



Psychologie et Cancers

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PSYCHO-ONCOLOGIE

N° 16
Janv. 97



- 1 -

- *Éditorial : Patrice Guex*

- 2 -

- *Entrevue avec le Professeur
Guyotat*

- 4 -

- *Compte Rendu du congrès de
Psycho-Oncologie de New-York
par JL Machavoine*

- 5 -

- *Le Professeur Pélicier n'est
plus.*

- 7 -

- « *De l'installation de la Psycho-
Oncologie et de la préparation
des psychologues et psychiatres
pour y réussir* » par C. Chardot

- 9 -

- « *A propos de la préparation des
psychologues dans le champ
oncologique* » par JL
Machavoine

- 10 -

- *Réponse du Docteur Abiven au
Professeur Chardot*

- 11 -

- « *Psychologue en
cancérologie : un défi ou la
continuité logique d'un
enseignement de qualité ?* » par
MF Bacque

- 12 -

- « *Société et fin de vie : Vécu et
Enjeux* » par C Catant

EDITORIAL

PAR LE PROFESSEUR PATRICE
GUEX¹

Le Comité de Rédaction de la Lettre de l'Association Psychologie et Cancers me fait l'insigne honneur d'intervenir, à l'occasion de cet éditorial, dans un débat périlleux, qui dépasse certainement les traditionnelles joutes franco-françaises.

Mérites réciproques des psychiatres ou des psychologues dans le champ somatique ? Psychiatres ou psychologues en cancérologie ? Dans toute la profession, il y a des gens compétents et des gens mal formés, des intelligents et des médiocres, des habiles et des maladroits.

Et j'ignore tout de la formation des psychiatres et des psychologues en France, dans le champ de la pratique clinique. Je veux croire qu'arrivés au terme de leurs études, ils n'ont pas grande idée du patient, encore moins du travail d'équipe, et aucune de la cancérologie.

Travailler avec des cliniciens, comme l'est le Professeur CHARDOT, signifie pour le « psy », se faire tout petit, écouter, étudier, se documenter, et faire montre d'une modestie extrême. Attentif au travail et aux problèmes des équipes, le « psy » se fera progressivement une

place dans le « team » en tentant de trouver quelques solutions simples et pratique à des problèmes énormes, en prenant en compte la dimension du sujet et de son contexte. Ce n'est qu'en s'imprégnant de la culture du service où il évolue, et après quelques interventions réussies en commun avec les autres soignants, sans les déposséder de leur rôle, qu'il acquerra droit de cité, et peut-être de parole.

Même s'il peut comprendre les choses dans son cœur et dans sa tête, en termes systémiques ou psychanalytiques, et s'appuyer sur ses propres références théoriques dans sa pratique, il n'en fera état que prudemment dans ses rapports et commentaires.

Ce n'est qu'ainsi que se développera avec le temps, une connivence, un vécu partagé, un sentiment d'appartenance commune et de complémentarité avec les cancérologues.

Etre le détenteur de la lecture de la dimension cachée en médecine se mérite, et ne se fait pas impunément. Ce n'est pas à la portée de tout le monde, car elle se construit dans la mise entre parenthèse de son propre narcissisme, pour restituer aux équipes, l'essentiel des gains des solutions trouvées.

Cette démarche, psychiatre ou psychologue ne peut la faire que s'il en a la formation et l'étoffe.

Il n'en reste pas moins qu'après des psychologues, un psychiatre est indispensable en cancérologie pour un travail de diagnostic et de prise en charge des comorbidités, des

¹ Chef de la Division Autonome de Médecine Psychosociale, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne, Suisse

(SUITE DE L'EDITORIAL)

pathologies complexes et des atteintes centrales multiples dues à la maladie et au traitement, largement sous-évaluées.

Le cancer ne peut être pris en charge que de manière multi-modale. Il n'est plus temps de savoir si des psychiatres ou des psychologues sont utiles en cancérologie. Ils sont partie intégrante des équipes pour rappeler l'histoire psychologique de la maladie qui chemine parallèlement à celle du cancer, pour assurer le soutien des équipes, pour aborder les questions éthiques, et enfin pour une aide au diagnostic.

En Suisse, les psychiatres dirigent de telles unités, car ils peuvent parler d'égal à égal avec leurs collègues, garantir la qualité des soins en s'appuyant sur leur formation médicale, éviter ainsi que le « psy » soit, ou bien un alibi, ou bien la cible de projection de tous les sentiments d'impuissance et d'impasse vécus traditionnellement au contact des cancéreux.

La question importante qui se pose à l'heure actuelle est de garantir la création systématique de postes voués à cette tâche, et d'y recruter les meilleurs, quelque soit leur curriculum.

P.G.



ENTREVUE AVEC LE PROFESSEUR JEAN GUYOTAT

Anne ROCHE : Je vous remercie de votre accueil. Nous avons souhaité vous rencontrer car vous avez été un des premiers psychiatres à travailler dans le milieu de la cancérologie.

Jean GUYOTAT : C'est vrai que j'ai été conduit à m'y intéresser, dans les années 60, grâce au Professeur Marcel DARGENT qui était alors directeur du Centre de Lutte Contre le Cancer Léon BERARD de Lyon. Il avait eu connaissance des travaux américains de l'époque sur les problèmes psychologiques liés aux cancers. En France, on ne s'y intéressait pas encore. Il m'a donc proposé de travailler au Centre pour tenter de définir un peu mieux les réactions psychologiques possibles chez le malade atteint de cancer. Il souhaitait aussi que je puisse faire un enseignement sur le problème de l'angoisse ou de la dépression spécifique à cette situation. Mais rapidement, il m'est apparu que le plus important était surtout de s'occuper du personnel soignant. A l'époque,

c'était le début des traitements anticancéreux, et ils étaient plus pénibles et moins efficaces. De plus il n'était pas question de prononcer le mot "cancer". C'était très lourd de travailler dans ce climat. J'ai pu suivre l'évolution de ces problèmes durant les trente dernières années, et il y a des progrès considérables dans la façon d'aborder le problème du cancer à l'heure actuelle. Et les cancérologues s'intéressent eux-mêmes de plus en plus aux problèmes psychologiques liés à la maladie cancéreuse.

AR : Et comment pensez-vous qu'il faille aborder une réflexion autour du sujet de la psychogénèse du cancer ?

JG : Je m'y suis intéressé dès le début car on parlait de relations entre une certaine structure psychique et la cancérologie. Il y a eu pas mal de travaux à ce sujet, dont ceux de LAXENAIRE à Nancy, qui avait tenté un profil psychologique du malade cancéreux. L'Institut de Psychosomatique, à Paris, sous l'impulsion de MARTY a essayé de montrer, à travers une réflexion psychanalytique, l'existence de dispositions mentales associées au cancer et à d'autres affections somatiques connues sous le terme de pensée opératoire et aussi ce qu'il a nommé "Mouvements de Vie, Mouvements de Mort". Je n'adhère pas complètement avec les résultats de ses derniers travaux car je ne suis pas entièrement d'accord avec la méthodologie, et surtout avec la forme des entretiens qui me semble pouvoir pervertir les résultats.

J'ai alors abandonné l'étude des relations entre profil psychologique et cancérologie, et je me suis plutôt intéressé, avec JL TERRA, aux liens entre les événements de vie et l'apparition du cancer. Cette voie de recherche nous semblait soutenue par le fait que l'idée d'une possible coïncidence entre un événement de vie et la maladie cancéreuse, était spontanément pressentie par les cancérologues. Nous avons fait une étude avec groupe témoin qui n'a rien montré de probant. Nous n'avons pas mis en évidence plus d'événements traumatisants dans le groupe de malades atteints de cancer que dans le groupe témoin.

Les praticiens s'interrogent à partir de cas qu'ils rencontrent, mais statistiquement rien n'est démontrable. Pourtant cela est important, car en recherchant spontanément une relation entre un événement de la vie de son malade et la survenue de son cancer, le médecin prend en compte un aspect psychologique de la maladie.

AR : Aucun travail n'a mis en évidence des corrélations statistiquement significatives entre des facteurs psychologiques et la cancérologie ?

JG : Je ne sais pas s'il y a eu des travaux récents dont je n'aurais pas eu connaissance. Une voie de recherche intéressante a été celle de l'étude des facteurs immunitaires. Une étude avait montré qu'une personne dont le conjoint était malade avait une chute significative de ses défenses immunitaires. Cela s'associait à un mouvement dépressif mesuré par des tests (HAMILTON) qui démontraient un parallèle entre l'augmentation du score dépressif et la baisse de l'immunité. Cela pourrait permettre d'expliquer une

cancérogène par le biais de la baisse des défenses immunitaires.

Personnellement, je me suis tourné vers l'étude de la dimension psychologique de la notion d'hérédité à travers l'analyse de ce que j'ai appelé le "*lien de filiation*", qui se définit : ce par quoi un sujet se situe et est situé par rapport à ses ascendants et descendants réels et imaginaires. Récemment, la recherche a fait des progrès considérables sur la prédisposition génétique au cancer. A travers des analyses d'observations cliniques, on peut explorer la façon dont le cancer est vécu dans le lien de filiation. Il n'y a pas là un rapport direct avec une psychogénèse du cancer, mais cela permet de comprendre le vécu psychologique d'un sujet lui-même cancéreux dont un parent, un enfant, un membre de sa fratrie est touché ou est décédé d'un cancer, ou d'une affection imaginée comme telle. On a ainsi l'impression que le fait d'avoir perdu, alors qu'on était très jeune, un parent de cancer s'inscrit comme une sorte d'inclusion psychique qui continue d'agir comme un corps étranger. Le cancer actuel est alors vécu comme résultant d'une destinée inéluctable. Cela entraîne des conséquences psychopathologiques tout à fait particulières, une forme d'anxiété spécifique qui s'inscrit dans l'idée d'être aux prises avec une puissance magique. Ainsi peuvent s'installer des mécanismes de contrôle très serrés face, par exemple, à la crainte que les choses n'arrivent parce qu'on les a pensées, ou pour conjurer des coïncidences perçues dans des événements marquant (dates anniversaires) et l'évolution de la maladie. Cela peut expliquer le recours de certains malades à des pratiques parallèles, dans la perception de la nécessité de contrôler de façon magique la destinée. Cela nous montre bien une façon très particulière de vivre et de se situer par rapport à son cancer.

AR : Pensez-vous que cela peut favoriser ce sentiment de honte que l'on rencontre si souvent chez les malades atteints d'un cancer ?

JG : Un secret est souvent à l'origine de la honte. En fait ce n'est pas le secret qui est pathogène, mais la relation au secret. Dans certains cas la honte survient parce que le sujet se sent pris dans la destinée d'une famille dans laquelle il y a un secret honteux, ou plutôt un secret vécu de façon honteuse. La honte est différente de la culpabilité. L'idée d'une culpabilité pourrait s'exprimer dans l'idée que le cancer survient comme une punition. La honte a plutôt à voir avec les origines et l'histoire familiale, comme la transmission à travers les générations d'un événement traumatisant.

Mais il faut aussi savoir à quel point la douleur déclenche le sentiment de honte. Beaucoup de médecins ne comprennent pas cela, et c'est pourquoi j'ai tant insisté, depuis longtemps, sur la nécessité primordiale de soulager la douleur. La honte survient parce que le malade se trouve dans la situation de devoir supplier

pour qu'on lui donne quelque chose. On comprend ainsi à quel point ces nouvelles méthodes algologiques qui permettent au malade de réguler lui-même son traitement antalgique sont un progrès considérable pour la santé psychologique du malade. Cela diminue la honte de devoir être dépendant de quelqu'un pour se soulager.

AR : Comment situez-vous la place des psychiatres ou des psychologues dans la prise en charge du malade atteint d'un cancer ?

JG : Je pense que leur action se situe dans la prise en charge des patients, mais aussi beaucoup au niveau institutionnel. Il se développe actuellement toutes sortes de techniques de psychothérapie qui ont leurs qualités. Personnellement je connais mieux celles qui sont issues de la psychanalyse qui, à mon avis, garde sa place tout à fait essentielle dans l'animation de groupes pour les soignants. J'ai moi-même développé la méthode des groupes BALINT. C'est une façon très intéressante de travailler avec les praticiens et les infirmiers. Pouvoir parler de leurs difficultés et de leurs angoisses les aide beaucoup dans leur rôle de soignant. Et les patients sont effectivement mieux soignés. La psychothérapie, dans sa forme dérivée de la psychanalyse, et même la psychanalyse ont leur place dans l'aide qui peut-être apportée à des malades atteints par le cancer, à tous les stades, jusqu'à la fin. Dans l'analyse, il y a un travail mental qui se fait, c'est un investissement extrêmement important du fonctionnement de la pensée qui peut déboucher sur des modifications positives des attitudes, sur des changements dans la philosophie de l'existence. J'ai suivi ainsi deux patientes jusqu'à leur décès, qui étaient devenues beaucoup plus libres dans la mesure où elles avaient pu accepter leur passivité par rapport à l'évolution de leur maladie. Pouvoir vivre mentalement la passivité permet de diminuer les besoins de contrôle, améliore le fonctionnement relationnel avec l'entourage, et entraîne un besoin de continuer à créer quelque chose. Il y a un réel plaisir dans la passivité, que les malades cancéreux ne s'autorisent pas. Cela pourrait être un travers des thérapies comportementales qui ont tendance à aller dans ce même sens de rigidification en offrant des techniques bien programmées qui renforcent le besoin de contrôles des malades.

Cependant il est vrai que les thérapies de type analytiques ne peuvent être proposées qu'à des personnes qui ont une certaine culture personnelle analytique, ou qui ont déjà fait elle-même une expérience analytique; ce qui restreint beaucoup les indications. Par contre les groupes BALINT, ou des groupes de discussion de cas, peuvent trouver leur place dans toutes les institutions médicales, et maintenant leur technique est bien développée pour s'adapter aux besoins des institutions médicales comme les CLCC.

AR : Je vous remercie.



GLOBAL PSYCHO-ONCOLOGIE IN THE NEXT MILLENIUM

3^{ème} congrès Mondial de Psycho-Oncologie

par JL Machavoine¹

Très belle organisation que celle de ce 3^{ème} Congrès Mondial de Psycho-Oncologie, qui s'est déroulé du 3 au 6 octobre 1996, au World Trade Center de NEW-YORK, sous la présidence du Pr Jimmie HOLLAND ; près de 1000 personnes venues du monde entier, même si la représentation nord américaine apparaissait écrasante. Une petite délégation de l'Association "Psychologie et Cancers"- Société Française de Psycho-Oncologie était conduite par le Dr R.FRESCO. Celui-ci venait soutenir notre demande d'affiliation à l'International Society of Psycho-Oncology, en affichant un poster de présentation de l'APC-SFPO. Les Drs A.GAUVAIN-PIQUARD et M.REICH présentaient, eux aussi, un poster l'un sur le traitement de la douleur et le burn-out des infirmières, l'autre sur les problèmes éthiques et psychologiques en oncogénétique ; Mme DATEE-LANDRY proposait un poster et un film sur l'expérience d'un groupe de soutien pour enfants dont l'un des parents est soigné pour un cancer.

Ce congrès a rendu deux hommages :
- Le prix SUTHERLAND du nom d'un psychiatre pionnier de la psycho-oncologie dans les années 50 à NEW-YORK a été remis au Dr GREER pour sa contribution à la recherche et au développement de la psycho-oncologie ces vingt dernières années. Co-fondateur de la Société Britannique de Psycho-oncologie il a été Professeur et Directeur du Service de Psychologie Médicale au Royal Marsden Hospital (G.B). Le Dr S.GREER a notamment travaillé sur les échelles d'évaluation de l'adaptation, sur la personnalité des patients cancéreux guéris et sur l'impact des psychothérapies adjuvantes en cancérologie.

- La médaille d'honneur pour "l'excellence clinique" a été attribuée pour la 1^{ère} fois, lors de ce 3^{ème} Congrès mondial, à Mme TOLE, du Tarta Memorial Hospital de BOM-

BAY (Inde). Mme TOLE a beaucoup travaillé pour la réinsertion physique et psychosociale de patients cancéreux en rémission. Elle a notamment mis au point des prothèses orthopédiques et développé des programmes de soutien psychologique, ce, avec des moyens financiers très limités. Formatrice de qualité, elle est aussi membre actif de l'I.S.P.O, assurant un lien avec le continent asiatique.

Ce congrès constituait donc l'occasion de mettre des visages sur des noms rencontrés au gré des bibliographies, mais surtout d'apprécier quelques unes des grandes tendances de la psycho-oncologie de demain à partir d'Outre-Atlantique :

- 1- Psychothérapies et réponses du système immunitaire.
- 2- Intérêts des groupes d'expression et de soutien pour les malades (ou les proches).
- 3- Place du soutien communautaire dans la vie des patients cancéreux et de leur famille ;
- 4- prise en compte de la dimension familiale et communication aux divers stades de la maladie.
- 5- Mesure de l'anxiété, de la dépression ; diagnostic des troubles psychotraumatiques pour mieux en assurer la prévention.
- 6- Evaluation de la Qualité de vie des patients cancéreux ; construction et validation d'outils adaptés à cette population.
- 7- Place de la spiritualité (valeurs, croyances) comme support adaptatif à la maladie cancéreuse.
- 8- Place de la psycho-oncologie et des soins palliatifs dans la formation des médecins et des para-médicaux. Toutes les conclusions s'appuyaient sur des réponses à des questionnaires, des scores à des échelles psychométriques ou à des classifications psychiatriques ; la plupart des études étant randomisées visant à donner aux résultats une valeur heuristique ; abondance de chiffres (une étude sur l'intérêt des groupes de soutien et

d'expression proposait jusqu'à 16 niveaux d'évaluation), mais très peu de place à la parole des patients, aux questionnements théoriques et pratiques des thérapeutes, encore moins aux problèmes institutionnels; l'impression confirmée par le Dr P.SALTEL, de retour d'un stage au Canada, que ces travaux de recherche en psycho-oncologie se trouvaient coupés de la réalité clinique quotidienne des lieux de soins, Barbara K.RIMER, présentant, en séance plénière, les grandes perspectives de la Psycho-oncologie concluait en disant "soyons du côté de la Science !" (dedans ?). Je dirais plutôt "à côté", "aux marges", relevant que la cancérologie, elle-même, ces dernières années, se voudrait plus modeste et plus soucieuse de l'humain.

Nous, psycho-oncologues, ne devons pas avoir comme unique perspective de produire un savoir légitimé scientifique parce que chiffré. Nous ne devons pas oublier que notre rôle, celui attendu par les cancérologues de terrain, consiste surtout à déchiffrer, à décoder des situations complexes.

Vieux débat, entre l'expérimentation et la clinique, toujours d'actualité dans une société en crise, en quête de moyens, mais aussi de valeurs humaines.

Une recherche de compromis est souhaitable à partir d'un statut de praticien-chercheur, tenant compte des attentes et des exigences, parfois contradictoires, parfois ambivalentes des différents partenaires : tutelles, directeurs, universitaires, médecins, infirmières, psychologues, psychanalystes, mais aussi associations de malades, familles.

La place accordée à ces derniers dans nos préoccupations renforcera, et réciproquement, la psycho-oncologie et c'est peut-être là un enjeu des années à venir, où le paradoxe Nord Américain n'apparaît pas des moindres.

JLM

¹ Psychologue. Caen

LE PROFESSEUR PELICIER N'EST PLUS

Notre Société est orpheline d'un homme d'une exceptionnelle intelligence. Il transfigurait l'ordinaire en remarquable. Il avait l'élégance du verbe qu'accompagnait un sens aigu de l'observation humaine.

Il rayonnait d'amitié ; on se sentait bien avec lui. Il était habité par la simplicité qui caractérise les grands esprits.

Le Professeur PELICIER a été Président de notre Société de 1992 à 1996. Originaire de la Faculté de médecine d'Alger, il possédait une solide formation clinique qui rendait compte de son aisance dans chaque discipline médicale.

Quelles que soient les expertises professionnelles que nous possédons dans nos domaines respectifs de compétence, il les magnifiait et les projetait dans un monde de valeur humaine qui les situait et les validait. Il avait la maîtrise de l'homme qui sait gérer les incertitudes.

Il apparaissait, pour la communauté des oncérologues, moins comme un psychiatre que comme un décrypteur et un auditeur de nos ambiguïtés et de nos interrogations. Il suggérait les chemins de réflexion plus qu'il ne les imposait.

Nous nous inclinons devant l'immense peine de son épouse et de ses enfants.

La Société Française de Psycho-Oncologie, dans toutes ses composantes, est en deuil.

Nous n'entendrons plus sa phrase familière : "Écoutez amis".

Le Professeur PELICIER n'est plus ; notre ciel s'est obscurci.

**Professeur Francis LARRA,
Président de la Société Française de
Psycho-Oncologie**

In memoriam : YVES PELICIER

L'intelligence, la bonté, le charme. Yves Pélicier offrit au monde pendant toute son existence l'entremêlement subtil de ces trois qualités. Comme vers treize heures je pouvais la porte de son bureau pour l'entretenir de quelque problème d'intendance, il se mettait à me parler de l'humour, de la grâce, de Pascal, de Dostoïevski. La tapisserie était somptueuse, la maille exacte, les couleurs chatoyantes. Il avait tout compris, et l'exprimait avec le sourire d'une joie féconde. J'avais beau alterner les volées hautes et les passing-shots, il rattrapait toutes les balles et me les renvoyait avec la vitesse de l'éclair. Mes remarques, ses rebondissements, ses raccourcis, tout s'intégrait. Je me retrouvais une heure plus tard, en retard et le ventre vide, ébloui et dynamisé pour plusieurs jours. Maintes fois cette aventure m'échut, renforçant notre complicité. Yves Pélicier était un prodigieux improvisateur. A la manière de Louis Armstrong ou de Charlie Parker, il était capable de magnifier les standards les plus répandus. Il pouvait rendre intéressants le mémoire ou la thèse les plus pitoyables, et bouleversant le patient le plus antipathique. Transfigurer fut sa manière de donner. A tout il trouvait de multiples sens, et il rapprochait les contraires avec la plus grande aisance. A Necker, à Bagnole, à Montbazou, devant les étudiants et les médecins, mais aussi à Rio, à Beyrouth, à Madrid, face aux monarques et aux

ministres, il parlait, captivant ses auditeurs. Mais c'était toujours un dialogue, celui d'un chercheur passionné qui fait partager son émerveillement et ne s'impose jamais. La conversation se continuait au-delà, à travers la nuit, à travers le monde, la conversation était sourires, bonhomie, découvertes. Yves Pélicier fut toujours en avance. Il sentit dès les années soixante la place considérable que tiendrait dans notre discipline la référence culturelle. La psychiatrie ne peut pas se couper de son histoire, de la culture, de la psychologie - et donc de l'économie, de l'éthique, de la morale. Pour accéder à celui qui souffre, il faut parler sa langue et connaître ses moeurs. Mais il faut comprendre aussi que la texture intime de ses troubles est faite d'une culture particulière, avec ses croyances et ses représentations, nourrie dans une niche écologique, transmise selon son code. Chacun souffre, mais les univers sont pluriels, les conjugaisons diverses ; ce sont des thèmes et des variations. Tout cela est accessible à une formalisation, si l'on déploie la patience nécessaire, si l'on sait écouter. De la sorte, dans cette communauté des sens, la psychiatrie est graduée, et il n'y a pas de frontière brutale entre l'homme sain et le grand malade. En 1964, à Marseille, rapporteur au Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, Yves Pélicier présenta une "Intégration des données sociologiques à la psy-

chirurgie clinique". Dans cet ouvrage très documenté, il appréhendait les principales théories sociologiques et culturelles de la personnalité, décrivait les affections spécifiques à certaines régions, et pressentait déjà les mutations profondes qui allaient marquer la psychiatrie de notre temps : le désarroi d'une jeunesse attirée par la drogue, la pathologie du migrant, le vieillissement de la population, la pathologie du travail et des ensembles urbains. A partir de ce maître-ouvrage, il rayonna en divers domaines : l'histoire, la philosophie, la phénoménologie - mais aussi l'étude des civilisations et des mentalités. Et s'il se passionnait pour ces nobles sciences, c'était pour mieux aborder le malade et le rendre plus proche.

Maintes fois, auprès d'un patient qui nous faisait sourire ou nous importunait, il sut redonner un sens à ses symptômes, les intégrer à sa tradition, à sa biographie. Tout ce qui sépare aujourd'hui de façon excessive l'action moléculaire des psychotropes et la plainte vulgaire du malade se trouvait comblé, miraculeusement. La psychothérapie s'ensuivait, bien évidente. Car il développait pour les mêmes raisons les thérapies les plus modernes : thérapies comportementales et cognitives, thérapies familiales, relaxation, thérapie des conduites alimentaires, thérapie des troubles du sommeil, thérapies de groupe.

Maintes fois, il organisa des colloques pluridisciplinaires qui rassemblaient en une bienheureuse convivialité d'éminents spécialistes, littéraires, historiens, philosophes. Rappelons quelques étapes parmi tant d'autres :

- 1973 : le colloque sur l'hystérie : Yves Pélucier montre que la conversion est une machine qui partage l'individu et cherche son modèle dans le terreau culturel. L'hystérique est celui qui "communique sans cesse comme si le silence pouvait mettre à nu une vérité insoutenable". Mais c'est aussi l'occasion de rééditer le "Traité des vapeurs" de Pierre Pomme (1763) qui nous invite à la modestie en opposant, déjà, les solidistes et les humoristes ;

- 1979 : l'année Tellenbach. Yves Pélucier fait traduire et publier aux Presses universitaires de France "La mélancolie", l'oeuvre maîtresse du phénoménologue de Heidelberg. Il comprend que la dépression ne peut pas se réduire à un trouble de l'humeur. Le destin personnel du mélancolique est impliqué, avec son sens du devoir, son engagement social, son dévouement au travail. L'événement déclenchant active une psychologie prête à se mettre en place ; ce sont les configurations de l'inclusion et de la rémanence ;

- 1984 : le colloque sur les Ecoles de Vienne. Yves Pélucier dirige cette vaste symphonie où se retrouvent les plus grands et les meilleurs amis. C'est un flam-

boisement de culture et de références, mais c'est aussi l'occasion d'indiquer comment la concentration d'une époque génère un monde psychogénique et paradigmatique qui nous imprègne encore. Il ne s'agit pas ici de psychiatriser Kafka, Canetti, Zweig ou Musil, mais de saisir que la psychologie de l'un ou de l'autre peut habiter certains et dégénérer en souffrance. Artistes, philosophes et littéraires charrient et thématisent ces forces sémantiques qui peuvent çà et là se densifier, ou hélas exploser en de monstrueux boursofflements. Yves Pélucier, grand chef d'orchestre, continue son parcours, à l'aise dans le monde entier. Il est souvent en terres hispanophones ou méditerranéennes, au Brésil auprès de Jorge Costa e Silva, au Portugal avec Antonio Da Fonseca, en Espagne avec Francisco Alonso-Fernandez. Les années passent, toujours aussi somptueuses, l'éthique prend le relais de la psychiatrie. La psychiatrie ne vit pas coupée de la culture, la médecine non plus. A la faculté Necker, avec Christian Hervé, il crée le DEA d'éthique bio-médicale. Après avoir pesé les risques de la toxicomanie, des migrations, du vieillissement des populations, Yves Pélucier comprend que l'Occident n'a pas d'avenir s'il ne retrouve pas une morale et ne prend pas en compte les réalités économiques. Sa course s'arrête cinq jours après qu'il ait dirigé un colloque au Vatican, à l'Académie pontificale.

Méditerranéen, Yves Pélucier appréciait Paul Valéry dont il citait volontiers les "Cahiers" et le recueil de "Charmes". De cette affinité, il tenait une abondance limpide, cernée, sûre d'elle et parnassienne. Eloigné des brumes tragiques et souvent obscures du Nord, il aimait la clarté du Sud, son respect et son humour. Sa quête enjouée, cette improvisation sur le savoir, son dédain de tout calcul intéressé le rapprochent des plus grands et des plus humbles. Il parle, il est heureux, il rend heureux. Yves Pélucier évoquait souvent le sébastianisme, cette croyance étrange des Portugais du XVI^e siècle qui refusaient d'admettre la mort du roi Sébastien 1^{er} et attendaient son retour. Avec son inscription dans l'histoire et sa lumière fantastique, ce délire me plaît et me rassure. Oui, Yves Pélucier est en une terre lointaine, dans quelque bout du monde ensoleillé, il parle avec ses amis, heureux de connaître et de découvrir.

Q. DEBRAY

**Professeur de psychiatrie, CHU Necker,
Paris**

*Texte paru en tant qu'éditorial de Synapse,
décembre 1996, N° 131, publié ici avec l'aimable
autorisation de reproduction de la Revue Synapse.*



DE L'INSTALLATION DE LA PSYCHO-ONCOLOGIE ET DE LA PREPARATION DES PSYCHOLOGUES ET PSYCHIATRES POUR Y REUSSIR.

(exposé consécutif à "vingt ans de Psychologie et Cancers" par R.FRESCO lors du XXème Anniversaire de l'Association Psychologie et Cancers)

Par le Professeur C.CHARDOT¹

La psycho-oncologie n'a pas reçu en France le développement qu'elle mérite². Notre Association doit s'efforcer d'y remédier pour améliorer l'exercice clinique, l'enseignement et les recherches. Pourquoi la mise en place d'unités de psycho-oncologie dans les centres anticancéreux, les hôpitaux et les cliniques privées est-elle si lente ?

L'obstacle financier est réel puisqu'il s'agit de créer des postes : mais on en a installé bien d'autres pour répondre à des besoins nouveaux du service hospitalier. Cette difficulté ne doit pas en cacher d'autres. Le XXème anniversaire de notre Association est le moment de les évoquer et de proposer des remèdes.

Un premier constat, c'est que trop peu de psychiatres s'intéressent à la psycho-oncologie, ou ne s'y consacrent qu'à temps réduit, sans s'intégrer vraiment dans le groupe des cancérologues.

Ensuite, il faut constater que les insertions de psychologues auprès des malades et des personnels soignants, ne sont pas toujours réussies.

J'ai rassemblé les observations défavorables entendues depuis une dizaine d'années, de la bouche de médecins de centres anticancéreux et d'hôpitaux, de celle de différents personnels soignants, de psychologues et psychiatres expérimentés et bien insérés, de celle de malades aussi, avec celles que j'ai faites moi-même en diverses circonstances. Leur énumération donne une addition déplaisante alors qu'elles ne sont pas réunies chez un même psychologue débutant : c'est un peu comme au théâtre quand on charge un personnage de tous les péchés du monde. Je prie les lecteurs de m'en excuser.

La qualité des contacts avec les malades et les familles peut-être insuffisante ou mauvaise.

- L'angoisse du jeune psychologue frais émoulu de la faculté devant le malade et sa maladie, au milieu les soins et des technologies hospitalières, peut le paralyser. De plus, l'absence de rudiments médicaux (il n'en a souvent reçu aucun) ne lui permet pas de saisir le contexte dans lequel se trouve le malade.

L'angoisse et l'inexpérience du psychologue peut le conduire à une fuite vis-à-vis du malade. Il réduit alors son action à la tenue de groupes de parole et à des conversations individuelles pour essayer de soulager les soignants des peines qu'ils éprouvent auprès des grands malades. Mais est-ce possible de soulager un mécanicien de ses difficultés et de ses échecs sans être soi-même mécanicien ? - D'autres fois, le jeune psychologue trop marqué par les adages des écoles freudiennes, répandus comme remèdes universels à tous les maux de l'esprit, assimile les souffrances intérieures du malade à une névrose. Il prétend soulager par un entretien du genre psychanalytique et la démarche risque fort d'être mal perçue. La psychanalyse ne peut avoir qu'un intérêt occasionnel sur une indication clairement posée cas par cas. "Timeo hominem unius libri" !

L'homme face aux privations anatomiques et fonctionnelles, relationnelles et affectives, intellectuelles et culturelles, face aux avoirs et aux pouvoirs perdus à l'occasion d'une maladie grave, fait une expérience plus étendue et plus profonde que les précédentes auxquelles il a fait face. Il n'y a pourtant pas de différence radicale de nature entre les unes et les autres. L'expérience de privation est inhérente à la vie humaine et n'induit pas forcément une pathologie mentale. Toute personne expérimentée sait bien que les souffrances intérieures du grand malade ne relèvent pas simplement d'une neuropharmacologie, d'une psychothérapie ou parfois d'une psychanalyse. Au delà, il faut aussi aider à l'acceptation du réel, au développement d'une sagesse, au dépassement des privations par une croissance intérieure et par une élévation de la qualité des relations à autrui. Il faut pour aider ce malade une sagesse, une culture et une générosité que le soignant, quelle que soit sa formation professionnelle, n'acquiert lui-même que progressivement par ses expériences personnelles de la souffrance et par celles qu'il a accompagnées chez autrui : maturité nécessaire, culture intérieure. qu'aucune panacée technique ne peut remplacer.

On observe aussi des difficultés d'intégration du jeune psychologue dans l'équipe soignante.

- Parmi les soignants, il y a des préjugés parce que leurs expériences hors l'hôpital ne les ont pas toujours convaincus de l'efficacité du psychologue, ou parce que des tentatives intra-muros précédentes ont été décevantes.

- Il arrive aussi que les soignants soient effrayés par l'analyse froide du jeune psychologue, telle que le malade leur en fait la recension. Il faut une empathie et un investissement personnel. Les médecins eux-mêmes sont parfois justement critiqués parce qu'ils se cantonnent dans leur technicité. Si les psychologues en font autant en déployant la leur, ils ne prennent pas la place qui est attendue d'eux.

- Parfois encore il arrive que le jeune psychologue ait une attitude captative avec l'idée de détenir un savoir et un savoir-faire exclusif des autres. Il fait comme si les soignants étaient dénués de toute capacité à l'aide psychologique, et à toute action utile hors les soins corpo-

¹ Professeur Emérite de Chirurgie Cancérologique de l'Université de Nancy I.

Directeur Honoraire du Centre de Lutte Contre le Cancer de Lorraine (Centre Alexis Vautrin)

² N.ALBY a présenté un état des lieux à la Ligue Contre le Cancer en 1995.

rels. C'est évidemment le meilleur moyen de les blesser ; et n'est-ce pas aussi une prétention abusive ? Le professionnalisme du jeune psychologue ne doit pas lui interdire d'être psychologue.

- Si d'aventure un langage ésotérique, un peu lacanien par exemple, s'interpose entre psychologues et soignants, il nuira gravement à la communication et les hospitaliers peuvent y voir plutôt un cache-misère qu'une connaissance utile.

- En cancérologie, les démarches du soignant se résument bien dans une formule traditionnelle : "guérir parfois, soulager souvent, consoler toujours". L'aide morale des soignants, c'est fondamentalement d'aider le malade et sa famille à faire face à la maladie, au poids du traitement et aux changements de l'existence qui en résultent, y compris ceux de l'échec ("coping" des anglosaxons). Le psychologue avec sa compétence propre doit s'intégrer dans ce projet de l'équipe soignante. Il ne doit ni se tenir, ni être tenu à l'écart de la pluridisciplinarité acceptée par les uns et les autres. Le psychologue ne fera pas reconnaître son utilité en se démarquant de ces démarches : il doit apporter un complément original au travail d'accompagnement de l'équipe soignante.

Certaines recherches sur la psychogenèse des cancers peuvent instaurer un malaise.

Découvrir la cause des cancers dans des états de souffrance psychologique est affaire difficile. Il ne faudrait jamais entreprendre de telles recherches sans avoir fait un tour d'horizon médical et scientifique sérieux avec des cancérologues compétents sur l'étiologie et la cancérologie de la localisation cancéreuse concernée.

Des travaux psychologiques entrepris sans ce préalable peuvent discréditer l'oncopsychologie.

Comment le psychologue dénué de toute formation biologique, épidémiologique et cancérologique pourrait-il se lancer seul dans une étude d'oncogenèse ? Des travaux inutiles, par exemple sur la psychogenèse des cancers du poumon, révèlent une ignorance quasi-médiévale du chercheur à l'égard de travaux concluants depuis 50 ans. Quelle perte de temps, faute d'avoir reconnu la carcinogenèse chimique sur l'arbre bronchique ! Par contre, le psychologue et le sociologue ont beaucoup à faire en amont pour la prévention et le sevrage du tabagisme qui est la cause directe 19 fois sur 20 du cancer du poumon.

Il n'est pas raisonnable non plus d'accuser le corps médical d'une recherche systématique de la cause des maladies dans l'organicité : on enseigne depuis longtemps en médecine le rôle des facteurs psychogènes dans l'apparition de la maladie de Basedow, de l'ulcère gastroduodénal, de la rectocolite hémorragique, de l'hypertension artérielle, de l'angine de poitrine, et de bien d'autres maladies.

Des facteurs psychogènes favorisant l'expression clinique ou l'aggravation des cancers par immunodépression sont possibles, encore faut-il le prouver. On y parviendra probablement avec des recherches pluridisciplinaires de psychologues et de cancérologues cliniciens et fondamentalistes.

Les remèdes.

Qu'il s'agisse de difficultés d'insertion auprès du malade et de sa famille, dans l'équipe soignante, ou avec les cancérologues chercheurs, il faut s'efforcer de les résoudre. Les travers cités concernent des psychologues débutants, non préparés à la vie hospitalière et ignorant tout de la cancérologie. Les psychologues et les psychiatres expérimentés connaissent ces difficultés des jeunes. Leur dénominateur commun, c'est l'absence de préparation théorique et pratique à l'insertion en milieu hospitalier et cancérologique. Notre Association a là un rôle essentiel à jouer.

Il faut d'abord recruter des psychiatres plus nombreux :

- parce que les malades mentaux font des cancers comme les autres et qu'il faut des psychiatres comme il faut des cardiologues et tous autres spécialistes d'organe dans les établissements cancérologiques,

- parce qu'une pathologie mentale se développe parfois à l'occasion de la maladie et de son traitement,

- parce que le psychiatre, étant médecin, fait la meilleure interface entre les psychologues, les cancérologues et leurs collaborateurs paramédicaux spécialisés. Il doit faciliter leur bonne insertion et doit en être le coordonnateur.

Sa formation initiale, théorique et pratique, dans le cadre du curriculum de doctorat en médecine doit cependant être renouvelée, approfondie, modernisée. Le médecin psychiatre doit s'intégrer dans le groupe pluridisciplinaire des chirurgiens, radiothérapeutes et oncologues médicaux à raison d'un tiers ou d'un mi-temps pour le moins.

En ce qui concerne les psychologues, c'est courir à l'échec et au discrédit de la psycho-oncologie que de les intégrer comme on l'a fait trop souvent dans le passé quand ils sortent d'un DESS de psychologie clinique, sans autre expérience de la relation avec le malade que quelques mois de stage en psychiatrie.

Il faut que les futurs onco-psychologiques soient sélectionnés d'après leur motivation, qu'ils soient familiarisés avec le malade organique et préparés à la vie cancérologique. Il faut qu'ils bénéficient d'une initiation aux structures de l'hôpital, aux rôles des différents soignants, qu'ils acquièrent quelques connaissances des cancers, de leur origine, de leur évolution, des moyens de diagnostic et de traitement et des situations de guérison et d'échecs. Comment pourraient-ils aider utilement cette dame porteuse d'un cancer du sein de 2 cm de diamètre qui a 9 chances sur 10 de guérir complètement avec un traitement radiochirurgical conservateur, sans distinguer son cas de celui de la voisine qui est en fin de vie avec un cancer du sein métastatique ?

Notre Association doit mettre en place des cycles de formation pratique pour les psychologues, une véritable école d'application en psycho-oncologie.**

Il faut le faire en milieu hospitalier pluridisciplinaire pour qu'ils apprennent à connaître les lieux et les

moyens de traitement, pour qu'ils rencontrent les professionnels, les bénévoles, l'assistante sociale, les aumôniers, et d'autres contributeurs, pour qu'ils découvrent les ressources humaines qui vont concourir avec eux au soutien des malades et des familles.

De manière plus générale, il faut dire aussi que l'Association gagne beaucoup chaque fois qu'elle s'ouvre plus largement à tous les précédents acteurs. Elle doit recruter plus de jeunes médecins et chirurgiens consacrés à la cancérologie, plus d'infirmières, plus de bénévoles, des aumôniers de différentes confessions, peut-être des représentants d'anciens malades. Les réunions nationales et régionales des dernières années qui ont fait cette ouverture ont connu de grands succès.

Enfin la psycho-oncologie ne doit pas réduire ses ambitions à l'aide des malades curables ou non.

La psycho-oncologie doit s'étendre à d'autres démarches de la lutte contre le cancer. Elle doit contribuer à l'amélioration psychologique de la prévention (tabagisme, alcoolisme, éducation sanitaire diététique, etc...) et du dépistage (des cancers du sein, de l'utérus, du gros intestin, etc...). Je souhaite que ces réflexions contribuent à poursuivre et à étendre les efforts entrepris depuis 20 ans au sein de notre Association.

C.C.

**Les deux semaines tenues au Centre de Lutte contre le Cancer de Nancy en février et mai 1995 au titre d'une initiation à l'oncopsychologie ont été très instructives et encourageantes. Elles ont conduit à planifier une pédagogie avec les collaborations nécessaires, à voir l'intérêt des psychologues et leur capacité à assimiler un tel enseignement. Le programme détaillé est disponible à l'Association pour ceux qui désirent l'étudier.

NOUS AVONS DEMANDE A QUELQUES PERSONNES QUI ETAIENT INTERVENUES APRES LA COMMUNICATION DE MONSIEUR CHARDOT DE LIRE LE TEXTE QU'IL NOUS A ENVOYE, PUBLIE CI-DESSUS, ET DE NOUS DONNER LA REPONSE QU'ILS SOUHAITAIENT Y APPORTER.

A PROPOS DE LA PREPARATION DES PSYCHOLOGUES DANS LE CHAMP ONCOLOGIQUE :

Par J.L. MACHAVOINE³

J'ai souhaité répondre au Professeur CHARDOT, dont l'intervention orale lors des journées de Marseille en décembre 1995, m'avait semblé constituer un véritable réquisitoire contre les psychologues et leur formation. J'ai pu me référer au texte publié ci-dessus.

L'inexpérience, voire l'angoisse du jeune praticien, devant le malade et la maladie grave, se retrouvent dans toutes les professions de santé. Elle n'est pas l'apanage des seuls jeunes psychologues. Et cette anxiété peut même persister chez des professionnels dit "aguerris", trop peut être, pour se traduire dans des manifestations de prestance, ou bien encore de fuite et d'évitement. Souvenons-nous des remarques, pleines d'humilité, de R. SCHAEERER, dans l'émission télévisée "Voyage au bout de la vie", réalisée par B. MARTINO en 1984.

Sur l'intérêt des groupes de parole animé par un psychologue, non impliqué directement dans les soins, nous avons montré, avec toute l'équipe du Comité de Pathologie Mammaire du Centre François Baclesse de Caen (1990), qu'une telle pratique pouvait avoir des effets favorables, en termes de baisse de niveaux d'anxiété, tant des soignants que des malades hospitalisés. Il ne serait donc pas nécessaire d'avoir les mains dans le cambouis pour être efficace, ce, pour reprendre la métaphore du mécanicien ! E. RAIMBAULT, F. BAILLET, R. SCHAEERER, M. ABIVEN, P. GUEX et bien d'autres avant nous, avaient déjà affirmé l'importance de ces temps de parole pour une équipe soignante de cancérologie ; certains d'entre eux soulignant l'intérêt d'une extériorité de l'animateur du groupe.

Ce regard extérieur du psychologue est sans doute ce qui intéresse le plus les cancérologues qui collaborent avec nous. Il ne s'agit pas de les dépouiller de l'humanité de leur métier, mais de les aider à mettre en oeuvre leurs capacités relationnelles, parfois occultées derrière la technicité. Pour cela, il nous faut accepter cette position inconfortable "d'intrus", mi-dedans, mi-dehors, à même d'assurer ce regard et ce discours critique, devant rester bienveillant, sur la pratique médicale. C'est peut être là que la résistance et la crainte à notre égard viennent se cristalliser.

La référence psychanalytique ne devrait avoir "qu'un intérêt occasionnel", rappelons que la grande majorité "des psychologues expérimentés, bien insérés en cancérologie", en France, se réclament ouvertement de la psychanalyse, quant ils ne sont pas psychanalystes eux-mêmes. La théorie freudienne reste, un siècle après sa naissance, un modèle de compréhension du fonctionnement psychique qui, certes n'a pas valeur de loi, mais se trouve tout à fait adapté à la prise en compte de la souffrance psychologique, notamment de patients cancéreux ; souffrance psychologique dans ses ressorts conscients et inconscients. Rappelons, qu'une pratique sérieuse inspirée de la psychanalyse ne s'acquiert qu'après un long temps d'expérience et de formation personnelle, théorique et clinique, que l'université ne peut assurer. Les psychologues qui se sont facilement insérés en cancérologie avaient souvent déjà de l'expérience dans d'autres champs.

Evidemment, ceux d'entre nous qui veulent travailler avec des somaticiens doivent veiller à communiquer dans un langage accessible. Mais cette recommandation voudrait de part et d'autre, car l'on sait bien que l'intellectualisation, l'hermétisme, voire le dogmatisme, sont

³ Psychologue - Psychothérapeute, Caen

des défenses pour maintenir l'autre à distance et éviter la communication.

En ce qui concerne la préparation de jeunes psychologues à exercer en oncologie, il me semble que des stages et une expérience en psychiatrie constituent un préalable fondamental pour assurer une formation solide en psychopathologie. La psychopathologie constitue le socle de toute approche dynamique (niveaux d'angoisse, conflits psychiques, mécanismes de défense) et l'on peut regretter avec le Pr. E. ZARIFIAN (1996) que cette discipline tende à ne plus être enseignée en France, à l'université, que dans les U.F.R. de psychologie ! Comment repérer des mécanismes tels l'ambivalence, l'identification projective, ou le clivage, qui apparaissent finement dans le champ oncologique, si on ne les a pas compris en côtoyant des schizophrènes, chez qui ils existent massivement ? L'attrait immédiat de certains étudiants en psychologie pour les services de soins somatiques, outre le dramatique problème de débouché professionnel qu'il reflète, traduit souvent d'une fuite devant la maladie mentale. Méfions-nous, dès lors, nous aussi, de l'affirmation d'une identité de psychoncologue, venant se substituer totalement à celle de psychologue ou de psychiatre. Garder un ailleurs, psychiatrique, psychanalytique, ou universitaire, constituerait une garantie pour préserver nos références indispensables à ce regard extérieur et critique évoqué plus haut.

Une formation spécifique en psycho-oncologie, comme le propose C. CHARDOT, ne devrait s'envisager qu'après un cursus déjà effectué et un diplôme de 3^e cycle universitaire, à visée professionnelle, dûment obtenu. Un surcroît d'exigences à l'égard des seuls psychologues masquerait difficilement une ambivalence nourrie du sentiment mêlé de désir et de crainte ; ambivalence manifeste et renforcée par l'insuffisance... Il ne faudrait donc pas que cette "école d'application en psychologie" n'ait comme projet que de normaliser ce qui pourrait déranger et interpeller un ordre établi ; J. CLAVREUL (1975) avait parlé d'antinomie du discours médical et du discours psychanalytique. Heureusement, N. ALBY (1990) se veut pragmatique et rassurante en formulant les choses ainsi : "Le psychologue dérange pour arranger !".

J.L.M.

bibliographie:

- ALBY N. (1990) : Communication à la Journée Régionale de l'Association Psychologie et Cancers : "Pour la chute d'un mur", Lyon, 27 avril 1990.
- CLAVREUL J. (1975) : L'ordre médical. Paris, Seuil.
- MACHAVOINE J.L., GENOT J.Y., DELOZIER T. et al. (1990) : "L'intervention d'un psychologue en cancérologie : bilan psychométrique d'une recherche action" in : Psychologie, Cancers et Société sous la direction de Y. PELICIER, P.U.F., Paris 1994.
- ZARIFIAN E. : "Les deux psychiatries"
In : Cinquante ans de clinique psychiatrique.
Revue Psychiatrie Française, vol. 27, 1/96.
- ZARIFIAN E. : "Les médicaments en question" in :
Journal des Psychologues, n° 142, Nov. 1996.

REPONSE de M. ABIVEN au Professeur CHARDOT

Le Comité de rédaction de la lettre de l'Association Psychologie et Cancers me demande de rapporter mes réactions au texte que le Professeur CHARDOT a proposé à la Lettre de Psychologie et Cancers, suite à l'exposé qu'il avait fait lors des journées du XX^e anniversaire. N'ayant pas gardé de notes de mon propos à cette occasion, je ne suis pas certain que mes remarques, ici, correspondent exactement à mon intervention de l'année dernière. Je pense pourtant qu'elles en gardent l'esprit.

Je suis entièrement d'accord avec le Pr CHARDOT pour penser qu'il est important de mettre en place un enseignement spécifique pour assurer la formation des psychologues qui s'orientent vers une activité en onco-psychologie. Il est certain que la formation en psychologie donne peu d'ouverture vers la clinique somatique dont les psychologues en cancérologie auront grand besoin pour s'intégrer aux équipes soignantes de cette discipline et pour comprendre les problèmes tout à fait spécifiques qui sont les leurs, comme aussi ceux de leurs malades. On ne peut qu'approuver les propositions du Pr CHARDOT dans ce sens.

Ceci étant dit, je me permettrai trois remarques au sujet de l'intervention du Pr. CHARDOT :

La première, est qu'il ne me semble pas, que la meilleure façon de défendre la cause d'une formation spécifique en onco-psychologie, soit de montrer toutes les erreurs que peuvent commettre de jeunes psychologues mal formés, au sein des équipes de cancérologie. On pourrait tenir exactement le même propos au sujet de jeunes médecins qui travailleraient dans des services de cancérologie sans avoir reçu la formation adéquate pour ce faire. Pour ma part, j'aurais plutôt souhaité que soient montrés en exemple, un certain nombre de psychologues compétents travaillant avec des équipes de cancérologie, dont certains sont d'ailleurs des piliers de notre Société, et dont nous pouvons mesurer tous les jours l'apport irremplaçable qu'ils fournissent à nos travaux.

La deuxième remarque que je souhaiterais faire est la suivante. D'accord avec le Pr CHARDOT pour l'intégration des psychiatres aux équipes de psycho-oncologie. Mais le problème reste ici le même que pour les psychologues. L'évolution actuelle de la psychiatrie vers une discipline plus organiciste et chimiothérapeutique ne forme pas toujours les psychiatres à l'écoute attentive des tensions inconscientes derrière le discours logique de leurs patients. Certains jeunes psychiatres sont aujourd'hui surtout des chimiothérapeutes. Ils ne seront pas mieux équipés que les jeunes psychologues dont parle Monsieur CHARDOT, pour répondre à l'attente des malades cancéreux ou des équipes qui les ont en charge.

Dernière petite remarque, enfin, concernant son "coup de patte" à la psychanalyse. N'oublions pas, quand même, que c'est elle qui nous a ouvert à l'immense domaine de l'Inconscient sans la compréhension duquel on ne progressera pas beaucoup en onco-psychologie.

M.A.

Psychologue en cancérologie : un défi ou la continuité logique d'un enseignement de qualité ?

par Marie-Frédérique BACQUE*

L'intégration de notions de médecine plus que substantielles dès les années du cursus de psychologie

Le programme de formation des psychologues a depuis longtemps intégré des notions concernant la physiologie, les grandes fonctions biologiques, l'évolution des espèces et bien sûr le fonctionnement normal et pathologique du corps humain. Il existe même une discipline intitulée "Psychologie de la santé" qui s'adresse dès la licence à tous les étudiants qui souhaitent approfondir d'emblée les conséquences psychologiques des maladies et, inversement l'impact de la psychologie sur la santé.

La grande majorité des psychologues connaissent donc au minimum le programme de biologie des étudiants en médecine dès leur première année, tandis que les années suivantes ils approfondissent la neuro-anatomie et la plupart des grandes fonctions du corps humain. Quant aux diplômes spécialisés (DESS de psychologie clinique et pathologique en particulier), ils permettent de comprendre et de retenir des notions de médecine plus qu'élaborées dans les unités de valeur intitulées : "Psychologie des malades somatiques", ou encore "fonctions du psychologue hospitalier". Ces unités de valeur existent sous des titres variables dans la plupart des universités françaises. Leurs programmes comportent des thèmes variés tels que l'étude des événements de vie, des notions de neuro-psycho-immunologie, l'impact du deuil sur la santé (1), l'alexithymie (2), la dépression et l'anxiété dans les maladies chroniques, etc...

Que font les étudiants de ces connaissances concrètes ?

En DESS, cinquième année qui précède l'obtention du diplôme de psychologue, les étudiants peuvent apprendre à rédiger une demande de contrat de recherche tel qu'il en existe à l'INSERM, ils apprennent surtout à mettre au point un véritable travail scientifique que constitue leur mémoire de fin d'études. Ce mémoire, qui n'a franchement rien à envier aux thèses de médecine leur permet de mener un travail approfondi. Par le résumé et l'éventuelle publication qu'ils en font, il leur permet de créer un "produit" scientifique, c'est-à-dire d'aller jusqu'au bout en communiquant à la communauté leurs résultats. Ainsi, les enseignants espèrent former un clinicien complet : à la fois à l'écoute des patients et des soignants mais aussi oeuvrant pour apporter leur obole à la recherche. Ici, médecine et psychologie sont des alliées, de même qu'au sein d'un service, le psychologue semble l'allié évident des médecins et soignants.

Quelles sont les fonctions d'un psychologue en service de médecine (de cancérologie) ?

Il est loin le temps (1983) où lors d'un des premiers congrès de psychologie et cancers, j'écrivais avec Daniel KIPMAN et Martine RUSZNIEWSKI, qu'il existait aussi des psychologues E.T. Nous avions voulu parodier à

l'époque, le comportement de psychologues parachutés dans des services où ils étaient non seulement étrangers aux pathologies traitées mais aussi étrangers à eux-mêmes... Depuis, nous avons la prétention de dire que les psychologues savent où ils vont et apprennent à se connaître avant de pénétrer dans des lieux aussi difficiles. Quelles spécificités ont les psychologues en cancérologie ?

1- L'aide à la révélation du diagnostic.

C'est une aide totalement indirecte. Le médecin est responsable de l'annonce du diagnostic. En revanche, l'aide du psychologue est précieuse pour comprendre la nature des difficultés à annoncer un diagnostic de maladie chronique ou mortelle. Décrypter les mécanismes de défense du patient, aménager la révélation, trouver en commun au sein de l'équipe les mêmes explications de la maladie (et non pas présenter à chaque fois un "mensonge différent"), trouver le bon moment, tout ceci découle d'une vraie connaissance clinique du patient.

2- L'approche clinique.

Parlons justement clinique : le médecin hospitalier actuel reste souvent retranché derrière ses examens cliniques. Tout comme certains ne peuvent parler qu'en tenant la pancarte du patient à bout de bras comme une frontière qui les séparerait de lui, certains médecins se protègent de la relation grâce à des recherches biologiques, statistiques et iconographiques tous azimut dont la sophistication dépasse l'intéressé (et surtout la sécurité sociale).

La clinique devrait bien être réhabilitée en médecine ! On a parfois l'impression que seuls les psychologues ont le temps de passer une demi-heure assis auprès du malade ! Dans la course effrénée que constitue les allées et venues du patient pour ses examens, ses cycles de chimiothérapie à l'hôpital de jour, ses bilans mensuels, il reste peu de temps pour souffler. Le médecin donne bien une tape amicale sur l'épaule du malade, mais est-ce ce paternalisme à l'ancienne qui peut remplacer ce qu'Hippocrate lui-même prônait comme le soutien essentiel du patient ? Le travail clinique psychologique, c'est non seulement une écoute, mais c'est une écoute active (3). Loin d'être forcément interprétative, elle décrypte les non-dits, elle permet la canalisation des émotions, elle autorise le malade à s'écouter lui-même et donc à prendre conscience des mots et de leur valeur. Quand on sait ce que les euphémismes qui qualifient souvent les cancers signifient, on peut alors avancer au lieu de répéter constamment : "ce malade ne comprend rien ! Il ne veut rien savoir ! Je lui avais pourtant bien dit !".

3- La qualité de vie

Le troisième type d'apport du psychologue découle directement du précédent. Si le patient est plus à l'aise pour parler, pour questionner (je demande souvent aux médecins et aux psychologues de terminer un entretien où une nouvelle importante a été révélée, de demander en fin d'entretien au patient s'il a des questions à poser), alors le suivi de ses traitements sera plus efficace. Ainsi je prétends qu'un soutien psychologique (pas une psychothérapie, mais de simples entretiens réitérés à la demande et faisant l'objet d'un contrat avec horaires

fixés entre les partis et respect de l'intimité) permet d'améliorer la compliance des patients. Des études comparatives sont menées actuellement sur le sujet pour donner des preuves concrètes de ce que j'avance (4). Enfin la prise en compte de la subjectivité du patient peut seule indiquer les améliorations à apporter à chaque malade pour lui permettre de mieux supporter des traitements souvent très agressifs. Dans les études de qualité de vie, cette subjectivité est enfin prise en compte et montre que la réponse favorable à un traitement est aussi liée à la personnalité du malade. Mieux connaître cette personnalité permet d'adapter mieux les traitements, mais parfois aussi d'y renoncer avec moins de regrets pour le médecin. Les soins palliatifs nous ont apporté cette acceptation du renoncement à traiter à tout prix. De même qu'une intervention psychologique permet parfois à un soignant en état d'épuisement professionnel de changer de poste de travail, elle permet aussi au corps médical de passer du curatif à tous crins au palliatif. Je n'évoquerai pas ici les nombreux services rendus par les psychologues, en termes psychométriques. Grâce à ses outils spécifiques le psychologue permet de mieux comprendre une symptomatologie dépressive ou anxieuse, des signes de dégénérescence cérébrales ou encore de départager les effets secondaires des médicaments (je pense aux corticoïdes ou aux états de choc opératoires) d'un trouble de la personnalité.

Mais je me centrerai sur la polémique psychologue/psychiatre pour aborder des problèmes de psychologie médicale. Je soutiendrai évidemment ma "paroisse" bien que je ne sois aucunement opposé aux psychiatres. Je remarque simplement qu'un psychologue en service de médecine est un lien intéressant entre ce dernier et le service de psychiatrie le plus proche. Alors que les psychiatres de garde sont souvent de jeunes internes qui ne connaissent évidemment pas les malades de cancérologie, le psychologue peut être l'interface avec les médecins de son service des difficultés du malade. En lui présentant celui-ci, en allant avec lui dans la chambre il réduira d'autant les préjugés qui font qu'un psychiatre est souvent mal perçu. Enfin en argumentant les traitements proposés et en les développant devant les soignants, le psychologue évitera le rejet de thérapeutiques inhabituelles et mal maîtrisées par les soignants. C'est ainsi que des schizophrènes chroniques ont pu être hospitalisés en pneumologie pour leur cancer du poumon, tandis qu'un patient développant un accès mélancolique sous corticoïdes a pu rester dans son service plutôt que d'être transféré en psychiatrie.

En conclusion

Je ne m'étendrai donc pas dans cette démonstration qui milite littéralement pour la collaboration thérapeutique entre l'ensemble de l'équipe soignante pour le plus grand bien du malade. Un psychologue ne pourra jamais se dire totalement formé pour son métier en cancérologie, mais avec son ouverture clinique et sa volonté de préserver l'identité de la personne humaine, ses qualités seront, j'en suis persuadée de plus en plus recherchées et mises à l'œuvre.

REFERENCES

- 1- BACQUE M-F. Le deuil à vivre. Paris. O. Jacob. 2de édition révisée. 1995
- 2- PEDINIELLI J-L. Psychosomatique et alexithymie. Paris. PUF. 1992
- 3- HUBER W. La psychologie clinique aujourd'hui. Bruxelles. Mardaga. 1987
- 4- BACQUE M-F. Qualité de vie pendant un traitement contraignant. Pratiques psychologiques. 1995, 2 : 81-86

SOCIÉTÉS ET FINS DE VIE

Vécus et Enjeux
par Chantal CATANT⁴

Les 2-3 octobre 1996 a eu lieu à Bordeaux, un magnifique Congrès International dont le sujet était assez nouveau dans son approche :

Ce congrès était organisé par l'Association ALLIANCE qui rayonne sur le Sud-Ouest de la France.

Sa devise est porteuse "Soulager toujours, épanouir la vie jusqu'à la mort", et signifiait en quelque sorte la ligne de force de ces journées, en sachant que les réalités à explorer sont complexes.

Les intervenants de la 1ère journée se sont employés à cerner le panorama des fins de vie possibles et leur conséquences physiques et morales sur l'être humain, que ces fins de vie s'appellent Cancer, Sida, Famine, Génocide, Démence ou Euthanasie, qu'elles soient collectives, isolées, brutales ou lentes, qu'elles touchent tout homme ou femme, enfant, adulte ou personne âgée.

La 2ème journée était orientée sur les voies de recherche. Si la mort est le lot de tous, tous ne sont pas égaux devant la mort.

N'y-a-t-il pas des droits de l'homme face à la mort ? Et ne doit-on pas lutter pour que celle-ci se passe dans les meilleures conditions possibles, en évitant des souffrances insupportables ?

Tous les jours dans le monde, face aux multiples souffrances de la fin de vie, des hommes et des femmes professionnels de la santé, bénévoles, penseurs, chercheurs, travaillent pour apporter des réponses.

Ils ont eu largement la parole dans ce congrès à travers les ateliers, les échanges aiguillonnés par les différents conférenciers.

Entre autres, Soeur Pearl BERG, fondatrice de l'Association ALBATROS au QUEBEC, et un peu marraine d'ALLIANCE, a partagé l'expérience canadienne avec la profondeur et l'humour qu'il se doit.

L'Association ALLIANCE était présente par son excellente organisation et l'accueil traditionnel et si chaleureux de l'Aquitaine mais d'une remarquable discrétion qui favorisait l'expression de tous. Nous étions devenus pour deux jours des Bordelais en recherche.

⁴ Présidente de Jalmalv Paris-Ile-de-France, Vice-Présidente de la Fédération Jalmalv.