



LA LETTRE DE L'ASSOCIATION

# Psychologie et Cancers

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PSYCHO-ONCOLOGIE

**N° 15**  
**Sept. 96**



- 1 -

- Editorial : « *Demain le psychoncologie* » par R. Fresco

- 2 -

- « *A propos des demandes d'euthanasie* » formation à La Ciotat

- 3 -

- Entretien avec le Professeur Zarifian

- 5 -

- *Psychoncologie, définition, enjeux, recommandations. Rapport de N. Alby par S. Schwab*

- 6 -

- *Oncologie et gériatrie, par F. Kuntzmann*

- 7 -

- *Souffrir moins pour vivre mieux - Qualité de vie et cancérologie, 14èmes journées de l'Association*

- 8 -

- *Compte rendu de l'Assemblée générale de juin 1996 par JL Machavoine*

- 9 -

- *Nouveaux membres*

- 10 -

- *Notes de lecture : "L'enfant et le cancer" de D. Oppenheim par JM Zucker*

## DEMAIN, LA PSYCHO-ONCOLOGIE

PAR LE DOCTEUR ROBERT FRESCO\*

Depuis une vingtaine d'années, se sont développées, tant en France que dans les pays anglo-saxons, toute une série d'activités nouvelles dans le champ de la cancérologie :

➤ La prise en charge psychologique des patients cancéreux dans le cadre de soutiens, parfois de psychothérapies réglées, d'aide au personnel soignant par le biais de groupes de parole d'inspiration Balint,

➤ Le diagnostic et traitement des décompensations psychopathologiques dont on a pu étudier et mesurer l'incidence. La dépression prend une place tout à fait importante avec 4% de formes graves, 20% de formes légères et moyennes, mais un taux de suicide environ deux fois plus élevé que dans une population témoin, surtout en fin de parcours (souvent en relation avec des douleurs mal contrôlées). Les états confusionnels, notamment post-opératoires sont particulièrement fréquents et mal détectés.

➤ La recherche et les travaux, audacieux mais jamais confirmés, sur une possible psychogénèse des cancers, par le biais des troubles de la personnalité, d'événements de vie. Des travaux récents cherchent à démontrer comment des groupes de paroles pourrait prolonger la durée de vie de patients.

➤ Les études épidémiologiques ont été largement développées par nos collègues anglo-saxons. En 1989 est

paru l'ouvrage de J. HOLLAND et J. ROWLAND : « Handbook et Psycho-Oncology », véritable somme de tous les travaux et enquêtes publiées à ce jour.

L'actualité de la psychoncologie en France oscille entre les positions de Messieurs les Professeurs ZARIFIAN et KUNTZMANN telles que nous pouvons les découvrir dans ce numéro. Ils nous disent tout l'espoir que fait naître l'approche originale de l'Association Psychologie et Cancers (Société Française de Psycho-Oncologie depuis 1994) tant sur la réflexion éthique, que la pédagogie relationnelle (formation des soignants), et sur un modèle conceptuel qui permet de faire travailler ensemble des disciplines aussi distantes au départ que la cancérologie, la psychiatrie et la psychologie. Tout naturellement, infirmiers, bénévoles, sont venus renforcer ses effectifs (plus de 350 membres régulièrement inscrits) et collaborer aux travaux (colloques, congrès ...) et publications de l'association.

Le rapport de Madame Nicole ALBY sur la psychoncologie en France<sup>1</sup>, souligne les carences des postes de psychiatrie et de psychologie, les manques d'enquêtes épidémiologiques, les implications insuffisantes des universitaires psychiatriques et des institutions cancérologiques en ce domaine.

<sup>1</sup> « Psycho-Oncologie : définition, enjeux en France, recommandations. Ligue Nationale Contre le Cancer »

(SUITE ÉDITORIAL)

Il semble indispensable de créer des équipes de psycho-oncologie avec des psychiatres et des psychologues à mi-temps ou à plein-temps. Une ou deux vacations hebdomadaires seulement relèvent du saupoudrage ou de l'alibi et sont tout à fait inadaptées aux besoins psychologiques des patients et à la sensibilisation des équipes soignantes.

Demain la psycho-oncologie participera aux avancées techniques des institutions cancérologiques si, comme pour les autres disciplines, on lui donne l'accréditation nécessaire, les moyens en personnes et en temps.

De toutes les façons, la psycho-oncologie ne pourra être absente de la réflexion éthique et de la confrontation des idées telles que l'Association Psychologie et Cancers le fait depuis plus de vingt ans.

Et surtout, elle continuera à être l'écho des difficultés et des souffrances de patient et de son entourage confrontés à la maladie cancéreuse.

La prise en compte de l'altérité et de la subjectivité, non seulement des patients, mais aussi de tous les intervenants en cancérologie, pourrait être un gage déterminant afin d'améliorer la qualité de leur vie. Et cette réflexion sera le thème du prochain congrès de notre Association à Nice, en juin 1997.

R.F.

\*Secrétaire Général de l'Association Psychologie et Cancers

### **Aspects Psycho-Sociaux du Bénévolat en Cancérologie**

Compte rendu des journées de l'Association Psychologie et Cancers tenues à Angers en juin 95.

Livre de 292 pages au format 15 X 21 cm,  
prix = 80F

Commande auprès de Madame Jaudeau, Centre Paul PAPIN, 2 rue Moll, 49033 - ANGERS cedex (plus 20F pour frais d'envoi)

## **A PROPOS DES DEMANDES D'EUTHANASIE**

**24, 25, 26 mars 1997**

**La Ciotat**

Séminaire de formation ouverte aux médecins, cadres infirmiers, infirmiers, psychologues et professionnels du soin., Durée de la formation : 20 heures

Nombre des places limité à 30.

Frais d'inscription :

Avec hébergement : 4400F, sans l'hébergement : 3560F (Repas, pauses et logistique)

Pour les médecins libéraux, possibilité de prise en charge par la Formation médicale continue.

Délivrance d'un certificat à l'issue du séminaire

N° d'agrément formation : 93.13.000.85.13

Lieu du séminaire : La Ciotat, Hotel Ciotel, Corniche du Liouquet, 13600 La Ciotat, Tél : 04.42.83.90.30

Renseignements et inscriptions : Institut Paoli-Calmettes  
232 Bd Ste Marguerite. 13009 MARSEILLE

Tél : 04.91.22.33.33

Département de Psycho-Oncologie

Programme :

**Lundi 24 MARS 1997**

- "Les demandes d'euthanasie à l'hôpital"
- "Les demandes d'euthanasie à domicile".
- "Approche sémantique et historique de l'euthanasie"
- Groupe Balint et jeux de rôle
- "Sédation et euthanasie".

**Mardi 25 MARS 1997**

- "La législation française à propos de l'euthanasie".
- "L'euthanasie légalisée dans le monde".
- "L'euthanasie programmée dans l'Allemagne nazie".
- Groupe Balint et jeux de rôle

- "Demande d'euthanasie et contrôle des symptômes"

- "A propos des demandes d'euthanasie"

Soirée débat ouverte aux professionnels de santé.

**Mercredi 26 Mars 1997**

- "Souffrance psychique et acting out euthanasique"
- "Demande d'euthanasie et Burn-out"
- "Comment prévenir le passage à l'acte euthanasique"
- Evaluation du séminaire

## **QUALITE DE VIE EN CANCEROLOGIE**

**19, 20 et 21 juin 1997**

XIVèmes journées de l'Association Psychologie et Cancers,  
en collaboration avec la Société Française de la Douleur  
Hôtel PLAZZA CONCORDE, 12 rue de Verdun, 06200 - NICE

La qualité de vie est un objectif essentiel de toute thérapeutique, et la cancérologie en est un domaine exemplaire. Les nombreux aspects abordés témoignent de la volonté de mise en commun d'expériences pluridisciplinaires centrées sur l'amélioration de la prise en charge en cancérologie, en tenant compte de la qualité de vie du patient et de son environnement.

Renseignements et inscriptions : P. LAVALADE, Hôpital Pasteur, Département de la douleur, 30 avenue de la Voie Romaine, BP 69, 06002 - NICE cedex 1

## ENTREUVE AVEC LE PROFESSEUR ZARIFIAN

Le professeur Edouard ZARIFIAN est chef du service de psychiatrie du C.H.U. Côte de Nacre à Caen.

Il a publié de nombreux articles et ouvrages dont :

- "Les jardiniers de la folie", 1988, collection Odile JACOB,
- " Des paradis plein la tête", 1994, aux Editions Odile JACOB,
- " Le prix du bien-être", 1996, aux Editions Odile JACOB

Nous lui laissons la parole pour se présenter lui-même et introduire le texte de cette entrevue:

"J'ai été très heureux d'accepter l'entretien avec le Docteur Anne ROCHE avec qui j'avais pu échanger lors des journées de l'association "Psychologie et Cancers : Société Française de Psycho-Oncologie" qui se sont tenues à Caen en février 1996 avec le concours de Centre François BACLESSE.

Passionné par la recherche en neurobiologie et en psychiatrie biologique, j'ai peu à peu constaté que la technique qui envahissait la psychiatrie éliminait progressivement la prise en compte du sujet souffrant. Les statistiques devenaient reines dans le domaine des relations humaines.

C'est la fréquentation des psychiatres et des psychologues qui travaillent dans des services de médecine somatique, et en particulier dans des lieux de soins pour malades cancéreux, qui m'a redonné l'espoir que la dimension psychique ne risquait pas d'être éliminée des soins. C'est probablement par le travail dit de "psychiatrie de liaison" que la psychiatrie retrouvera pleinement la dimension, psychologique et subjective qui font partie de la spécificité. C'est pourquoi je souhaite, à l'avenir, consacrer une part personnelle importante à cette activité."  
E.Z.

Anne ROCHE : Vous étiez présent à nos côtés lors des journées de l'Association qui ont eu lieu à Caen. Je crois que vous souhaitez développer les relations entre le service de psychiatrie que vous dirigez au CHU de Caen et le Centre François BACLESSE.

Edouard ZARIFIAN : Oui, notre collaboration ne fait que débuter mais je pense que ce sera pour moi un investissement personnel pour les années à venir. Pouvoir développer cette rencontre entre cancérologues et psychiatres-psychologues me semble un objectif qui ne peut qu'être fructueux pour chacun. Je crois beaucoup à l'importance du développement des relations entre la psychiatrie et la médecine. A partir de notre service nous avons créé une équipe qui travaille à l'hôpital général, en psychiatrie de liaison, mais aussi aux urgences. J'ai osé, au C.H.U. de Caen, mettre en place vingt-quatre heures sur vingt-quatre une équipe psychiatrique avec médecins et infirmiers. Au début il y avait beaucoup de méfiance, mais peu à peu nous avons pu nous faire accepter en montrant que nous sommes capables de partager la vie d'un service d'urgence, que nous ne sommes pas seulement là pour observer, mais qu'on peut aussi mettre la main à la pâte. Dans les étages, au début c'était surtout les services hautement technicisés comme les

services de greffes, ou aussi l'équipe qui s'occupe des malades sidéens qui ont fait appel à nous, puis les autres ont suivi.

AR : Ce sont surtout les services très techniques qui font appel aux consultations de psychiatres ?

EZ : C'est vrai qu'il y a là un paradoxe étonnant, car à un moment où la psychiatrie se déshumanise, où elle essaye de devenir une science technique, de coller au modèle médical, ce sont les cancérologues, les greffeurs d'organes, etc, les médecins qui ont une pratique tellement contrainte par la technique, qui cherchent à restaurer la dimension du sujet dans les soins. Alors même que nombre de psychiatres ont perdu cette représentation du sujet. C'est vraiment paradoxal de voir qu'à un moment où la psychiatrie se "dépsychologise", - si vous me permettez ce néologisme -, ce sont les somaticiens qui cherchent à "repsychologiser" la médecine. Les somaticiens nous disent : "Il y a des choses qui nous échappent, comment aider les patients face à leurs angoisses ? La peur de la mort, comment peut-on leur parler ? Faut-il dire la vérité, comment ? C'est dur aussi pour les équipes soignantes, nous avons besoin de groupes de parole".

AR : Les relations avec les services somatiques sont-elles toujours aussi simples et gratifiantes ?

EZ : Oui et non, cela dépend de notre attitude. Nous avons un travail important à réaliser pour nous faire accepter et montrer aux équipes soignantes des services somatiques qu'on peut être à leurs côtés. On ne peut pas tenir la place du "pompier de service" qu'on appelle pour un besoin ponctuel, comme une autre technique supplémentaire. Ce n'est satisfaisant pour personne, et ce n'est pas fondamentalement ce qui est demandé par les services. Faire du bon travail en milieu médical demande au psychiatre une grande souplesse, une présence et une attention. Il lui convient de trouver la bonne place entre le rejet parce qu'on fait peur, et l'énormité de certaines demandes auxquelles on ne peut répondre sauf en décevant. Il n'est évidemment pas question non plus d'arriver en terrain conquis. Il faut savoir être très modeste, comprendre quelle est la teneur du travail quotidien de l'équipe, acquérir le vocabulaire spécifique à leur spécialité, assister aux staffs. Alors seulement petit à petit il se passe quelque chose. Sinon on sera toujours considéré comme un corps étranger. En fait c'est un compagnonnage qui doit aboutir à ce que le psychiatre ne fasse plus peur, et puisse montrer qu'il est capable d'un dialogue et de comprendre les vrais problèmes qui lui sont posés.

AR : Vous dites que le psychiatre fait peur.

EZ : Vous savez tout aussi bien que moi qu'on fait très peur. Les idées générales sur les psychiatres sont qu'ils sont tous "loufoques", qu'ils sont aussi "barges" que leurs malades. Les gens pensent que les psychiatres vont les "observer", "tout interpréter". Je lisais ce matin un livre de Frédéric GROS<sup>1</sup> qui est un philosophe et qui a fait une très bonne exégèse de

<sup>1</sup>"Michel FOUCAULT", Coll Que Sais-je, n° 3118, Ed PUF

FOUCAULT. C'est vrai que la folie est le point aveugle de l'humanité. Finalement on définit son identité par rapport à ce qui n'est pas la folie. On se dit : "Je suis comme ça en tant qu'homme c'est à dire je ne suis pas comme les fous". Fondamentalement on lutte en permanence contre notre folie, et nos collègues ne font pas autre chose. Et comme nous sommes la figure emblématique de la folie, il s'agit de faire un détour quand on nous croise. Il nous faut faire l'effort d'aller à la rencontre des gens et apaiser cette peur fondamentale. Ce n'est pas si simple et souvent au mieux la collaboration se fait non pas vraiment avec un psychiatre, mais avec un individu. Vous avez déjà dû entendre cette réflexion qui me laisse toujours songeur : "Oui, mais toi tu n'es pas comme les autres, tu n'as pas l'air d'un psychiatre". Il faut l'accepter... Ce qui est important est de voir que si on prend la peine d'expliquer, on est compris.

AR : Vous pensez que les psychiatres sont mieux préparés que les autres médecins à affronter l'angoisse de la mort et les douleurs humaines engendrées par la maladie organique ?

EZ : Non sans doute pas, mais les collègues somaticiens sont de plus en plus spécialisés, formés dans des domaines de plus en plus affûtés et pointus et ils ne sont pas préparés à la dimension humaine de leur pratique. Ce qui est rassurant est qu'ils ressentent ce manque, ils se sentent débordés et demandent de l'aide. Je ne dis pas que les psychiatres soient vraiment préparés à cela non plus, mais leur spécificité leur permet d'y réfléchir et de s'y consacrer. Mais vous savez ce n'est pas seulement de l'utopie de dire cela car il y a beaucoup de psychiatres, que ce soit en libéral ou à l'hôpital, qui tiennent à l'aspect humain de leur pratique. On ne les entend pas beaucoup, sans doute parce qu'ils sont trop occupés à prendre en charge leurs malades pour avoir le temps de prendre la parole. En fait la seule crédibilité qu'on puisse avoir c'est de soigner des malades. Quand on s'implique vraiment auprès des patients, on comprend vite qu'il n'est pas si simple de guérir les troubles psychiatriques comme certains le laissent penser. Une simple amélioration, repérable par une meilleure insertion sociale, par une vie affective plus satisfaisante n'est parfois que le résultat d'un long accompagnement, pendant des années, avec une présence authentique aux côtés des patients. Ce n'est qu'à partir de cette pratique qu'on peut se sentir autorisé à parler, car sinon on risque de ne faire que théoriser en vain.

AR : Quels moyens pensez-vous qu'il faille donner pour développer cette collaboration entre les psychiatres et les services de médecine ?

EZ : Avant tout des moyens financiers. Je crois que de part et d'autres la volonté existe, mais il n'y a rien de prévu dans les budgets pour aider cette entreprise. En effet qui doit financer les moyens de cette rencontre entre équipe médicale et psychiatres ? Les directeurs d'hôpitaux psychiatriques préfèrent donner l'argent aux secteurs et les directeurs des CHU investiront plutôt dans un scanner, dans une salle d'op. Il faudrait concevoir un partenariat entre les hôpitaux psychiatriques et les hôpitaux généraux pour qu'il y ait une réelle autonomie des budgets alloués à la psychiatrie de liaison. Seulement alors il y aurait un statut reconnu. Je suis assez optimiste car il y a une réflexion qui est en cours avec les présidents des CME des

établissements spécialisés et les directeurs des hôpitaux sont souvent assez favorables.

AR : Je n'ai peut-être pas assez confiance dans leurs sentiments philanthropiques, et je serais de ce fait tentée de me demander ce qui les incite à favoriser le développement de la psychiatrie de liaison ?

EZ : Il est vrai qu'il y a une réelle demande des usagers qui sont de plus en plus informés par les médias. Les gens veulent être considérés comme des personnes responsables, ils pensent que les soins qu'ils reçoivent entrent dans le cadre d'une collaboration avec leur médecin et l'équipe soignante. Et à cela les médecins et les infirmiers ne sont pas préparés, mais en ressentent aussi la nécessité. C'est pour cela qu'ils se tournent vers nous.

AR : Vous pensez qu'il y a nécessité d'une meilleure formation des médecins à la psychologie médicale.

EZ : Oui, évidemment. Mais cela ne résoudra pas tous les problèmes. Je ne pense pas seulement aux médecins des hôpitaux qui ont la chance d'avoir un salaire à peu près raisonnable et surtout régulier, je pense aux médecins généralistes. Car la psychologie médicale ça demande de la disponibilité, du temps à consacrer au malade. Il faut bien comprendre que si un médecin accueille un patient pendant une demi-heure, il faut qu'il soit rémunéré correctement. La santé ça coûte cher et si on ne paye pas bien les médecins on aura la médecine qu'on mérite. Comment les syndicats de médecins ont-ils pu accepter un prix aussi bas pour la consultation de médecine générale ? On oblige le médecin à faire de l'abattage. Ou alors ils crèvent de faim et ce n'est pas possible. Je n'ai entendu aucun homme politique, personne, parler de cela. Les médecins sont pris dans le dilemme de devoir écouter au mieux la consultation tout en ne perdant pas leur crédibilité, leur identité. Leur seule solution est de prescrire, de faire une ordonnance avec des psychotropes.

AR : Mais il faut aussi du temps pour faire un examen clinique.

EZ : Ca aussi c'est un problème car les étudiants n'apprennent plus que des listes d'examens complémentaires. Je me souviens d'un enseignant en diabétologie qui avait dit : "Quand je commence à parler de clinique à mes étudiants, ils posent leur stylo". Maintenant l'internat ce n'est plus qu'un ensemble de tiroirs d'examens complémentaires qu'il faut connaître par coeur. J'ai parfois l'impression de tenir un discours de "vieux qui n'est plus dans le coup". C'est pour ça que lorsque j'entends cette demande qui nous est faite par les collègues somaticiens, j'ai tout de même l'impression que mes valeurs ont encore du sens. J'ai le sentiment que la cancérologie pourrait nous obliger, tous, à réintroduire cette dimension humaine dans la façon de prendre les malades en charge. La psycho-oncologie est une discipline à qui je souhaite un grand avenir, car elle est indispensable. Et vous avez un travail important à faire car dans ce domaine de la prise en charge psychologique des malades cancéreux il y a tout à inventer. Et cela m'enthousiasme beaucoup.

AR : Je pense que nous aussi, et nous vous remercions de nous avoir apporté votre éclairage sur tous ces problèmes.

# PSYCHO-ONCOLOGIE

## Définition. Enjeux en France - Recommandations

Rapport de Nicole Alby  
par Sylvie SCHWAB,

Une mission d'étude sur les enjeux de la psycho-oncologie a été confiée par la Ligue Nationale Contre le Cancer à Nicole Alby. Le rapport de la synthèse, diffusé en 1995, a le mérite de définir précisément les différents champs de la cancérologie où doit être prise en compte la dimension psychologique, tout en restant axé sur les problèmes de santé publique.

Une enquête préalable en France et en Europe permet en premier lieu de délimiter cette spécialité récente, à "l'interface de l'oncologie et de la psychiatrie". Espace clinique commun entre oncologues, psychiatres et psychologues, la spécificité de la psycho-oncologie centrée sur "la psychopathologie particulière découlant de la rencontre d'un sujet avec le cancer" n'est réductible ni à la psychosomatique ni à la psychiatrie.

### Les fondements de la psycho-oncologie

C'est la reconnaissance de l'oncologie comme spécialité médicale qui a contribué au développement progressif de la psycho-oncologie. L'éthique médicale dictée par les protocoles thérapeutiques et l'information des patients, la réflexion sur la qualité et la durée de la vie, l'écart entre l'imaginaire médical ayant besoin d'exploits et la réalité des échecs thérapeutiques, tout en modifiant la relation soignant-soigné, ont accentué les besoins d'une psycho-oncologie, à orientation clinique et thérapeutique en France. Elle est davantage attachée à l'évaluation de la qualité de vie, aux USA et dans certains pays d'Europe.

La première fonction de la psycho-oncologie s'inscrit donc dans la clinique et la thérapeutique, tout au long des différentes étapes de la maladie, par une action directe auprès des patients et indirecte auprès des soignants. Elle alimente un corpus de connaissances repris dans deux autres fonctions : la recherche et la formation et l'enseignement. Ce champ restreint d'intervention se prolonge par un champ élargi constitué par les actions psychosociales et professionnelles autour de la réinsertion, la prévention et le dépistage ainsi que les prises en charge ambulatoires et à domicile, en développement croissant.

### Une position difficile

L'une des difficultés de fond, qui explique l'effectif encore limité des psy tient sans doute à l'écart entre l'univers hypermédicalisé de la cancérologie, où le modèle médical impose de pouvoir faire face et l'acceptation de l'individu, de la vie psychique et de la souffrance. Soigner en cancérologie est difficile et le psy témoin des succès mais aussi des échecs, peut-être perçu comme un témoin de ces aléas. L'ambivalence à son égard freine souvent une collaboration qui peut pourtant être fructueuse.

Selon les estimations, il y a en France plus d'un million de sujets qui vivent avec un cancer (260 000 nouveaux cas par an, dont la moitié guérissent ou vivent durablement). Il est paradoxal, vu l'importance de ce problème de santé publique, que l'accompagnement de longue durée gage de la qualité de vie, n'apparaisse pas aussi évident que pour d'autres spécialités médicales. Soixante dix mille personnes pourraient bénéficier d'un soutien psychologique. Pourtant la nomenclature des actes médicaux n'intègre aucune cotation dans ce sens. S'il est normal que la psycho-oncologie s'inscrive dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé, il paraîtrait souhaitable de réévaluer l'adéquation des structures de soins, de plus en plus surchargées, aux besoins psycho-oncologiques notamment en cancérologie.

### Ses points d'action

En amont de la maladie, l'épidémiologie reconnaît l'importance des facteurs psychosociaux en matière de prévention et de dépistage. A l'instar de l'effort entrepris pour le dépistage du cancer du colon, la recherche s'intéresse aujourd'hui aux dimensions éthiques et psychologiques liées à l'innovation médicale, la médecine prédictive, le consentement éclairé. Ici se situe à l'évidence un point d'articulation privilégiée entre oncologues et psychologues.

La qualité du lien entre le patient et son médecin (ou le réseau médical) se pose en termes de cohérence dans les attitudes d'information et d'appréciation des besoins. La collaboration entre psy et cliniciens trouve ici aussi un espace commun privilégié qui se traduit autant en termes psychologiques qu'en termes de prévention psychosociale.

La phase de sevrage thérapeutique réputée difficile, le retour à domicile des patients altérés dans leur corps, la chronicisation de plus en plus fréquente de la maladie posent aussi de nombreux problèmes de santé publique. L'impact psychosocial des retombées de la maladie face aux ressources affectives, financières, professionnelles mérite une évaluation rigoureuse.

Enfin les soins palliatifs en réintroduisant la prise en compte et le traitement de la douleur, ont aussi facilité la réintroduction des aspects relationnels dans la prise en charge, mais il faut souhaiter un soutien psychologique dès le traumatisme du diagnostic.

### Les CLCC dépourvus en psycho-oncologie

L'évaluation de l'activité en psycho-oncologie concerne dans ce rapport uniquement les services spécialisés des hôpitaux publics et des Centres de Lutte Contre le Cancer. L'hospitalisation privée qui regroupe 60 % des patients comporte très peu d'activités de psycho-oncologie. Elle est, sauf exception, davantage orientée vers la formation des soignants. Parmi les vingt Centres de Lutte Contre le Cancer, huit bénéficient soit d'une unité de psycho-oncologie, d'un DU, d'un centre de lutte contre la douleur ou de plusieurs postes de psychologues. Les autres centres ne comportent aucun intervenant ou un nombre réduit de vacations limitant les possibilités d'un véritable travail.

---

---

# ONCOLOGIE ET GERIATRIE

Grenoble, 12 juin  
1996

par F. KUNTZMANN \*

Dans l'hospitalisation publique la situation est, sauf exception - Grenoble et Besançon -, peu satisfaisante numériquement et structurellement. L'activité en psycho-oncologie s'organise à partir du travail de liaison avec les services de psychiatrie, mais les difficultés à instaurer les activités institutionnelles structurées sont nombreuses, sauf à l'Assistance Publique de Paris où tous les services d'hémo-cancérologie comportent un psychologue à plein temps.

C'est dans les CHU et Centres de Lutte Contre le Cancer qui, en oncologie pédiatrique soignent la majorité des enfants, que l'on recense, et c'est bien compréhensible, une majorité de psychologues et de psychiatres. La prise en charge joue en cela un rôle préventif indispensable activement soutenu par la PSY-SFOP.

Dans le champ élargi, c'est le médecin généraliste, les infirmières et conseillères sociales qui assument la prise en charge psycho-oncologique. Des actions de formation soutenues par les trois associations nationales de lutte contre le cancer se développent assez vite dans ce domaine (celles-ci soutiennent aussi et d'une façon importante la recherche et le financement d'actions diverses). Enfin si le rôle des associations de malades et de familles est primordial dans l'aide active aux patients, leur grand nombre et la diversité de leurs modes d'intervention rendent son évaluation difficile.

#### Cinq recommandations :

A la lumière de ces enjeux, l'intérêt pour la psycho-oncologie devrait pouvoir se traduire en création de postes et vacations pour des fonctions bien définies. Il est clair que l'accessibilité au psychologue, sa compétence relationnelle, l'aide aux équipes, nécessitent un effectif d'intervenants et une présence suffisante. Le rôle du psychiatre se situe davantage au niveau de la prévention des décompensations psychopathologiques. Parallèlement la recherche clinique a aussi besoin de s'imposer.

Une même volonté de favoriser la cohérence autour du patient soigné à domicile, de limiter des situations d'épuisement et de faciliter la concertation ville-hôpital, devrait permettre le développement au sein du partenariat médico-social de systèmes d'information performants et de lieux de parole ou de prise en charge psychologique.

Pour conclure Nicole Alby propose cinq recommandations à l'intention des décideurs :

- création d'un centre national de référence en psycho-oncologie,
- promotion d'une politique d'enquête et d'étude sur la psycho-oncologie,
- organisation d'une politique de formation aux cancérologues, médecins généralistes, infirmiers et psychologues,
- étude des besoins institutionnels de professionnels,
- et enfin évaluation des aspects médico-sociaux.

Il faut souhaiter que cette expertise en accélère la réalisation.

\* S.S. psychologue, Institut Curie, Paris

Les deux journées consacrées aux aspects psychologiques, sociaux et thérapeutiques en oncologie et en gériatrie, qui se sont tenues à Grenoble du 12 au 14 juin 1996, sous l'égide de l'Association Psychologie et Cancer et de la Société Française de Gérontologie, ont été d'une grande richesse par les échanges qu'elles ont permis entre les différences composantes des équipes cancérologiques et gériatriques confrontées aux problèmes du cancéreux âgé et surtout très âgé.

#### **Le diagnostic**

Ceux-ci présentent, en effet, des particularités. Lorsque le cancer ne conditionne pas le pronostic vital, ce qui est fréquent chez le vieillard, il ne doit pas moins être pris en considération en raison du risque de peser sur la qualité de vie. Il peut constituer l'un des éléments de la décision, soit de rester à son domicile, soit d'entrer en institution. L'impact de la maladie cancéreuse sur la famille peut-être difficile à gérer. Souvent elle se réfugie dans une attitude fataliste de peur d'inquiéter le parent malade, alors même que l'état de celui-ci justifie des thérapeutiques actives.

#### **L'interdisciplinarité**

De nombreuses convergences entre les deux disciplines sont apparues dans la prise en compte des préoccupations psychologiques du patient et de son entourage et la nécessité de maintenir ou de restaurer l'image de soi qu'éprouve le malade. Dans ce but, la présence de psychiatres, de psychologues, de rééducateurs (voire d'esthéticiennes...) apporte, dans le cadre d'une interdisciplinarité stimulante, des garanties supplémentaires au patient. Le fonctionnement des équipes hospitalières sur la base de réunions pluridisciplinaires de concertation, permettant de réunir le maximum d'informations sur l'évolution physique, fonctionnelle et somatique du patient, nous est commun.

La limitation des campagnes de dépistage au-delà de 70 ans et l'absence d'inclusion de malades âgés dans les protocoles thérapeutiques de cancérologie ont été déplorés, même si cette carence s'explique par l'inhomogénéité de la population la plus âgée, dans laquelle peu de patients sont exempts de pathologies multiples et des traitements qui en découlent. L'âge ne doit jamais, à lui seul, servir de prétexte à un abandon diagnostique ou thérapeutique. Nous savons bien que même chez le vieillard de nombreuses tumeurs sont accessibles à un traitement curatif, à commencer par les cancers cutanés si fréquents au grand âge et des cancers digestifs.

#### **Quels traitements ?**

Au fil des communications, sont apparues des approches différentes qui tiennent au fait que cancérologues et gériatres ne voient pas forcément le même type de malades. Le patient polypathologique de plus de 80 ans,

limité dans sa mobilité et atteint d'incapacités qui est confié au gériatre, ne relève pas systématiquement d'un traitement à visée curatrice quand il est atteint d'un cancer, dès lors que celui-ci ne représente pas la pathologie dominante et qu'il n'aura pas d'influence sur l'espérance de vie restante. La discordance entre la prévalence des cancers au-delà de 85 ans et le nombre de cancéreux qui consultent l'oncologue a paru en étonner certains. Elle s'explique par le nombre de contre-indications relevées chez ces patients qui sont suffisamment évidentes pour ne pas justifier un avis spécialisé. Il s'agit de patients dont la polyopathie comporte un cancer à côté d'affections cardio-vasculaires ou neurologiques qui dominent le tableau clinique. Il ne faut pas oublier que l'augmentation de l'espérance de vie se fait aussi, heureusement non exclusivement, au prix d'une multimorbidité qui n'empêche pas la vie de se poursuivre sans pour autant laisser une grande latitude thérapeutique au médecin.

### **Laisser le temps au patient âgé**

La famille peut et doit jouer un grand rôle dans le soutien qu'elle apporte au malade mais elle ne peut se substituer à lui pour les décisions thérapeutiques. Les informations qu'elle peut fournir sont indispensables pour connaître le mode de vie et les aspirations du patient mais elles ne doivent occulter celles que le patient peut donner lui-même. Il faut se garder de considérer le vieillard comme un individu qui, du fait de son âge, serait privé de la possibilité de comprendre les enjeux et de prendre les décisions importantes qui le concernent. C'est à lui que revient toujours la décision dans le cadre de son autonomie. Son information est certes souvent plus difficile et son consentement pas toujours formulé rapidement. Il faut lui consacrer plus de temps pour l'écoute et les explications. La tentation de raccourcir ce temps, sur la base d'un accord familial, semble parfois forte.

Parmi les grands moments de cette rencontre, il faut citer l'intervention du Professeur R. HUGONOT qui, témoignant de son expérience personnelle, a délivré un message fort sur le vécu et les attentes du malade.

### **Qualité de vie**

Il apparaît, à l'évidence, que la réflexion sur la qualité de vie des patients doit, au grand âge, primer sur toute autre considération. Cette qualité de vie passe, selon les cas, par un traitement radical ou par une abstention thérapeutique doublés de traitements symptomatiques. Une grande prudence s'impose toutefois dans l'interprétation de la qualité de vie d'autrui. Il est reconnu que celle-ci est, le plus souvent, perçue comme meilleure par le malade que par son entourage familial et professionnel. Les tentatives d'évaluation de la qualité de vie, sur des critères considérés comme objectifs, ne sont pas systématiquement applicables à toutes les situations. Rien ne saurait, là encore, remplacer l'écoute attentive du patient et l'observation scrupuleuse de ses comportements. C'est dire, l'intérêt, sinon l'obligation de pouvoir disposer de la collaboration de psychologues. N'oublions pas, par ailleurs, que l'espérance de vie est une notion statistique concernant des groupes de population. Elle ne saurait, en aucun cas, être opposée au patient pour justifier une décision thérapeutique pour laquelle seuls doivent être pris en compte le pronostic vital tel qu'il peut être établi en fonction des pathologies et tares associées.

Dans tous ces domaines, une collaboration étroite entre oncologues et gériatres, entre équipes oncologiques et gériatriques paraît souhaitable. Tel est probablement le sentiment du plus grand nombre de participants à ces journées.

**F.K.**

\*Service de Médecine Interne-Gériatrie, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, 83 rue Himmerich- BP 426 67091 Strasbourg Cedex.

### **SOUFFRIR MOINS POUR VIVRE MIEUX**

Le comité de Paris de la Ligue Contre le Cancer a piloté une action pour le traitement de la douleur en cancérologie. Il a été suivi par les Comités de l'Essonne, du Val de Marne et des Yvelines.

Cette action appelée « Souffrir moins pour vivre mieux » reprendrait l'action « Cancer sans douleur » du Comité du Rhône.

Elle consiste à adresser une brochure à tous les médecins généralistes du département sur les grandes lignes du traitement de la douleur. Enfin il sera déposé chez les pharmaciens des brochures pour les patients ou leur famille, les incitant à demander à ce que leur douleur soit soulagée.

Tout renseignement peut être demandé auprès du Comité de Paris de la Ligue Contre le Cancer, 13 rue de la Grande Armée, 75116 - PARIS, tél. 01 45 00 00 17, fax : 01 45 00 63 06.

### **QUALITE DE VIE ET CANCEROLOGIE**

Les XIVèmes journées de l'Association Psychologie et Cancérogènes, en collaboration avec la Société Française de la Douleur, se tiendront les 19, 20 et 21 juin 1997 à Nice, à l'Hôtel PLAZA CONCORDE.

Il nous a paru important d'adjoindre au Congrès Mondial de Psychiatrie Biologique un symposium satellite sur Qualité de Vie et Cancérogènes. La qualité de vie

est en effet un objectif essentiel de toute thérapeutique, même et surtout la thérapeutique biologique et la cancérologie en est un domaine exemplaire. Les nombreux aspects abordés témoigneront de la volonté de mise en commun d'expérience pluridisciplinaires centrées sur l'amélioration de la prise en charge en cancérologie, en tenant compte, cette fois, de la qualité de vie du patient et de son environnement.

**Renseignements et inscriptions :**  
P. LAVALADE, Hôpital PASTEUR, département de la Douleur, 30, avenue de la Voie Romaine, BP 69, 06002 - NICE cedex 1. Tél. 04 92 03 79 46, fax : 04 92 03 84 69

**COMPTE-RENDU DE L'ASSEMBLEE  
GENERALE DE L'ASSOCIATION  
PSYCHOLOGIE ET CANCERS-SOCIETE  
FRANCAISE DE PSYCHO-ONCOLOGIE  
(GRENOBLE LE 12 JUIN 1996)**

**PAR JL MACHAVOINE**

L'Assemblée Générale de L'Association s'est tenue le 12 Juin 1996, à Grenoble, en prélude des XIIIèmes Journées Psychologie et Cancers : "Oncologie et Gériatrie : Aspects psychologiques, sociaux et thérapeutiques", organisées notamment par le Pr R.SCHAERER, le Pr C.VROUSOS et Mme J.PILLOT.

\*L'assemblée générale était présidée par le Pr Y.PELICIER.

**RAPPORT MORAL**

\*Présentant le rapport moral, le Dr R.FRESCO se félicite de l'activité intense de l'Association cette dernière année avec des journées et colloques très réussis tant sur le plan de la richesse des communications et des débats que sur le nombre de participants :

- Journées d'ANGERS, 12-14 Juin 1995 sur le thème "Bénévolat et Cancers, organisés par le Pr F.LARRA.  
- XXe Anniversaire à MARSEILLE, le 15 décembre 1995 sur le thème "Fondements éthiques pour une fonction soignante en cancérologie, organisé par le Pr Y.CARCASSONNE, le Pr D.MARANINCHI et le Dr R.FRESCO.

- Journée régionale de CAEN, le 16 février 1996, sur le thème "Problèmes de Communication en Cancérologie : du Dire au Malentendu", organisées par le Dr J-Y GENOT, le Dr J-E COUETTE, Mme J.PAUMIER, M. J-L MACHAVOINE et le comité local de Basse Normandie.

\*Le Dr R.FRESCO rappelle ensuite les diverses formations proposées cette année par l'Association seule ou en partenariat et qui ont été très suivies :

- L'Attestation d'Etudes Universitaires sur "les Problèmes psychologiques et socio-économiques de la maladie cancéreuse organisée à la faculté de Médecine de Marseille (Pr J-A GASTAUT, Dr R.FRESCO).

- Le D.U de psycho-oncologie et soins palliatifs, organisé à la faculté de médecine de Nice (Pr F.DEMARD, Pr G.DARCOURT, Pr M.SCHNEIDER, Dr A.SALIMPOUR, Dr MEMRAM POUCHER)

- La Formation en psycho-oncologie organisée par la Fédération Nationale des Centres de Lutte contre le Cancer (Pr F.DEMARD, Dr R.FRESCO; Dr A.SALIMPOUR et nombreux autres membres du Conseil Scientifique de l'Association)

- La journée de Rencontre des Psychologues et Psychanalystes des Services d'Hémo-Cancérologie (Mme N.ALBY, Mme A.LEHMANN).

\*Le Dr R.FRESCO souligne la poursuite de la parution de la lettre de l'Association diffusée à plus

de 350 exemplaires sous la responsabilité du Dr A.ROCHE.

\*Il rappelle que le prix de l'Association Psychologie et Cancers avait été remis par le Pr Y.CARCASSONNE, président du comité départemental des Bouches du Rhône et par M. G.PALLEZ, président de la Ligue Nationale Contre le Cancer au Dr L.HACPILLE pour son livre : "La douleur en Cancérologie et son traitement".

\*La création du groupe de psycho-oncologie de la Commission de Coopération Médicale Intercentre au sein de la Fédération Nationale des Centres de Lutte contre le Cancer, dont le secrétariat est assuré par le Dr P.SALTEL, a été saluée tout en précisant la nécessaire recherche de complémentarité avec notre association.

**RAPPORT FINANCIER**

\*Le rapport financier, présenté par M. M.BUSSO, montre un budget en équilibre :  
Recettes = 163 912.00 F/ Dépenses = 150 158.64 F.  
Le solde disponible reste modique compte tenu des objectifs de l'Association. Seuls 44 % des 337 membres sont à jour de leurs cotisations et il faudrait que l'Association réfléchisse aux moyens de motiver l'ensemble de ses adhérents.

Les comités Départementaux (08,57,85,92,95) de la Ligue Contre Le Cancer nous ont accordé une subvention directe ; la Fondation de France a alloué une somme pour le fonctionnement du groupe "Euthanasie".

\*Le prochain prix de l'Association (1996), parrainé par le Comité de l'Hérault et la Ligue Nationale Contre Le Cancer, sera remis à MONTPELLIER.

\*Avec les Prs F..LARRA et C.CHARDOT, tout le monde s'accorde pour veiller à faire des demandes de subventions ciblées sur des objectifs précis (journées, publication d'actes, prix, groupe) en ayant à l'esprit l'attente de retombées locales, ou commerciales, de nos donateurs ou sponsors.

\***Quitus** est donné par l'assemblée générale à l'unanimité au rapport moral et au rapport financier.

**LA LETTRE DE L'ASSOCIATION**

\* Dr A.ROCHE, responsable de la lettre de l'association, qui paraît depuis mars 1993 et en est à son 13e numéro, avec des rubriques permanentes, expose ses difficultés :

- Manque de contributions de la part des membres de l'Association pour alimenter les rubriques.

- Vétusté du matériel dont elle dispose personnellement, qui lui impose trop de temps pour une édition dont la qualité n'est pas à la hauteur des objectifs de l'Association.

Le Dr A.ROCHE propose :

- d'améliorer la qualité de la présentation et de l'impression en s'équipant de matériel plus performant pour la mise en page et en ayant recours à un imprimeur. Cela suppose un coût accru et des devis seront soumis au conseil d'administration.



- d'élargir notre diffusion à 3000 exemplaires pour solliciter des aides de la part d'annonceurs.  
 Il faudrait alors constituer un fichier de destinataires (cancérologues, psychiatres, psychologues, cadre infirmiers) dépassant celui de nos adhérents.  
 L'assemblée générale donne mandat au futur conseil d'administration pour étudier et mettre en oeuvre les moyens propres à assurer le développement de la lettre de l'Association.

### ELECTION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

\*Pour clore l'ordre du jour, l'Assemblée procède au renouvellement de la totalité du Conseil d'Administration. Sur proposition du Dr R.FRESCO, à laquelle souscrit le Pr F.LARRA, l'Assemblée Générale décide que les candidatures du Pr H.PUJOL et Pr Y.PELICIER ne sont pas soumises au vote. Ceux-ci seront directement nommés au bureau de l'Association, Conseillers du Nouveau Président. Toutes les candidatures de membres de l'Association étant considérées comme recevables par l'Assemblée Générale, il reste 27 candidats pour 24 sièges à pourvoir au Conseil d'Administration. On procède au vote à bulletin secret.

Siégeront au Conseil d'Administration pour 4 ans :

- M.ABIVEN (Paris)
- N.ALBY (Paris)
- F.BAILLET(Paris)
- M.BUSSO (Marseille)
- J.BRUGERE (Paris)
- C.CHARDOT (Nancy)
- F.DEMARD (Nice)
- B.DESCLAUX (Toulouse)
- R.FRESCO (Marseille)
- J.Y GENOT (Caen)
- P.GUEX (Lausanne)
- B.HOERNI (Bordeaux)
- F.LARRA (Angers)
- A.LEHMANN (Paris)
- J.L MACHAVOINE (Caen)
- G.MARX (Saint-Cloud)
- N.PELICIER (Paris)
- Y.PELICIER (Paris)
- H.PUJOL (Montpellier)
- A.ROCHE (Férolles-Attily)
- A.SALIMPOUR (Nice)
- P.SALTEL (Lyon)
- M.SCHNEIDER (Nice)
- S.SCHWAB (Paris)
- C.VROUSOS (Grenoble)
- J.M ZUCKER (Paris)

L'ordre du jour étant épuisé, le Pr Y.PELICIER, à qui l'assemblée rend hommage, lève la séance.

### NOUVEAUX MEMBRES DE L'ASSOCIATION "PSYCHOLOGIE EN CANCERS"

- M. Didier AMMAR, Médecin IPC, Dr FRESCO, M. BUSO
- Mme Valérie-Jeanne BARDOU, Médecin bio-statisticien , Marseille, Pr MARANINCHI, R.FRESCO.
- M. le Dr Eric BAZIN, Psychiatre, IPC, Dr FRESCO, Pr MARANINCHI
- Mme Lolita BERDAH, Infirmière, 39 rue P.Mérimée 06110 LE CANNET, Dr FRESCO, Dr SALIMPOUR
- M. Alain BOUREGBA, Psychologue, MONTRouGE, Dr MAY-LEVIN, Mme ALBY
- Mme Rosalba CANOVA, LIGUE SUISSE, Dr BARRELET, Pr GUEx
- Mme Chantal DAMERS, Villeneuve d'Asques, Dr FRESCO, Dr HODOUL
- Mme Yolande DELATTE, Infirmière libérale, (50) Agneaux, Dr ROCHE, Dr FRESCO.
- M. Yves GOUBIN, Bénévole, IPC, Dr FRESCO, M. BUSO.
- Mme Marie-Christine GRACH, Médecin, Caen, M. MACHAVOINE, Dr ROCHE.
- Mme Jeanine HEON, Généraliste, (14) Bayoux, Dr ROCHE, Dr FRESCO.
- Mme Florence JOLY, Oncologue, Caen, M. MACHAVOINE, Dr ROCHE.
- M. François LE SAUNIER, Oncologue, Caen, M. MACHAVOINE, Dr ROCHE.
- M. Samuel LELONG, Etudiant en Psychologie, (14) Douvres-la-Délivrance, M. MACHAVOINE, Dr FRESCO.
- Mme Gilberte LETESSIER, IDE, Vire, Dr FRESCO, Dr ROCHE.
- Mme Marie-Laure LO FASO, Infirmière, Marseille, Pr FIGUET, Dr FRESCO
- Mme Cécile MARCANDELLA, Psychologue, Caen, Dr ROCHE, Dr FRESCO.
- Mme Gisèle MATHOS, Surveillante générale, Caen, Dr MACHAVOINE, Dr FRESCO.
- Mme Elisabeth NEE, Généraliste, Caen, Dr ROCHE, Dr FRESCO.
- Mme Odile NIZET, Bénévole IPC, Dr FRESCO, M. BUSO
- Mme Christine PERSON, Psychologue CHU ANGERS, Pr LARRA, Dr FRESCO
- Mme Anne PETOT-BAPTISTAL, Généraliste, Lion/Mer, parrainée par Dr ROCHE, Dr FRESCO.
- M. Albert REVAH, Avocat, 74 rue de Paradis, 13006 MARSEILLE, Mme LEHMANN, Dr FRESCO
- Mme Armelle ROQUAND-VATRIN, Psychologue, (85) Challans, Pr LARRA, Dr FRESCO.
- Mme Elisabeth ROUSSEL, Infirmière, Cherbourg, Dr ROCHE, Dr FRESCO.
- Mme Samia SIOUANI-DEBOUB, Infirmière Marseille, Dr FRESCO, Pr FIGUET
- Mme Florence THENAULT, Psychologue, Courbevoie, Dr ROCHE, Dr FRESCO.
- Mme Carla TOSATTO-POLBLANC, Infirmière, Ste MARGUERITE, Mme LEHMANN, Dr FRESCO

## NOTES DE LECTURE



### **“L'ENFANT ET LE CANCER, la traversée d'un exil”**

**D. Oppenheim,  
304 pages  
Bayard Edition**

On ne peut pas dire que le livre de Daniel Oppenheim vienne combler un vide car beaucoup a déjà été écrit sur le sujet, comme on peut en juger par la riche bibliographie proposée chapitre par chapitre. Néanmoins il s'agit vraisemblablement d'un des tous premiers ouvrages consacrés à la présentation exhaustive et raisonnée de l'expérience subjective violente traversée par l'enfant atteint de cancer. Ainsi l'auteur, psychiatre et psychanalyste, va-t-il, comme le souligne dans sa préface le Professeur J.Lemerle, à la “quête du sens”, pour offrir ses observations et ses réflexions, au terme de 8 années de travail dans le service d'oncologie pédiatrique de l'Institut Gustave Roussy et après plus de 4000 entretiens avec plus de 1000 enfants malades.

De fait, en refermant ce livre, écrit dans une perspective très pédagogique et en un langage heureusement accessible à tous, nombreux seront ceux qui trouveront convaincantes les preuves apportées par l'auteur à sa thèse que l'enfant ne peut élaborer seul cette expérience limite, dans le double registre du supportable et du pensable, et qu'il devrait, sur les lieux de son traitement, bénéficier du rôle thérapeutique et préventif du psychanalyste.

Une longue introduction plante le décor, les temps de la maladie et les acteurs ; elle indique les points de repère de la rencontre de l'enfant contre le cancer et notamment sa place dans la famille, l'image de son corps, sa vision du monde, le regard des autres, son sentiment de solitude et son besoin de témoigner.

Des 14 chapitres qui vont suivre les trois premiers sont consacrés au lieu des soins où se constitue une “communauté” du cancer de l'enfant, aux infirmiers et à la complexité de leur relation avec les parents, et au rôle du psychanalyste qui “aide l'enfant à préserver sa capacité de parole et de pensée”.

Les trois chapitres suivants abordent la question de la mort et la confrontation à l'impensable, les limites du supportable pour l'enfant et son environnement, et le vécu particulièrement violent des enfants atteints de tumeurs cérébrales. Le 7ème chapitre insiste sur certains thèmes plus présents chez l'adolescent : la perte, le sexe, l'initiation, le risque, le secret. Viennent ensuite trois chapitres qui traitent de l'exigence de transmission de l'enfant et de sa prise de parole, des représentations de la maladie qui apparaissent dans ses dessins, et de la honte et du “sans voix” qui peuvent éventuellement résulter de l'échec de cette transmission. Enfin trois chapitres très justes sont consacrés à la problématique des relations avec l'enfant malade des soignants, des parents, enfin de la fratrie. Le livre s'achève avec les processus de sortie psychique du cancer et de dépassement de l'expérience traversée. Au total cet ouvrage, pertinemment et poétiquement sous-titré “*la traversée d'un exil*”, abondamment illustré d'exemples cliniques, et souvent riche en images éclairantes (école du regard, rester en souffrance, un inhabituel dangereux, oser le dire, un bloc de biologique pur...) mérite d'être lu et relu et de devenir l'un des livres de chevet de tous ceux qui vivent au contact d'enfants atteints de cancer.

J-M ZUCKER

### 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, : 04 91 22 33 97.



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

Responsable de rédaction : Docteur Anne ROCHE

Comité de Rédaction : J. Brugère, R. Fresco, J.L. Machavoine, G. Marx, N. Pélacier, P. Saltel, S. Schwab