERIR ?

Si la seule finalité des soins est la guérison du malade, soignants et médecins vont peu à peu se heurter à ce qu'on appelle parfois le "désespoir thérapeutique".

En effet comment vivre sans culpabilité l'impuissance de ne pouvoir guérir si là est notre unique objectif. Comment accepter les limites d'une médecine dont on a cru un moment qu'elle était sans limites ?

Dans les services se manifestent alors des petites crises larvées, des signes d'agressivité, des maladroites, des comportements obsessionnels, des absences répétées... autant de symptômes qui disent la souffrance des soignants et l'incapacité à vivre cette contradiction.

Parfois un mécanisme inattendu se met en place que j'appellerai la tentation du psychosomatique.

SE GUERIR ?

Celle-ci va de pair souvent avec une dépréciation des traitements curatifs considérés comme agressifs. Et si la guérison n'était pas seulement le résultat heureux d'une thérapeutique médicale mais essentiellement celui d'un travail psychique positif du malade lui-même ?

La tentation est grande pour le soignant confronté à l'inanité des traitements de se persuader que tout compte fait "Ne guérit que celui qui veut guérir !"

Certes la formule est un peu abrupte, elle a l'immense avantage de renvoyer le malade à ses responsabilités et de dédouaner du même coup médecins et soignants face à l'absence de guérison.

Nous connaissons tous l'abondante littérature qui depuis quelques années et surtout aux USA développe cette idée que la guérison est avant tout un combat psychique (ou spirituel) que le malade peut et doit mener avec son entourage.

"Vous pouvez lutter pour votre vie", "guérir envers et contre tout", "Vouloir guérir", "La guérison est en vous"...

Je serai mal venu, compte tenu de mon travail de nier l'impact du psychisme dans certaines guérisons. Il est évident que toute forme de soutien psychologique pourra augmenter la qualité de vie du malade et peut-être même en augmenter la durée, cependant on mesure le risque de laisser croire au malade qu'il peut "s'en sortir s'il le veut"...

Il y a là une translation de la culpabilité du thérapeute ("je ne sais pas LE guérir") sur le malade lui-même ("je ne sais pas ME guérir") ou sur la famille ("je ne sais pas L'AIDER à guérir").

Le soignant sera lui aussi tenté de privilégier un rôle de soutien psychologique voire une relation psychothérapeutique où, comme chacun sait, le travail s'effectue essentiellement par le malade sans obligation de résultats objectifs du côté du thérapeute !

SOIGNER ?

J'ai beaucoup parlé d'échec thérapeutique. Quels fantasmes se cachent sous ces deux termes ?

Si l'on considère la mort elle-même comme un échec thérapeutique il va de soi que la Médecine risque d'être encore longtemps en échec !

C'est bien ce regard porté sur la mort qu'il a équivoque, car si l'objectif de la Médecine est de guérir à tout prix il lui faudrait guérir même de la mort ! Nous avons donc à nous libérer sans cesse de la tentative illusoire de guérir de la mort, de notre névrose d'immortalité. Cela peut paraître absurde c'est pourtant sur ce point que nous manifestons la plus grande résistance.

Depuis quelques années les acteurs des Soins Palliatifs s'y emploient.

Les Soins Palliatifs ne sont pas, comme le croient ou feignent de le croire certains, une manière de baisser les bras un peu trop vite, ils manifestent plutôt une volonté positive de dépasser la contradiction GUERIR ou SOIGNER.

Est-ce inutile de rappeler qu'il n'existe que des guérisons partielles même si elles sont spectaculaires. (Après son "premier essai" Lazare est bien mort une deuxième fois, et définitivement !).

De traumatisme en traumatisme, de rupture en rupture chacun de nous s'achemine bien vers le terme de son histoire singulière. Il s'agit donc de soigner cette histoire et non d'en interdire le terme.

"En Soins Curatifs on fait du mal pour que la vie continue. En Soins Palliatifs on fait du bien si on n'empêche pas de mourir"¹.

Voilà la contradiction à dépasser.

Récemment dans une rencontre publique un soignant, désabusé sans doute, dit au cours d'un échange : "De toute façon chacun sait qu'on ne peut pas soigner le Sida"... Lapsus, confusion, dérapage...? Cette phrase est insupportable pour ceux qui depuis quinze ans se battent

¹M.J. PROTIN (cah. Laennec, oct 90)

pour donner des soins appropriés aux patients HIV. Une fois encore la confusion entre les mots GUERIR et SOIGNER entretenait le fantasme d'une toute puissance non encore atteinte et donc désespérante. Bien sûr nous guérirons du cancer et du Sida...un jour. Mais nous ne guérirons pas de la mort.

Donc une autre finalité des soins est en train de donner sens au travail du soignant. Il ne s'agit plus de guérir à tout prix mais de soigner au mieux de ses possibilités. En soignant son malade dans une optique palliative l'infirmière, l'aide-soignante reconnaît qu'une histoire s'achève, longue, brève, brutale ou lente peu importe. Certes il est plus difficile de gérer les identifications, les projections, les transferts et contre-transferts lorsqu'il s'agit d'un sujet jeune ; mais ce qui compte c'est d'être présent à cet achèvement, que cette ultime étape se déroule dans un confort physique et psychique satisfaisant pour le malade et ses proches. Il s'agit moins d'une attente de la mort que d'une élaboration psychique progressive du sujet qui va dans le sens d'une réalisation plutôt que d'un terme. Soigner consiste alors à assurer techniquement un état de bien-être et à donner au malade au travers de la relation, la possibilité de se réappropriier les conditions de son propre achèvement.

PROMETTRE ?

Utopie ? En réalité il ne s'agit pas d'une tâche désincarnée, loin s'en faut. S'engager auprès des grands malades n'est pas sans risque pour le soignant. Peut-être a-t-on fabriqué du sens en substituant la notion de Soins Continus à celle de guérison, cependant un nouvel écueil guette le soignant : celui de vouloir à tout prix promettre une bonne mort à défaut d'une bonne guérison !

On ressent ça et là dans certaines équipes travaillant en Soins Palliatifs le risque d'un nouveau pouvoir diffus, substitutif qui ferait de l'accompagnement l'oeuvre la plus achevée du Soignant. Oeuvre à la fois marquée par la compétence technique : utilisation appropriée des antalgiques, soins de confort, engagement relationnel, mais aussi par cette suprême abnégation, cette sublime reconnaissance du destin de l'Autre. On entrevoit là un nouveau démon à combattre : l'illusion de la promesse d'une mort "réussie". Que signifie une mort réussie ? "*Ce n'est pas moi qui meurs, c'est toi qui meurs*"...et cette mort confinerà toujours à l'innommable, selon les termes de Maud MANNONI (Maud MANNONI : "Le nommé et l'innommable" Denoël)

Que pouvons-nous promettre avec certitude puisque c'est toujours l'autre qui se sépare et qui comme tel, dans cette rupture dit quelque chose de la souffrance intime de celui qui "passe" et du "passeur", du mourant et de celui qui l'accompagne. Certes les Soins Palliatifs permettent souvent une fin paisible, sans souffrance, acceptée, certes l'équipe soignante, la famille contribuent à cette sérénité, mais vouloir en faire la promesse au malade n'est pas en notre pouvoir, peut-être est-ce même une violence induite.

* **Psychologue, formateur, Métaphore, Evry, 91**

5ÈME CONGRES NATIONAL DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOINS PALLIATIFS

PAR MAURICE ABIVEN

Les 4 et 5 Mai derniers, s'est tenu à Toulouse le 5ème Congrès National de la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs, sur le thème : "*Quels réseaux pour les Soins Palliatifs ?*".

Cent participants, il y a six ans au premier Congrès à Paris, mille il y a deux ans à Strasbourg, mille trois cents, cette année à Toulouse. La progression du nombre de participants montre bien l'intérêt de plus en plus grand suscité par la discipline des Soins Palliatifs, dans le monde de la santé. Comme aux précédents congrès, le corps médical, le monde infirmier et les associations de bénévolat étaient largement représentés.

Il n'est pas possible de faire un résumé du contenu scientifique de ce congrès; d'autant moins que le comité scientifique avait privilégié les carrefours avec échanges, à partir de communications brèves sur les expériences des uns et des autres. Ces expériences rapportées furent d'ailleurs très riches puisque une centaine d'intervenants ont soumis leurs expériences et leurs réflexions à la discussion des participants.

Le thème du congrès a bien montré son actualité et combien son choix avait été judicieux. Car, tant les communications que les échanges qu'elles ont suscités ont bien montré que le temps est venu pour la discipline des Soins Palliatifs de sortir des institutions spécifiques que sont les Unités de Soins Palliatifs ou les équipes mobiles pour aller irriguer la pratique médicale, partout où des malades en fin de vie ont besoin d'une attention particulière. Il a donc été beaucoup question du travail en Soins Palliatifs dans les services hospitaliers, du rôle des généralistes de des infirmières, travaillant à domicile et de l'importance de créer des liens, des échanges : des réseaux en somme, entre les différents intervenants qui ont à prendre en charge des mourants.

Au cours des deux journées du congrès les participants ont été conduits à prendre une conscience plus claire de la nécessaire interdépendance de tous les soignants qui ont à intervenir, où qu'ils exercent, pour le service de ces malades.

Maintenant que les techniques spécifiques des Soins Palliatifs commencent à être mieux connues, l'attention de tous doit se porter sur le décloisonnement du travail de chacun pour que les malades puissent être pris en charge dans les meilleures conditions, là où ils veulent vivre le dernier temps de leur vie. C'est la tâche à laquelle le congrès nous a contraint à réfléchir en apportant les expériences déjà engagées dans cette voie.

M.A. *Président d'honneur de la SFAP.

Attestation d'Etude Universitaire : ASPECTS MEDICO-PSYCHOLOGIQUES ET SOCIO-ECONOMIQUES DE LA MALADIE CANCEREUSE

Faculté de Médecine, MARSEILLE, Année Universitaire 1996-1997., Directeur de l'Enseignement : Pr JA Gastaut

Renseignements : Dr Fresco, Institut Paoli-Colmettes, tél. : 91 22 33 97 ou Mme Spoteri tél. : 91 22 35 35

Inscripteurs : Faculté de Médecine de Marseille tél. : 91 83 43 25

Réflexions pour une fonction soignante éthique en Cancérologie pédiatrique

C.M Wayoff, C.Schmitt*

La fonction soignante en Cancérologie pédiatrique demande de la part de ses différents intervenants des connaissances techniques de plus en plus grandes. Mais elle exige aussi des qualités éthiques de plus en plus approfondies et ce n'est pas le moindre aspect.

L'idée de guérison comme seule issue possible et assimilable est devenue actuellement le dogme qui permet à chacun de se cacher une partie de la réalité. Ce message passe car il rassure et déculpabilise. Toutefois, il rend l'éventualité de la mort plus lointaine que jamais.

Par ailleurs, les soignants n'échappent pas aux contraintes de la société moderne : compétition, réussite professionnelle, poursuite d'objectifs matérialistes... de telle sorte que lors de la survenue de situations ultimes (handicap grave et mort), ce dogme et ces contraintes sont en contradiction flagrante avec la connaissance scientifique et technique. C'est alors qu'au sein de ces équipes, on peut assister à un effondrement de ces valeurs de référence. Cet effondrement peut parfois être récupéré par un acharnement thérapeutique, apparemment salvateur mais qui en fait va étouffer une nouvelle fois les questions fondamentales. Le médecin, au sein de ces équipes, doit faire face à cette problématique. Il lui faut assumer sa responsabilité décisionnelle et individuelle face à l'enfant gravement malade, et également transmettre à son équipe la notion du renoncement à guérir ou l'acceptation du handicap définitif. Cela ne va pas sans l'affirmation convaincue du "bien" et du "bien-être" de l'enfant. La question essentielle de ce bien physique et moral doit être redéfinie: pour que l'enfant retrouve sa place au sein de la famille et de la société, par delà son statut de malade grave ou incurable.

Si les équipes soignantes agissent trop souvent dans ces situations avec une confusion certaine, c'est parce qu'elles sont sous l'emprise de pulsions émotionnelles, de compassion et d'un besoin de gratification. La mise à distance avec l'enfant et sa famille n'est plus alors de bonne qualité, car elle implique maîtrise de soi et prise de conscience de la réalité du handicap ou de la mort. Les groupes de parole destinés à ces équipes peuvent permettre à chacun une réflexion individuelle dans ce sens. Ainsi, l'intimité psychique, la liberté, la volonté, les désirs de l'enfant seront mieux respectés. On peut éviter ainsi le phénomène d'appropriation de l'enfant sous prétexte du cancer et de la menace qui pèse sur sa vie. Et on limitera les conflits d'opposition familles-soignants qui proviennent de l'absence de dialogue, car il ne faut jamais oublier cette crainte dominante chez les parents d'être dépossédés de leur enfant par la maladie et par l'équipe soignante.

Il devient inévitable de redonner à la fonction soignante une nouvelle dimension humaniste qui n'est autre que désir et plaisir de soigner, même dans les situations ultimes. Peut-être avec compassion, mais cette compassion, mais cette compassion ne sera en aucun cas l'expression d'un faux pathétique méprisable mais celle d'une moti-

vation profonde et sincère qui, à l'évidence, devrait être le vecteur fondamental d'un comportement éthique du soignant.

C.M.W, C.S.

*Hôpital d'Enfants. Nancy.



ONCOLOGIE ET GERIATRIE : ASPECTS PSYCHOLOGIQUES, SOCIAUX ET THERAPEUTIQUES, PAR C. VROUSOS.

Du 12 au 14 Juin 1996, à Grenoble, se sont réunies de façon conjointe l'Association Psychologie et Cancers, la Société Française de Gérontologie, la Société de Médecine Gériatrique Rhône-Alpes de Gérontologie, dans le cadre des XIIIèmes journées Grenobloises de Cancérologie. Trois cent cinquantes participants ont assisté aux séances plénières, aux sessions simultanées, aux ateliers et à la table ronde ayant trait aux aspects psychologiques et sociaux des cancéreux âgés.

Après avoir passé en revue les aspects généraux concernant le développement des cancers chez la personne âgée, souvent atteinte de polyopathie et situées dans un contexte psychologique et social déterminés, il semble que les indications thérapeutiques à cet âge soient identiques à celles des autres patients.

Certes, l'accent a été mis sur la nécessité d'engager des actions de dépistage et de prévention pour aboutir à un diagnostic précoce des cancers et éviter le "glissement" vers l'absentéisme qui aboutit souvent à des découvertes tardives de cancer. Ce phénomène de "glissement" a été particulièrement bien étudié par les deux conférenciers de la séance plénière du début de l'après-midi, et qui constitue l'élément clé dans la relation chez la personne âgée avec les soignants.

Des sessions simultanées ont étudié les aspects spécifiques, en particulier le traitement de la douleur, les structures d'accueil et l'organisation du maintien à domicile, ainsi que les aspects plus particulièrement liés à la psychologie du cancéreux âgé en insistant sur l'accompagnement et les difficultés de la prise de décision en concertation multidisciplinaire. La session du premier jour s'est terminée par une visio-conférence avec l'île de la Réunion et des données particulièrement intéressantes ont été abordées sur l'épidémiologie des cancers et les actions de dépistage dans ce département d'Outre-Mer. Les ateliers ont réuni de nombreux participants sur des thèmes "satellites" de cette manifestation, concernant la formation et le soutien des équipes de soignants, la qualité de vie, la famille du cancéreux âgé, la chimiothérapie... La fin de la matinée de la deuxième journée a été marquée par une table ronde sur la demande d'euthanasie et les aspects éthiques dans la décision thérapeutique.

Le vendredi après-midi a été consacré à des communications libres ainsi qu'aux actualités en cancérologie du sujet âgé. Cette expérience de réunir cinq sociétés savantes sur une thématique commune a été globalement positive et a montré que des actions communes pourront être envisagées dans l'avenir à travers une meilleure connaissance des aspects psychologiques et sociaux en onco-gériatrie.

C. V.

PRIX DE L'ASSOCIATION PSYCHOLOGIE ET CANCER 1996

sera décerné par un jury sous l'égide de la LNCC et du comité départemental de l'Herault de la LCC, Il est ouvert aux médecins, psychologues, cadres infirmiers exerçant ou ayant exercé une activité professionnelle dans le domaine de la cancérologie.

Le montant du prix est de 40 000 francs.

Le bénéficiaire devra avoir effectué son travail de recherche en langue française dans les deux années précédentes. Il devra porter sur les aspects psychosociaux, psychologiques, sociologiques et relationnels de la maladie cancéreuse.

Le mémoire devra être adressé en 10 exemplaires au Docteur FRESCO, Association Psychologie et Cancers, Institut Paoli-Calmettes, 232, bd de Ste Marguerite, 13273 - MARSEILLE, avant le 30 septembre 1996. Renseignements au 91 22 33 97.

PROBLEMES PSYCHOLOGIQUES DES CANCERS DU SEIN

Samedi 19 octobre 1996, 17h-19h, Cité des Sciences et de l'Industrie, dans le cadre du IVème Salon International PSY&SNC

- Y.Pélicier : Introduction générale
- F.Larra : Cancers du sein, approches cliniques et thérapeutiques.
- R.Fresco : Les grands problèmes psychologiques et relationnels posés par les cancers du sein.
- A.Lehmann : La chirurgie des cancers du sein, problèmes psychologiques et relationnels.
- F.Eisinger : Psycho-Onco-Génétique, trois disciplines au service d'une ambition.

Inscription, renseignements : Dr K. ILLEL, NHA Communication, 3 rue de la Boétie, 75008 PARIS.

Tél : (1) 42 66 46 46, fax : (1) 42 66 45 45

Third World Congress of Psycho-Oncology : "Global Psycho-Oncology in the next millennium"

October 4-6, 1996, New-York U.S.A.

This educational program is intended for health care professionals actively involved with cancer patients as a physician, nurse, social worker, psychologist, chaplain, administrator, or trained volunteer. Some familiarity with cancer and the various treatment modalities is expected.

Informations : IMEDEX USA, Inc, 1060 Cambridge Square, Suite D, Alpharetta, Georgia 30201 USA;

tel : (770) 751 7332, Fax : (770) 751 7334,

E-mail Imedex@aol.com

L'Association SOIGNER A DOMICILE

organise les 11 et 12 octobre 1996

au CNIT Paris la Défense

un Congrès intitulé :

"Soigner à domicile : autour du malade, tous partenaires"

Le Président du Congrès, le Docteur J.M. GOMAS présente le but de ces journées : " Rassembler tous les partenaires du soin à domicile, du libéral à l'hospitalier, du soignant au travailleur social, peut sembler une gageure ! Apparemment tout s'y oppose, si l'on pense aux contraintes économiques, au cloisonnement du système de soin ou à l'inertie des structures.

Mais nos exigences de professionnels de santé, au service du malade doivent s'appuyer sur une démarche où la multidisciplinarité et l'éthique ne sont pas des alibis ou des facades. L'urgence est grande : comment demain allons-nous travailler en équipe, en réseau, avec le meilleur partage possible des compétences de chacun autour du malade ?"

Renseignements et inscriptions : SERDIP Communication, Mme Annie FAURE ou Mme Jenny TRUPIN, 11, rue des Piliers de Tutelle, 33000 - BORDEAUX, Tél : 56 81 25 77, Fax : 56 01 06 63.
ou à Paris: Tél (1) 45 66 82 69 et Fax (1) 45 66 67 34

L'Association ALLIANCE : "Soulager toujours, épanouir la vie jusqu'à la mort" organise les 2, 3, 4 octobre 1996 au Palais des Congrès de BORDEAUX un Congrès International

"Sociétés et fin de vie : vécus et enjeux"

Le Dr Benoît BURUCOA, Président de l'Association Alliance, présente les buts de ces journées : "Sensibiliser notre société et les pouvoirs publics à l'accompagnement des grands malades. Faire connaître et développer le mouvement des soins palliatifs. Permettre la rencontre du Monde de la Santé et le Monde Associatif.

La première journée va s'attacher à cerner le panorama des fins de vie possibles et leurs conséquences physique et morale sur les Hommes. La deuxième journée, des réponses face à ces multiples souffrances de fin de vie seront recherchées. Pour qu'un jour la mort puisse être regardée comme l'aboutissement humain d'une vie pleinement vécue."

Prix : 900 FF, ou 750 FF (bénévoles, infirmiers)

Rens. et insc. : SERDIP Communication, Mme Annie FAURE ou Mme Jenny TRUPIN, 11, rue des Piliers de Tutelle, 33000 - BORDEAUX, Tél : 56 81 25 77

La "Lettre de l'Association" est éditée par le Bureau de l'Association "Psychologie & Cancers"

Institut Paoli-Calmettes, 232, bd de Ste Marguerite

BP 156, 13273 - MARSEILLE, tél. : 91 22 33 97

Responsable de rédaction : Docteur Anne ROCHE