Bulletin de la
SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PSYCHO-ONCOLOGIE
ASSOCIATION PSYCHOLOGIE ET CANCERS

dans ce N° 19

Mars • Avril
Mai • 1998

2 3
THÉORIES PSYCHOLOGIQUES ET CANCER
•
Vie de l'Association
EFFETS ET FONCTIONS DU NON-DIT DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN CANCEROLOGIE

4 5
ENTREVUE AVEC LE DOCTEUR DOMINIQUE GROS

6 7
SPECIFICITES PSYCHOLOGIQUES DE LA PRISE EN CHARGE RADIOTHERAPIQUE

8 9
LA QUESTION DU SUJET EN CLINIQUE MEDICALE
•
Vie de l'Association
LE POINT DE VUE DU CANCEROLOGUE CHEZ L'ADULTE

10
Vie de l'Association
PRIX ASSOCIATION PSYCHOLOGIE ET CANCERS

11
La psycho-oncologie dans le monde
LES PROGRES DE LA PSYCHO-ONCOLOGIE AU CANADA

12
LA COMMISSION DE COOPERATION MEDICALE INTER-CENTRES DE PSYCHO-ONCOLOGIE

13 14
Nous avons relevé pour vous
•
Nous avons lu pour vous

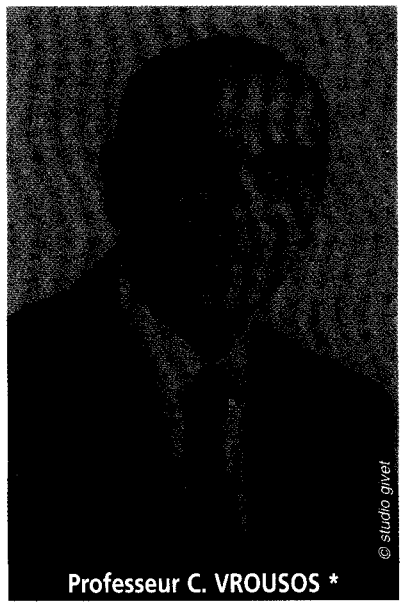
16
Notes de Lecture
LA MEDECINE PSYCHOSOMATIQUE EN QUESTION

L'évaluation de la formation médicale continue : chimère ou diatribe

La rapide érosion des connaissances acquises au cours de la formation médicale initiale et les progrès incessants des découvertes scientifiques constituent les principales justifications à la Formation Médicale Continue. De très nombreux textes rappellent cette obligation mais pratiquement aucun ne précise l'évaluation de cette acquisition continue du savoir.

Le 9è congrès de l'Académie européenne de la formation continue, qui s'est tenue à Strasbourg les 24 et 25 octobre 1997, a mis l'accent sur les perspectives qu'offrent les nouvelles technologies (CD Rom, Internet, Intranet...) dans le domaine de la FMC. Le caractère ludique de ces moyens rendra certes plus séduisante l'acquisition des connaissances et leur validation. Le coût, lorsqu'ils seront généralisés, sera moindre, leur utilisation plus souple que le traditionnel enseignement post-universitaire et directement accessible au cabinet médical. Tous ces nouveaux systèmes devront impérativement respecter deux principes :

- indépendance vis à vis de l'industrie et de l'administration,
- validation des informations contenues dans ces réseaux par un conseil national ou universitaire, où sociétés savantes et profession trouveront naturellement leur place.



Professeur C. VROUSOS *

L'exemple de la cancérologie est significatif à plusieurs égards. Cette spécialité n'existe pas en tant que telle sur le plan ordinal et seule l'oncologie a droit de cité en tant que spécialité. Les connaissances dans cette matière ont évolué beaucoup plus rapidement que dans toute autre discipline. L'exercice de la cancérologie relève de pratiques diverses (chirurgie, médecine, biologie, santé publique). La formation de beaucoup de cancérologues (pardon oncologues) d'aujourd'hui provient d'autres horizons, avec orientation secondaire vers la cancérologie. La loi hospitalière et ses ordonnances, la Conférence Nationale de Santé, l'Ordre des médecins, les sociétés savantes et les syndicats professionnels ont mené depuis quelques années une réflexion sur la FMC et certaines actions ont vu le jour. Mais comment pourrait-on mesurer l'impact de cette formation et le bénéfice réel qu'un médecin ait pu en tirer ? Lorsqu'on prend en considération la formation continue des universitaires, on se rend vite compte que celle-ci n'est pas prévue par l'Education Nationale ! J'ose espérer que cette lacune soit consciente et que dans l'esprit de nos instances, la formation continue de ceux qui sont censés prodiguer le savoir soit nourrie de façon permanente par le fruit des recherches engagées, la qualité des publications, la notoriété... Si la sélection est particulièrement sévère au cours des premières années du cursus médical, les moyens de contrôle deviennent de plus en plus flous au fur et à mesure qu'on avance dans les études et qu'on s'élève sur l'échelle hiérarchique. L'évaluation de la formation en pratique médicale est actuellement inexistante. Il semble toutefois nécessaire que toute action de formation, rendue aujourd'hui obligatoire par le législateur, puisse être contrôlée et éventuellement sanctionnée si elle s'avère insuffisante.

Le présent éditorial ne prétend pas apporter des réponses définitives à cette problématique délicate, mais je soumets au lecteur quelques pistes de réflexion en partie inspirées par le "modèle" américain, mis au goût de la culture hexagonale.

Plusieurs étapes peuvent être envisagées :

Etape initiale

- définition des objectifs à atteindre,
- assurance de qualité et pertinence du contenu,
- organisation des actions de formation,
- participation active à cette formation,
- travaux personnels,
- stages obligatoires,
- auto-évaluation.

Etape intermédiaire

- contrôle des connaissances respectant la confidentialité,
- impact sur les pratiques,
- évaluation des résultats thérapeutiques.

Etape à atteindre

- recertification,
- sur-spécialisation et exercice restreint,
- changement de spécialité.

Chacune de ces pistes mérite approfondissement. Une progression dans cette démarche est nécessaire laissant la possibilité de retour à la "case départ", si l'objectif n'est pas atteint. Des sanctions ne devraient être que tout à fait exceptionnelles et ne seraient envisagées que dans quelques rares cas de médecins récalcitrants.

Ces diverses étapes risquent de choquer certains esprits et bousculer quelques rentes de situation. Sommes-nous prêts à assumer la responsabilité d'une médecine de demain de qualité comme le législateur nous en offre la possibilité ou allons-nous par frilosité, rester dans un flou artistique pour ne pas heurter certaines sensibilités ? ◆

* *Service de cancérologie-radiothérapie, CHUR Grenoble*

Théories Psychologiques et Cancer

Docteur Michel SAPIR *

Il semble que rien ne puisse déclencher directement une maladie. Il est faux de dire que tel virus provoque la grippe ou que le BK est le responsable de la tuberculose. Sans eux effectivement il n'y a pas de maladie mais, à eux seuls, ils ne peuvent la déclencher. La maladie est faite d'un ensemble de facteurs qui contribuent à la lutte contre les facteurs nocifs qu'ils soient intéro ou extéroceptifs.

Dans l'immédiat après-guerre, jouant sur l'ignorance régnant encore, s'est implantée la médecine dite "psychosomatique". Elle était faite essentiellement de théories et comprenait ainsi des morbidités bien définies, tandis que d'autres n'entraient pas sous cette étiquette. Aussi les auteurs, selon leurs inclinaisons, variaient dans leur description de la nomenclature psychosomatique, les uns incluant, les autres excluant le cancer.

Il est de ce fait difficile d'imaginer qu'un facteur puisse déclencher à lui seul une maladie

Depuis, profitant toujours de l'ignorance de la cause des cancers, divers psychosomaticiens ont essayé d'ériger des théories dont la plupart ont pour origine la fausse concomitance entre l'apparition d'un cancer et l'existence d'un drame existentiel, séparation, deuil... Enfin, faut-il souligner par ailleurs que ces théories touchent essentiellement les zones sexuelles. Les autres cancers semblent ignorés de la plupart des chercheurs, même si certains, fort rares, auraient voulu donner des traits psychologiques particuliers à tel ou autre cancer, viscéral par exemple. Faut-il rappeler qu'entre la manifestation clinique d'un cancer et son origine, de nombreuses années peuvent s'écouler.

L'agent nociceptif, qu'il soit matériel ou psychique, s'allie à d'autres signes qu'ils soient de la série attaquante ou défense pour constituer un tout cohérent qu'on appelle maladie ou syndrome. Leur nomination est entièrement due au développement des sciences médicales. Sans elles, point de nomination de maladie. Il est de ce fait difficile d'imaginer qu'un facteur puisse déclencher à lui seul une maladie. Il peut jouer tout au plus sur un des maillons de celle-ci. Or jamais, ce maillon n'a pu être désigné. Tout au plus, peut-on imaginer une baisse de l'immunité qui ouvre la porte à des maladies fort diverses.

Aussi le point d'impact de la psychologie sur l'un des facteurs déterminants du cancer n'a jamais été décelé, comme n'a jamais été prouvée la particularité d'une réponse de l'appareil psychique à la séparation ou au deuil. Dans le numéro 9 (1987) de la Revue de Médecine Psychosomatique, le Pr Michel Marty** décrit les trois étapes de la cancérisation : la première étant la transformation cellulaire qui consiste dans l'acquisition "irréversible d'informations nécessaires à l'expression du phénotype cancéreux , mais non suffisante". La deuxième étape est celle d'immortalisation qui permet à une cellule d'engendrer d'autres cellules souches autorenouvelables. La troisième étape enfin, est celle de l'aptitude à la progression tumorale. C'est une étape qui reste encore assez peu connue. Mais il importe de souligner, comme fait l'auteur, que «les anomalies à l'origine des cancers sont exclusivement des anomalies géniques et génétiques. L'étude génique de populations humaines permet d'ailleurs de suggérer très fortement que des allèles particuliers de certains oncogènes sont associés à un risque accru de types particuliers de cancer (cancer du sein par exemple).» C'est souligner que ces étapes précoces indispensables de la cancérogenèse ne laissent guère la place à des mécanismes non mutagènes.

Les constructions se font dans l'après-coup alors que le cancer est déjà diagnostiqué et déjà soigné

Mais les cellules cancéreuses, comme des recherches récentes l'ont prouvé, sont capables de reconnaissance des signaux contrôlant leur croissance. Cette reconnaissance peut concerner des facteurs fort différents et avoir pour effet d'inhiber ou de stimuler la croissance cellulaire. Michel Marty poursuit en analysant les rapports entre les systèmes de défense et les cellules cancéreuses "cette destruction de cellules cancéreuses apparaît toutefois nettement limitée dans l'espace puisqu'elle nécessite le contact cellule tueuse/cellule cancéreuse et que ce phénomène

ne peut donc s'exercer au-delà de deux assises cellulaires.» Et de conclure : «nos connaissances actuelles... permettent presque formellement d'exclure dans le déterminisme (de la cancérisation) le rôle de facteurs psychogènes, d'ailleurs bien mal identifiés. Il n'est par contre pas possible d'exclure le rôle de ces mêmes facteurs dans les phénomènes de progression tumorale qui pourrait donc être médiée par des productions hormonales multiples... Il ne nous apparaît pas que les étapes précoces de la cancérisation, irréversibles et impliquant une mutation somatique, puissent être affectées par des phénomènes psychosomatiques... On ne peut par contre exclure que les étapes de la progression tumorale, possiblement sous la dépendance de facteurs hormonaux et de croissance puissent être modulées par ces mêmes phénomènes.» Cet avis vient en écho à ceux des psy.

Ainsi, N. Alby critique les positions psychogénétiques de Le Shan. Elle s'interroge, dans le même numéro de la Revue sur ce que signifie la dépression essentielle de Pierre Marty*** et rappelle le rôle de mythe social que joue le cancer, comme ce fut le cas, en son temps, pour la tuberculose. A. Caïn souligne l'impossibilité d'une psychogenèse du cancer

tandis que Mmes Glicenstein et Lehmann essaient une mise au point des mécanismes touchant au cancer au cours d'une psychanalyse. Elles soulignent, elles aussi, l'aspect mythique de la construction du cancer par chacun et rappellent à cette occasion le livre de Zorn. Les constructions qu'elles mentionnent se font, comme elles le disent, dans l'après-coup alors que le cancer est déjà diagnostiqué et déjà soigné. J'ajouterai, pour souligner l'aspect mythique du cancer, une petite anecdote : me promenant dans Saint-Petersbourg et achetant des fruits, je fus interpellé par la vendeuse qui me dit : "Mon petit père, il faut les laver absolument, pensez à Tchernobyl." Or Tchernobyl se trouve en Ukraine, à des centaines de kilomètres de Saint-Petersbourg, situé au bord de la mer Baltique.

Ce mythe social du cancer s'accompagne de l'idée que c'est un facteur extérieur, psychologique ou matériel, qui le provoque. La pollution, l'amiante, les autres... Il est vrai qu'on ne peut complètement contester ce point de vue mais il contribue sûrement à l'expansion du mythe.

Aussi me semble-t-il indispensable de réfuter les publications récentes sur la relation entre l'origine du cancer du sein et des traits caractériels, telle la pensée opératoire. Ces travaux concernent un trop petit nombre de femmes, ne comportent pas de descriptions cliniques suffisantes concernant les conditions même de l'expérience pour pouvoir être pris au sérieux. A l'inverse, l'idée d'influences psychiques au cours du déroulement du cancer grâce à l'action du psychisme sur les sécrétions hormonales, mérite d'être scientifiquement étudiée. Elle permettrait de comprendre les prolongations de vie et les améliorations constatées par divers auteurs, notamment en Californie.

Il est évident que de très nombreuses méthodes dites psychologiques sont nées mais qu'aucune d'elle ne résiste à la critique. Aussi contentons-nous, pour le moment, d'étudier la spécificité de la relation soignant-soigné au cours du cancer et d'autres maladies dites chroniques ou mortelles. ◆

** psychiatre, psychanalyste, 6 rue de l'Arrivée, Paris 15ème*
*** cancérologue, hôpital, St louis, Paris*
**** psychiatre, psychanalyste*

LA VIE DE L'ASSOCIATION

Effets et fonction du non-dit dans la prise en charge des patients en cancérologie

28 novembre 1997

Nicole ALBY *

La journée des psychologues, psychanalystes et psychiatres en hémato-cancérologie a eu lieu le 28 novembre 1997, animée par Nicole ALBY et Andrée LEHMANN.
Trente huit collègues psychiatres et psychologues, pour la plupart de formation psychanalytique, ont participé à cette journée.

La journée introduite par N. Alby a commencé par un exposé théorique de J. ASCHER. Faisant l'historique du "non-dit" dans la pensée freudienne il a insisté sur son rôle structurant. La négation sous-tend l'acte de penser. "N'être pas" est une façon d'advenir. Le déni est ainsi relié aux défenses induites par le cancer. Cette riche introduction a permis une longue discussion dans le groupe avec des exemples cliniques.

Nicole POREE a ensuite rapporté l'observation d'une enfant dont l'angoisse massive lors de l'irradiation était comprise comme une réaction à la maladie. Prise en charge par une "psy" non directement concernée par son cancer, hors du service, l'enfant a pu rapporter l'origine de ses réactions phobo-anxieuses à des violences sexuelles répétées de la part d'un oncle. Le "non-dit" et le "non-entendu" par la première thérapeute ont pu être discutés, ainsi que le rôle "envahissant" de la maladie cancer grâce à des observations rapportées par Annie ASCHER et Frédérique RABANNES.
L'ensemble de la journée a permis une discussion théorique, appuyée sur des cas, et surtout sur une réflexion autour des incidences de cette difficulté du non-dit sur notre pratique clinique en cancérologie.
Nous devons le caractère dynamique de ce travail à la participation de jeunes collègues aux côtés des "anciens" fidèles. Nous comptons encore élargir ce groupe; n'hésitez pas à nous contacter.
La prochaine Journée aura lieu le 19 juin 1998 à la Ligue Nationale Contre le Cancer à Paris. Pour tout renseignement et inscription s'adresser à : Nicole ALBY, tél : 01 44 06 80 95. ◆

** Ligue Nationale Contre le Cancer*

CONGRES ET FORMATIONS

▶ ***Du 14 au 16 mai 1998, Sion, Suisse***
Société Française de Psycho-Oncologie, Société Suisse de Médecine Psychosociale
"Approche psychosociale des patients atteints de maladies graves : quelle spécificité professionnelle ?"
Renseignements : Mme Zangaro, secrétariat du Pr GUEX, CHUV LAUSANNE,
tél : 00 41 21 314 10 90
fax : 00 41 21 314 10 98

▶ ***Du 14 au 17 juin 1998, à Stockholm, Suède***
Xèmes rencontres scientifiques de la Société Européenne de Psycho-Oncologie
Renseignements: Christina BOLUND, Unité Psychosociale, Département de Psycho-oncologie, Karolinska Hospital, S-171 76 STOCKHOLM, Suède
fax : 00 46 831 15 85
e-mail : stinabo@onkc.ks.se

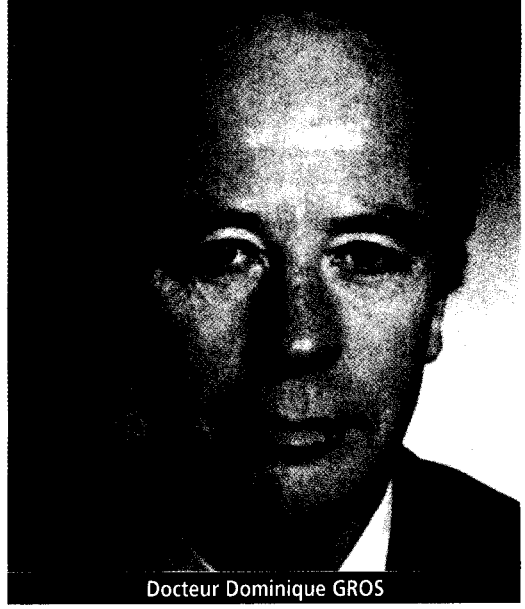
▶ ***Du 28 juin au 3 juillet 1998 Paris***
XXIIIème congrès International de Droit et de Santé Mentale
Prè-conférence Congrès Yves PELICIER, 28-29 juin 1998
Renseignements : Ms Karyn WAGNER, chaire de psychiatrie, Faculté de médecine, Université de Montréal, C.P. 6128, Succ. Centre Ville, MONTREAL, QC H3C 3J7, Canada
tél : 00 1 514 343 5938
fax : 00 1 514 343 2452
e-mail : paris98@ibm.net

▶ ***Du 6 au 11 juillet 1998***
"Stratégie de prévention et de dépistage en cancérologie"
Renseignements : Université d'été de Montpellier 1, 7 bd Henri IV, BP 1017, 34006 - MONTPELLIER cedex 1
tél : 04 67 41 74 33
fax : 04 67 41 74 71
e-mail : fmc1.34@wanadoo.fr

▶ ***Du 24 au 28 août 1998, Rio de Janeiro, Brésil***
17éme congrès de l'UICC
Renseignements: XVII International Congress c/o Congrex do Brasil, Rua do Ouvidor, 60 gruppo 413 20040-030 RIO DE JANEIRO RJ BRASIL
tél : 00 55 22 24 60 80
fax : 00 55 22 31 14 92

Entrevue avec le Docteur Dominique GROS*

par Anne-Emmanuelle ROCHE


Docteur Dominique GROS

Anne-Emmanuelle ROCHE :
Je vous remercie de me recevoir dans votre unité de sénologie, qui est un service très accueillant, calme et confortable.

Dominique GROS :
Nous nous sommes battus pour obtenir cet espace "dévolu" au sein.. Nous voulions créer un lieu avec unité d'action et de temps. Tout est sur place pour répondre à toutes les questions qui peuvent se poser autour du sein : questions médicales que les moyens techniques tentent d'élucider et questions propres aux femmes, celles qu'elles se posent en venant nous consulter. Les consultants sénologues reçoivent, examinent, écoutent, peuvent utiliser l'imagerie et les techniques de microponctions qui sont à leur disposition. Concernant le sein, tous les moyens nécessaires au dépistage, au diagnostic et à l'orientation thérapeutique sont rassemblés ici, dans le même espace, dans des locaux contigus.

AER :
La question du cancer doit être quotidienne.

DG :
Le cancer du sein fait surtout partie du quotidien sénologique parce que les femmes en ont peur. Sans doute plus peur encore que d'un autre cancer, à cause des aspects psychologiques qui lui sont propres.
Chaque cancer a sa spécificité, mais du fait de sa représentation symbolique, l'atteinte du sein prend une connotation particulière. Il est en effet un monde en soi, reflet de la vie biologique et affective de la femme. Mais il est aussi le symbole de la féminité, une figure de l'érotique sexuelle, et l'emblème de la maternité. C'est un organe ambigu qui mélange la fonction de mère et d'amante. A qui appartient-il ? A la femme elle-même, à son mari, à son enfant ? Chacun veut se l'approprier; la médecine aussi. Tout le monde voudrait le soigner, mais beaucoup ne sont pas à l'aise avec le sein et même quelque fois en ont peur.

AER :
Qu'est-ce qui vous fait dire cela ?

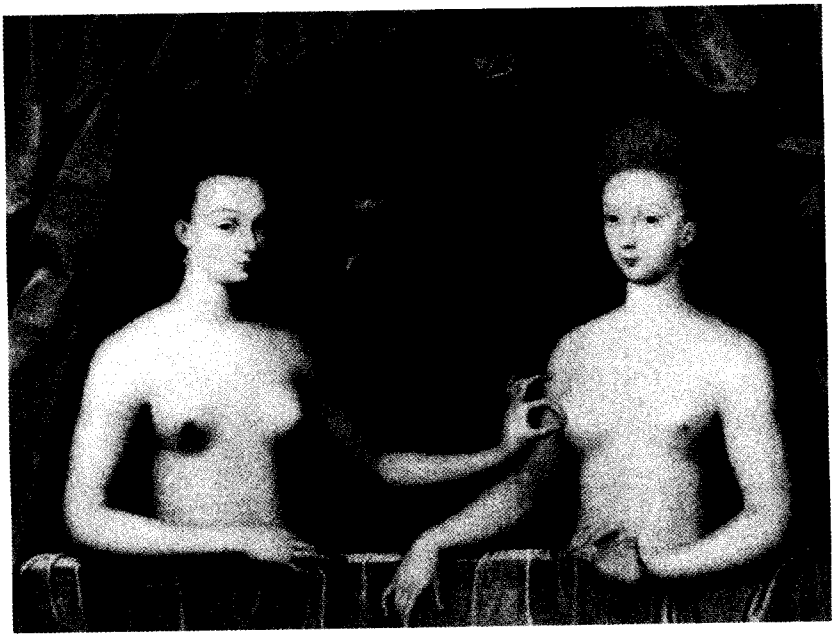
DG :
Regardez les médecins face au sein : peu osent y porter la main ! Si l'imagerie, notamment la mammographie, a pris une si grande importance c'est peut-être parce qu'elle permet de ne pas avoir à le toucher. Quand on palpe un ventre, on palpe les organes abdominaux situés sous la paroi. De même un toucher vaginal sert à percevoir l'utérus et les ovaires. Mais quand on palpe un sein, on palpe seulement un sein et rien d'autre. Et le sein c'est la rencontre avec sa mère, et c'est aussi la rencontre avec sa sexualité. Il est difficile d'être neutre lorsque l'on est face à une femme dénudée dont on palpe le sein. Ayant du mal à assumer cette difficulté, la médecine morcelle le sein pour ne pas avoir à le rencontrer.

AER :
L'unité de sénologie pourrait être le lieu d'une "réunification".

DG :
En quelque sorte, oui. Concernant le dépistage et le diagnostic, la prise en charge du sein est partagée entre les radiologues, les gynécologues, les chirurgiens, et les médecins de famille. Pourquoi pas, plus spécifiquement un sénologue ? La sénologie n'a pas l'ambition de supplanter les autres spécialités qui sont toutes nécessaires. Mais la femme qui consulte pour son sein a besoin d'un interlocuteur qui l'aide à comprendre ce qui se passe. Elle attend des réponses aux questions qu'elle se pose et qui sont propres à la représentation qu'elle a de son sein. N'oublions pas que la majorité des femmes qui viennent consulter en sénologie n'ont pas de cancer. Il s'agit alors de s'occuper de leurs peurs, et des angoisses qui souvent persistent. Beaucoup n'arrivent pas à se rassurer même après un bilan normal. Et elles n'ont peut-être pas tort. Car le fait qu'une femme consulte régulièrement et fasse soigneusement les examens qu'on lui prescrit ne l'empêchera pas de développer un cancer s'il doit survenir un jour. Et tout cancer, aussi tôt qu'il soit pris, demeure un cancer avec ce que ça représente de mutilations réelles et fantasmatiques. Un lieu où tout cela peut se dire et être entendu devient nécessaire. Il convient d'offrir aux consultantes un espace de parole et d'écoute.
Le sénologue pourrait être en quelque sorte un "généraliste" du sein. Tout médecin qui a des yeux,

des oreilles, des mains peut faire de la sénologie, s'il bénéficie d'une formation adéquate, et s'il accepte de prendre en compte la dimension relationnelle qui sous-tend toujours les problèmes de sein. Tout particulièrement dans ce domaine, on ne peut pas rester dans le flou. Il faut trouver et donner les réponses adéquates, s'impliquer dans le processus décisionnel en tenant compte des particularités de chaque femme, puis l'accompagner à travers les différentes étapes de son traitement, l'aider à faire face à ses angoisses. Une fois la thérapeutique accomplie, les "jeux" sont faits : certaines femmes vont guérir de leur cancer du sein, d'autres non. Quand les techniques médicales ont atteint leurs limites, un seul domaine reste illimité et toujours efficace : l'écoute, le regard, l'accompagnement.

AER :
Cela est vrai pour tous les cancers.



DG :
Bien sûr, mais le sein comporte des dimensions multiples, culturelles et psychologiques. Le fait d'être garant de sa bonne santé implique le sénologue dans un processus qui dépasse le médical. Il suffit de regarder le sein partout où il se trouve. Dans l'art, sa présence est obsessionnelle. La sénologie s'apprend aussi dans les musées. Le sein envahit notre quotidien comme support privilégié de l'imagerie médiatique. Il est omniprésent dans la publicité. Soigner un sein est du registre du médical, sa compréhension fait appel à la psychologie et à la sociologie. Le sein n'est pas seulement une glande, mais un espace de relation, un lieu de rencontre et d'échange. Il est le symbole du don. Pourquoi y a-t-il tant de personnes qui accompagnent les femmes venues consulter pour leurs seins ? Le mari, la mère, la sœur, des amies, des voisines... Comme si tout le monde se sentait concerné. Une solidarité très forte s'exprime autour du sein, non retrouvée pour d'autres organes, car le sein c'est le LIEN.
Pour toutes ces raisons, le cancer du sein ne peut pas être un cancer comme les autres. Il concrétise pour l'imaginaire collectif, un terrible combat à l'issue incertaine, entre les forces du Bien et du Mal. Le sein évoque la paix et l'innocence. Le cancer symbolise le risque de mourir, la guerre et la faute originelle. Il est devenue pour nos sociétés un équivalent fantasmatique des puissances maléfiques. Il constitue aussi la dysharmonie biologique la plus profonde et la plus énigmatique car liée à l'origine de la vie. Comprendre la processus ultime du cancer, c'est pénétrer le mystère de la vie et de la mort. Et le sein est la figure de la vie.

AER :
Et vous pensez que cette ouverture vers le psychologique et le culturel aideront la cancérologie à avancer ?

DG :
J'en suis sûr, même si cette conviction se situe hors du "médicalement correct". Pourtant le fait de s'intéresser à la dimension psychologique et culturelle n'est pas en contradiction avec la compétence clinique. Tenir compte de "l'âme" ne fait pas oublier le corps, et les techniques médicales demeurent un outil essentiel. Mais pourquoi fuir les questions posées par notre pratique ? Elles sont omniprésentes à l'arrière- plan de nos difficultés, de nos échecs, comme de nos réussites et de nos joies. La question fondamentale est souvent celle du sens : "pourquoi le cancer, pourquoi moi ?". Ce sens ne se trouvera jamais dans les éprouvettes, ni sur une mammographie. C'est dans la relation, dans les mots nés de la relation que peut surgir le sens. La trop grande importance donnée à l'imagerie médicale prépare à une nouvelle "querelle des images". Jusqu'à ce qu'on se rende compte que les images ne sont pas la réalité. On ne soigne pas des images. La technique est un moyen, une base de réflexion, une aide et non pas une fin. Les seules réponses se trouvent dans l'intimité d'une relation. Pour ma part, je refuse une médecine qui voudrait se construire sans le malade, pas plus que je n'accepte une sénologie qui voudrait exister sans la femme.

AER :
Cela rejoint bien les objectifs de la psycho-oncologie qui cherche à préserver et éventuellement à restaurer cette place de la personne malade prise dans les processus de soins. Je vous remercie beaucoup de votre action et de votre accueil. ◆

* *Chef de l'Unité de Sénologie, Hôpitaux Universitaires, STRASBOURG*

CONGRES ET FORMATIONS

▶ ***Du 3 au 6 septembre 1998, Hambourg, Allemagne***
4ème congrès de la Société Internationale de Psycho-oncologie
Renseignements : Pr KOCH, Department of Medical Psychology, University Hospital HAMBOURG-EPPENDORF, Marinistr. 52, 20246 - HAMBOURG, Allemagne
tél : 00 49 40 47 17 29 78
fax : 00 49 40 47 17 49 65
e-mail : koch@uke.uni-hamburg.de

▶ ***Du 13 au 17 septembre 1998, Montréal, Canada***
12ème congrès International sur les Soins aux malades en phase terminale
Renseignements : "Division des soins Palliatifs", Département d'Oncologie, Université McGill, MONTREAL, Canada

▶ ***Du 4 au 8 octobre 1998, Yokohama, Japon***
30ème rencontre de la société Internationale du Cancer
Renseignements : IMEDEX, POB 3283, 5203 DG's, HERTOGEN-BOSCH, HOLLAND
fax : 00 31 73 41 47 66

▶ ***8 et 9 octobre 1998, Paris***
"Soins palliatifs en Cancérologie"
Renseignements : IESO, Expression Française Orgamédia, 36 rue de la Borde, 75008 - PARIS
tél : 01 45 22 10 18
fax : 01 42 94 91 77

▶ ***Année 2000, Melbourne, Australie***
5ème congrès mondial de Psycho-oncologie
Renseignements : Mr Anthony MARCHINI, Executive Secretary, IPOS, 1275 York Avenue, Box 421, New York, NY 10021, USA,
tél : 00 212 639 70 51
fax : 00 212 717 30 87

◆ ***PROCHAINES RÉUNIONS***
20 juin 1998, Avignon
Situations difficiles en cancérologie : vers une réflexion d'ordre ethique
Renseignements :
Dr. L. PIOLLET-CALMETTE
tél : 04 90 27 61 61
27, 28 novembre 1998, Marseille
Les pièges relationnels en cancérologie
Renseignements : Dr. D. AMMAR
tél : 06 09 52 56 64
5 décembre 1998, Montpellier
Thème à préciser
Renseignements : Mme A. LEHMANN
tél : 01 40 55 92 09

© A.L. Curie

Spécificités psychologiques de la prise en charge radiothérapique

Professeur F. BAILLET*
et Docteur N. PELICIER**

On peut sans doute dire que la plupart des traitements s'organisent bien, sans réactions psychopathologiques ou psychologiques majeures.
Cependant, il est rare que le parcours du traitement se déroule toujours sereinement pour des raisons évidentes qui ont trait au mythe cancer et au vécu de la maladie et pour des raisons plus spécifiques liées au traitement qui sont exposées ici.

Nous envisagerons essentiellement ce qu'il est convenu d'appeler les réactions d'adaptation concernant les informations sur le traitement, puis les aspects propres aux modalités de traitement (vécu du service, ambiance, temporalité, stade de la maladie) et enfin, celles liées aux effets secondaires et aux séquelles de la radiothérapie.
Ce constat spécifique doit déboucher sur un certain nombre de bonnes pratiques et une formation adéquate.

LES REACTIONS PSYCHOLOGIQUES PROPRES A L'ANNONCE DE LA RADIOTHERAPIE SONT DE DEUX ORDRES :

Les réactions qui concernent la qualité de l'information et celles qui concernent son contenu.

• La qualité
La radiothérapie est très mal connue des non-spécialistes, elle est de ce fait peu annoncée et mal présentée dans ses réalités. Décrites de façon floue, trop succinctes ou banalisant la durée ou les effets secondaires, les modalités réelles de traitement suscitent parfois désarroi et révolte.

• Le contenu
Le contenu de l'information bien faite par le radiothérapeute ou le non-spécialiste est particulièrement anxiogène : l'annonce de ce traitement renvoie en effet spécifiquement au cancer pour la majorité du public. Contrairement à la chirurgie ou aux traitements médicaux, on est devant l'incontournable vérité du diagnostic. Pour beaucoup de patients déjà traités chirurgicalement, c'est le début de la radiothérapie qui marque l'étape de prise de conscience véritable de la maladie et de sa gravité.
Sur place, dans le service de radiothérapie, la multiplication des intervenants peut donner au patient l'impression d'être perdu, sans référent thérapeutique au milieu d'une équipe de techniciens auxquels s'attache alors le stéréotype de la communication impossible. Les équipes de soins sont également mises en difficulté par défaut de transmission avec les médecins et par les tentatives inquiètes des patients pour vérifier auprès des intervenants la portée et la fiabilité du traitement.
Un souci d'harmonisation de l'information au sein de l'équipe permet d'éviter les effets de dilution, voire de contradiction de l'information si angoissants pour les patients.

LES REACTIONS PROPRES AUX MODALITES DE TRAITEMENT

Elles tiennent à la représentation imaginaire et aux conditions spatiales et temporelles de son déroulement.

• La représentation et les images liées à la radiothérapie

On rappelle ici les évidences de bonnes images attachées à tout traitement vécu comme une chance que fournit la science la plus sophistiquée face à la maladie létale. Le problème est ici, selon les mentalités et les personnalités de s'en remettre ou pas à la science et à ses représentants.

Les bonnes images ont aussi pour fondement souvent réaliste, le contentement d'avoir évité la chirurgie jugée mutilante ou de pouvoir en limiter les aspects séquellaires après la radiothérapie. De même, l'absence de chimiothérapie, non perçue par les patients comme une absence d'indication ou une impossibilité, est un aspect qui permet d'idéaliser la radiothérapie voire d'en mieux supporter les effets.

Les mauvaises images mêlent les représentations classiques du mythe cancer (douleur et déchéance) à celles liées aux "rayons" invisibles, moins actifs, jusqu'à la nuisance avec l'arrière plan du nucléaire qui ferait toujours peur. Tout se voit, de la crainte facilement surmontable avec quelques explications, aux phobies, voire aux attaques de panique qui renvoient directement à l'évaluation de la personnalité des patients.

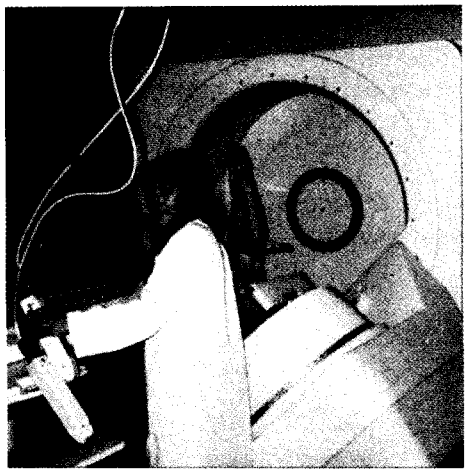
• Les conditions spatiales de la radiothérapie

Une des spécificités de ces traitements est de susciter l'impression de passivité. Les séances sont répétitives avec peu de temps de contact avec l'équipe et nécessitent l'immobilité et l'observance de diverses consignes y compris d'ordre préventif.

Cette passivité tout à fait modulable par la relation simple avec l'équipe donne tout son poids à l'univers environnant et à l'espace du service.

Loin de l'intimité de la chambre d'hospitalisation ou de la familiarité de l'hôpital de jour, le lieu de la radiothérapie est impersonnel pour le patient qui peut y devenir très sensible à l'ambiance. La prise de contact avec le service est donc une phase particulièrement délicate que les équipes, médecins et manipulateurs, accompagnent par une sorte de guidance très salutaire. Il s'agit d'aider le patient en traitement long à éviter la "chosification" liée à une médecine technicienne. Les patients ont des images classiques de soumission face à une machinerie impressionnante. Ils vont, selon leurs dires, "sous la machine", "comme un paquet" "exposés à l'étalage" ou "coupés du monde". L'interface relationnelle courte avec l'équipe, la surcharge de la file active de ces services, accroissent le sentiment de dépersonnalisation du début.

La salle d'attente est un lieu classique propice à l'éclosion de réactions émotionnelles vives. Elle est le reflet des évolutions possibles où le patient, dans une illusion de centralité, s'implique d'autant plus que les anxieux bavards l'inondent d'informations sur un devenir incertain. Le mélange des patients, quel que soit le stade tumoral, avec les urgences palliatives, les malades brancardés très invalidés par la maladie, peut finir par donner une vision "infernale" de la maladie ou du traitement. Certains patients tentent d'échapper à l'assimilation, en s'isolant toujours plus pour ne pas "entrer dans ce monde" qui ne serait pas le leur. Ils se font transparents et attirent trop peu l'attention de l'équipe tandis que d'autres tout aussi inquiets, occupent le terrain de la relation, de la familiarité à l'histrionisme à l'égard des soignants, ou des patients comme "pour éviter le sujet".



• Les conditions temporelles de la radiothérapie

C'est un traitement avec lequel les patients découvrent que le cancer fait irruption dans leur quotidien.

Le vécu ambulatoire est en général optimisant pour la plupart des patients, mais la prévision des effets secondaires peut impliquer le malade à temps plein, ce qui est mal supporté, la durée des séances étant de l'ordre de quelques minutes.

La temporalité de la radiothérapie est donc un facteur primordial de réactions psychologiques de découragement pouvant entraver l'observance. Les patients ont, peu à peu, l'impression d'organiser toute leur vie en fonction du traitement, tandis que d'autres s'acharnent à se maintenir comme avant. En réalité, selon les doses et les localisations, l'activité demeure au moins les premières semaines, mais l'évolution de l'état psychologique au départ éclaire les réactions très disparates face à l'action.

Les séances parfois longues du centrage ou du contrôle sous machine, peuvent aussi susciter l'anxiété des patients car ces temps de mise au point très précise sont peu favorables à la communication. De ce fait, le moindre commentaire peut être interprété et déformé par des patients vécus comme de véritables scrutateurs.

Plus grave nous semble le problème des patients algiques non repérés et insuffisamment soulagés lors de ces phases, ce qui induit un vécu négatif de l'ensemble des séances.

En termes d'avenir, le patient a en règle hâte d'être traité mais l'anticipation est chargée d'ambivalences avec une insécurité relative : seul, le traitement en cours protège, qu'en sera-t-il plus tard des séquelles ou du risque affronté seul, de la récidive ? La longueur des protocoles est un facteur primordial d'usure des patients, avec les images habituelles de la spirale ou du tunnel sans fin. Le parcours du combattant n'est pas forcément vécu dans le temps même du traitement, sauf complications majeures. Sur le moment, il n'y a pas de choix et peu d'état d'âme exprimés. C'est en différé, parfois plusieurs mois après la fin du traitement qu'apparaîtront les réactions psychologiques les plus fortes, allant jusqu'à la dépression résultant du sevrage brutal des relations et du face à face direct avec la maladie.

Le cas à part des curiethérapies offre le scénario délicat de l'isolement et de ses risques psychologiques. L'inconfort véritable de ces traitements allié au caractère impressionnant de certains matériels (ORL ou autres) peut susciter des réactions anxio-phobiques. Il convient donc d'aider le patient à aménager et à prévoir son temps de curiethérapie.

LES EFFETS SECONDAIRES

Enfin, beaucoup de troubles psychologiques sont à l'évidence engendrés par l'accumulation des effets secondaires.

Nous ne rappellerons pas ici la liste des effets possibles, nous ne ferons qu'insister sur le rôle de l'information bien conduite dès l'annonce du protocole, pour ne pas effrayer inutilement les patients mais pour leur éviter aussi l'effet de surprise qui suscite beaucoup d'angoisses : à l'extrême, ce qui n'est pas attendu est forcément grave et ce qui est grave peut être synonyme de progression de la maladie elle-même. De plus, la notion de prix à payer prend ici toute sa valeur. La plupart des patients l'acceptent ou l'intègrent faute de choix, d'autres se laissent déborder par leur "deuxième maladie" quand le remède apparaît pire que le mal. La prévention et l'accompagnement psychologique de ces patients prend ici toute sa place. Si les effets précoces sont en règles réversibles, les effets différés sont susceptibles de déboucher sur de véritables séquelles. La prise en compte plus précise de la qualité de vie future des patients, des possibilités de réhabilitation au-delà même de la guérison, doit être mesurée face à la spécificité même des traitements.

EN CONCLUSION

L'amélioration du vécu des patients passe ici encore par l'optimisation de l'information et de la formation des équipes spécialisées et de leurs correspondants, ainsi que par la présence organisée dans les services d'un soutien psychologique aidant manipulateurs et médecins à ajuster leurs relations aux malades.

Si l'aspect technique constitue la spécificité même du traitement radiothérapique, les réactions et les besoins des patients nécessitent toujours la même attention portée à leur prise en charge globale. ◆

** Chef du service de cancérologie-radiothérapie, Hôpital de la Salpétrière, PARIS,*

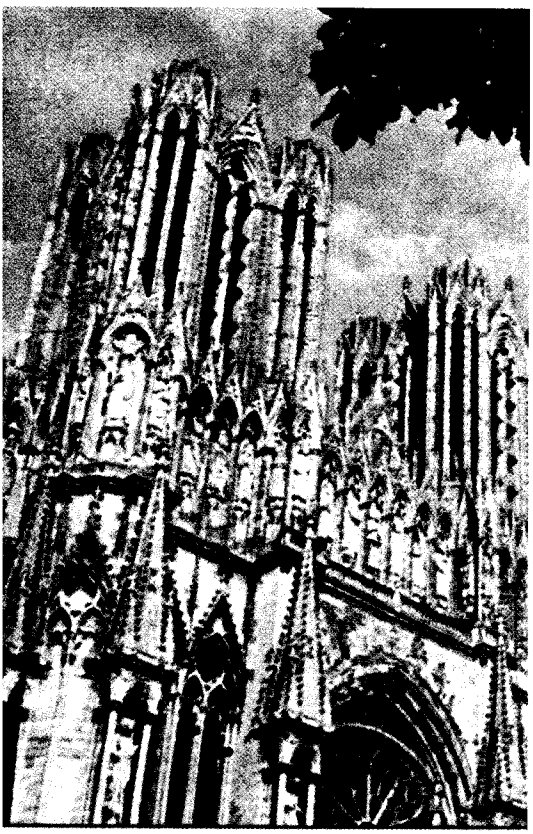
*** Psychiatre*

La question du sujet en clinique médicale

Journées des 14 et 15 Novembre 1997 à Reims

Martine DERZELLE*

Très beau rendez-vous que celui des 14 et 15 Novembre derniers à Reims, qui réunissait au Centre des congrès près de 250 personnes (médecins, infirmières, psy, philosophes, sociologues, etc...) autour de "la question du sujet en clinique médicale". Christian POZZO DI BORGO, chef du service



d'anesthésie-réanimation et moi-même, psychanalyste, complices de longue date d'une consultation de la douleur que nous assurons de concert, proposions cette fois aux participants d'aborder, avec eux et avec une brochette d'intervenants tous plus impliqués les uns que les autres, le point aveugle autour duquel notre démarche tourne depuis une dizaine d'années.

Une série de constats d'abord. Il apparaît que la médecine et les soins en général sont marqués par l'émergence, au moins en apparence, du sujet et de sa prise en compte. C'est le cas à travers de nouvelles "spécialités" telles la lutte contre la douleur et les soins palliatifs, ou derrière de nouvelles préoccupations, telles l'humanisation des structures, la notion de relation d'aide. C'est encore le cas lorsqu'on aborde les concepts de multidisciplinarité ou d'approche holistique, concepts banalisés énoncés tels des poncifs, des évidences qui, pour nous, en fait, posent problème. Mais c'est aussi le cas à travers des problématiques décisionnelles. La question du sujet est présente dans les préoccupations éthiques et chaque fois qu'il est question de la prise en compte de la "personne". Il est également là, le sujet, dans l'approche psychologique du patient, parfois d'ailleurs dans un contexte de psychologisation sans expertise.

"Et si cette volonté farouche de réincorporer le sujet était finalement une aventure impossible dans la mesure où, pris par l'enthousiasme, on faisait fi de sa condition de possibilité?"

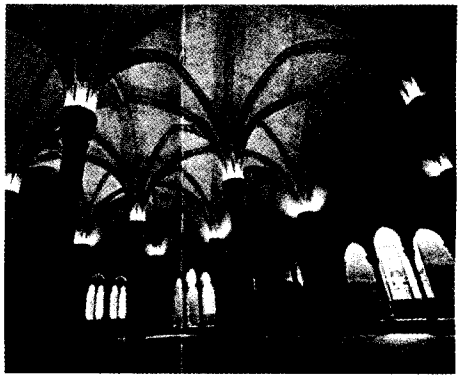
A un état des lieux bien problématique que tentèrent de faire médecins et infirmières, chacun exposant comment il pensait se débrouiller de ce sujet là dans sa pratique, devait succéder le premier jour un essai de théorisation sous 3 éclairages : philosophique avec Bertrand VERGELY (ouf ! un philosophe passionné et enthousiaste !), psychanalytique avec Andrée LEHMANN (ouf ! une psychanalyste brillante et compréhensible !) et médical avec Jean-Luc MONFRAIS (ouf ! un anesthésiste dont l'humour réveille !), avant la tenue d'ateliers se posant la même question dans des champs différents.
Le second jour, le champ de la pensée était élargi, tant au point de vue géographique qu'à celui des confrontations culturelles. Approches transculturelles, y compris en jetant un regard sur un pays où le sujet lui-même est en question : l'Algérie, grâce à la présence du Professeur MAAOUI, chirurgien à Alger, qui présida avec beaucoup de maestria une journée où se succédèrent Roger VIRY-BABEL (homme de cinéma), Bernard ANDRIEU, (philosophe des sciences), Joseph LEVY (anthropologue à Montréal), Odile QUIRIN (directrice en retraite d'école d'infirmières), Henri DEL-

BECQUE (médecin et homme d'institution engagé), Bernard DESCLAUX (psychiatre) et Françoise SALLE (cadre infirmier) et Ghislain DEVROEDE (chirurgien digestif à Sherbrooke).

Danielle LEVY, psychanalyste, qui fit le bilan de ces 2 journées et de leurs enjeux ne s'y trompa pas : il y avait du "sujet", pour une fois, dans les débats ! Du sujet non-clivé dans des moyens de communication identiques utilisés par médecins et non-médecins (diapos, films, dessins humoristiques)... Du sujet de chair, de sang et d'affects dans ces hommes de soins et de pensée tous préoccupés de dire "je"...

Et si la question du sujet côté patient était indissociable de la pensée du sujet soignant ? ◆

* *centre Jean GODINOT, Reims*



VIE DE L'ASSOCIATION

Les objectifs de la Société française de Psycho-Oncologie : Séminaire de Septembre 1997, Angers.

Le point de vue du cancérologue chez l'adulte

Claude CHARDOT*

1 • Il est souhaitable que la Société Française de Psycho-Oncologie offre aux adhérents et aux auditeurs des exposés littéraires, culturels et éthiques, à l'occasion des journées annuelles, des enseignements universitaires et des sessions de formation, quelle que soit la profession des inscrits. Les malades et les familles, les soignants eux-mêmes affrontent des situations extrêmes qui demandent une culture et une maturité, une sagesse, une sensibilité et un tact qu'il faut susciter chez tous les acteurs de soins et d'assistance. Le succès des sciences et des technologies a supplanté au milieu du XXème siècle la culture littéraire et philosophique qui est sous-développée dans l'enseignement secondaire et ultérieur. Il faut encourager et nourrir une culture élargie au-delà des technicités médicales et psychologiques, car elles ne suffisent pas pour répondre aux besoins profonds des malades, des familles et des soignants.

2 • L'information des malades et des familles, la communication des acteurs entre eux dans l'exercice pluridisciplinaire de la cancérologie, demandent une bonne capacité d'échanger et de communiquer. Il faut aider et valoriser le discours et son adaptation aux capacités de compréhension de l'interlocuteur, la précision et la clarté de l'expression orale et écrite.

3 • En cancérologie, la bonne entente et l'efficacité des différents acteurs, chacun dans leur spécificité professionnelle, demandent un effort permanent. Notre Société doit développer une bonne connaissance et le respect du rôle de chacun : celui des médecins spécialistes de diagnostic et de traitement, celui des infirmières et des professionnels paramédicaux, celui des psychiatres et psychologues, celui des assistantes sociales, celui des bénévoles et des religieux. Le congrès de Sion (Suisse) en 1998 est justement orienté vers l'étude des formations, des attributions et des savoir-faire de chacun en cancérologie.

4 • La Société doit encourager et développer la culture nécessaire pour chacun des acteurs, au-delà de leur formation technique propre. Ils doivent connaître quelque chose du rôle des autres et de leur apport spécifique aux malades. Les filières de formation doivent être étudiées dans ce sens pour chaque catégorie professionnelle :
- formation psychologique et éthique des médecins, réflexion sur leurs investissements affectifs à l'égard des malades, etc...
- formation et instruction des psychologues sur le milieu hospitalier et les différentes situations médicales que rencontrent les malades et leur famille,
- recyclage des connaissances cancérologiques pour les onco-psychiatres,
- formations spécifiques adaptées aux infirmières au-delà de leur technicité propre,
- formation des bénévoles dont le congrès d'Angers a bien montré tout l'intérêt.

5 • Comment se fait-il que les psychologues et onco-psychiatres ne s'intéressent pas aux actions de prévention : lutte contre le tabagisme (prévention chez les adolescents et sevrage des fumeurs), contre l'alcoolisme, contre les erreurs de diététique ? Le traitement des cancers du poumon est une bataille d'arrière-garde largement perdue ; la psychologie et la pédagogie de lutte contre le tabagisme sont les facteurs qui demain réduiront ou pas la mortalité.

6 • La gestion psychologique des consultations d'oncogénétique doit être l'objet de recherches et de suggestions pour l'exercice clinique. Le dépistage des cancers , ou diagnostic avant symptôme se substituera progressivement au diagnostic précoce sur les premiers signes. La psychologie du bien-portant, malade qui s'ignore, mais porteur d'un cancer latent, est différente de celle du consultant avec symptôme ; la psychologie doit apporter des lumières sur les problèmes spécifiques qu'il pose. Il faut une pédagogie appropriée aux personnes à dépister.
Je termine avec deux réflexions qui seront l'objet de discussions approfondies au cours de ce séminaire :
- notre Société doit développer des recherches quantitatives : mesure des facteurs psychologiques et sociaux favorisant le suicide, les états dépressifs, les modalités et les conditions du "faire-face" (le "coping" en anglais) des malades aux privations qu'ils rencontrent.
- il faut recruter à la Société de jeunes médecins orientés vers la cancérologie : radiologues, chirurgiens, médecins oncologues, médecins de santé publique, psychiatres.
Les précédentes remarques sont le fruit d'observations sur le terrain ; elles rencontrent certains objectifs assignés à l'onco-psychologie par J. Holland dans l'éditorial qu'elle a donné au premier numéro de la revue Psycho-Oncology**. Cet éditorial a été distribué en séance. On y lira particulièrement les objectifs n° 3, 4, 5, 6 et 11. L'adhésion de la Société Française de Psycho-Oncologie à l'Association Internationale (IPOS) est l'occasion pour nous d'envisager l'ensemble du champ concerné. ◆

* *Centre Alexis VAUTRIN, Nancy*
** *voir notes de lecture, p13 de ce numéro*

VIE DE L'ASSOCIATION

Prix Association Psychologie et Cancers

En 1997, le prix de l'Association Psychologie et Cancers a été décerné à deux candidates, pour leur mémoire respectif (voir compte rendu dans le n°17 du Bulletin de la Société Française de Psycho-Oncologie).
Voici la présentation de chacun.

Anne-Laure PELLAT
Mémoire de DESS de Psychologie clinique :
"Souffrance globale et souffrance du sujet soignant en cancérologie"
par J. PILLOT*

Ce mémoire tente d'approfondir à travers une expérience clinique riche et un cadre de réflexion analytique rigoureux à quoi tient la difficulté de soigner et de vivre en service de cancérologie.
Souffrances et problématiques personnelles, souffrances et problématiques de groupe, ce mémoire met en évidence à quels différents niveaux un individu et le groupe sont touchés : souffrance personnelle, souffrance professionnelle, souffrance institutionnelle, souffrance sociale. Il montre en quoi leurs équilibres sont souvent remis en jeu, et les stratégies défensives qu'ils mettent en place pour y faire face ; il décrit les limites des soignants, et leur nécessaire chemin à travers la souffrance dans une interrogation sur le sens de leurs soins, de leur travail, de la vie et de la mort en général.
Comme pour les malades atteints de cancer et leur famille, les soignants ont sans cesse à se situer entre la lucidité avec les risques du désespoir, et l'espoir avec les risques de l'illusion de la maîtrise.
Les paroles citées font choc et les situations évoquées mettent à mal toute idéalisation dans ce domaine. Les ambiguïtés et les ambivalences de l'individu, du groupe, et de l'institution apparaissent en filigrane ou clairement au fil du mémoire.
L'auteur démontre l'importance de la verbalisation et de l'élaboration dans une pratique de soin aussi impliquante pour le soignant dans sa personne et son rôle. Mais elle ne cache pas les réalités matérielles, les dérapages de l'usure, les impossibilités à penser et à ressentir, les résistances, les contraintes et les interdits du groupe. Il y a nécessité pour l'individu et le groupe de fonctionner et de maintenir une identité de soignant et d'équipe, équilibre sans cesse mis à mal par les échecs, les limites aux soins et à la communication, la mort des patients.
L'auteur conclut enfin que si cette souffrance est inévitable et parfois destructrice, elle peut être aussi le chemin d'une maturation constante, et qu'il est important qu'elle puisse être reconnue et partagée.

** J.P, Psychologue clinicienne*
Retraitée de l'Unité de Concertation pour le traitement des maladies cancéreuses
CHU A. MICHALLON Grenoble

Yolande RAMI
Mémoire pour le Diplôme Universitaire de psycho-oncologie et de soins palliatifs :
"Relation d'aide et rôle du cadre infirmier au sein d'un service d'hémato-oncologie"

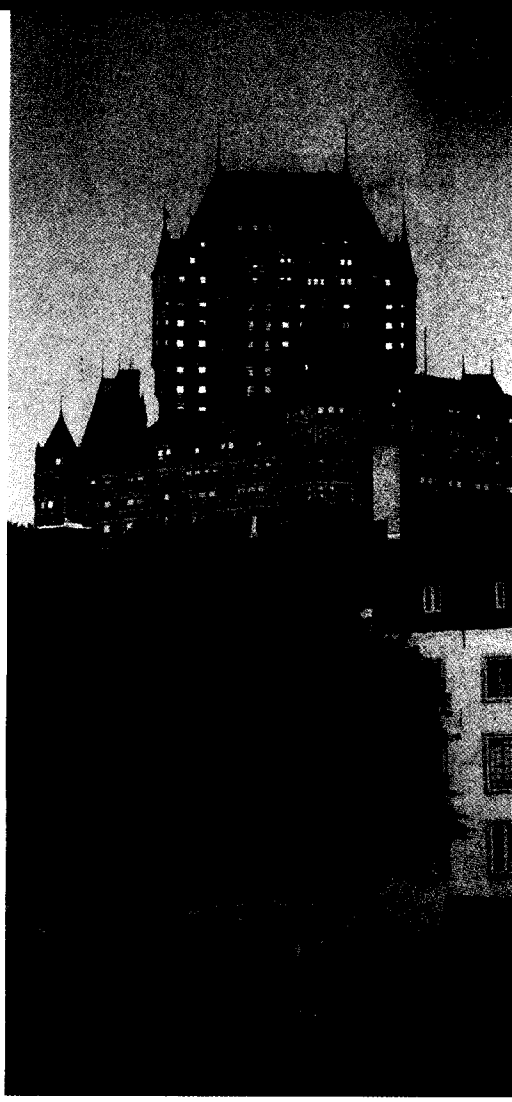
Conclusion :
La mort, le deuil, la séparation sont difficiles à supporter aussi bien sur le plan personnel que professionnel. Aider vraiment, cela veut dire s'impliquer et ne pas le faire équivaut à laisser le patient avec son angoisse de la mort. Nul ne peut rester indifférent face à la souffrance. Et il est bien difficile d'effacer de sa mémoire un visage, un regard, ou d'oublier un discours, une confidence. Nous sommes tous un jour confrontés à des situations nous impliquant émotionnellement, affectivement. Elles nous mènent à vivre des phases parfois douloureuses. Chaque soignant peut être à tout moment acculé à ses propres limites. Il est important pour les prendre en compte, de bien les connaître. Se culpabiliser, les refouler ne sert à rien, il faut en parler, les partager au sein de son équipe pour se donner les moyens de pouvoir maîtriser les limites. C'est aussi se donner les moyens de mettre en place un relais par rapport aux collègues. Comme le disent Marie De Hennezel et Johanna de Montigny dans leur ouvrage "l'amour ultime" : "le travail du deuil collectif (verbalisé en équipe) est moins lourd que celui qui est porté en solitaire, surtout quand les pertes sont répétitives, quand la liste des patients morts est aussi longue que la liste des vivants". La relation d'aide ne répond pas au système des vases communicants et le soignant qui a mis en place une telle relation ne doit pas se "vider" pour "combler" son malade. Le bien du malade demeure toujours la seule raison d'être et de faire des soignants en atténuant les douleurs et les souffrances. Il n'y a pas de soin sans relation. Le rôle du cadre doit permettre à l'équipe de gérer cette évolution en lui donnant les moyens de la rendre plus efficace, plus adaptée en étant la moins pénalisante pour elle. Le soin technique s'apprend très rapidement mais la relation évolue toute la vie. ◆

De gauche à droite : le Professeur Henri PUJOL, cancérologue, Mme Nicole ALBY, psychologue (service d'aide aux malades de la Ligue Contre le Cancer), les deux lauréates encadrant le président PALLEZ, et le docteur Robert FRESCO, secrétaire général de la SFPO, l'Association Psychologie et Cancers, représentant le président, le professeur Francis LARRA.

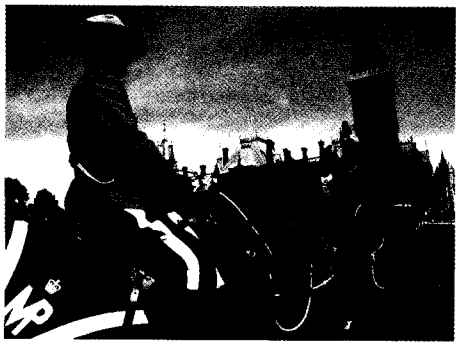
"La psycho-oncologie dans le monde"

Les progrès de la psycho-oncologie au Canada

Pierre A. Grégoire, PhD.*



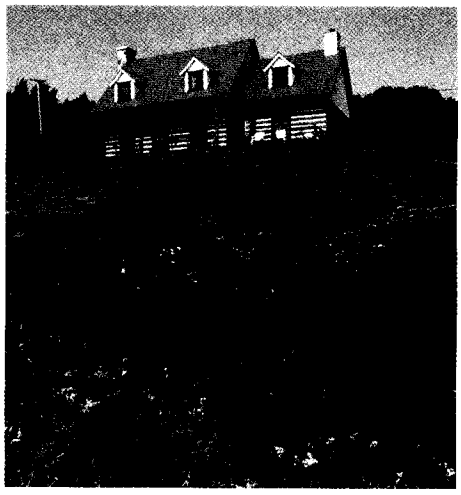
Au Canada, divers aspects de la psycho-oncologie se sont développés en s'inspirant tout d'abord des recherches sur le stress menées à l'Université de Montréal sous la direction de Hans SELYE dès les années 30. Puis, partant des travaux de Balfour MOUNT et de l'équipe des soins palliatifs de l'hôpital Royal Victoria de Montréal dans les années 70, un mouvement important s'est créé ayant pour but la sensibilisation et la formation de personnel spécialisé dans le domaine des soins pour les personnes en phase terminale.



Une troisième perspective s'est également développée dès le début des années 80, ayant comme objectif d'offrir un support psychologique et psychothérapeutique aux personnes atteintes de cancer et ce, avec une variété de techniques telles le biofeedback, l'imagerie guidée, les techniques de relaxation, l'art thérapie, le management du stress, les groupes de soutien, la thérapie de couple, ainsi que des suivis psychothérapeutiques à court et à long terme. Ces diverses interventions tentent de répondre aux besoins variés des personnes atteintes de cancer ainsi que leur famille, et ces dernières années ce travail en psycho-oncologie s'est développé afin d'inclure l'ensemble des maladies à haut risque de mortalité (life threathening illness) tels le SIDA.

La contribution majeure des recherches sur le stress, qui se continuent d'ailleurs jusqu'à nos jours, a été de créer une épistémologie et une méthodologie expérimentale dans ce domaine où l'intégration des processus biologiques et psychologiques reste un défi et parfois mène une controverse. Si les travaux sur le stress ont provoqué une interrogation sur l'interaction des divers éléments pathogènes reliés au cancer, réciproquement, ils ont inspiré des recherches sur les éléments psychologiques pouvant contribuer aux processus thérapeutiques. Dans ce domaine l'influence des travaux qui se font aux Etats-Unis demeure primordiale et les applications cliniques de ces modèles d'intervention psychologique demeurent, au Canada, plutôt sporadique. Cet état de fait est fort probablement relié à un travail de sensibilisation qui reste à faire mais également à un manque de recherche et de formation d'intervenants qualifiés en psycho-oncologie.

Au Canada, parmi les divers modèles d'intervention en psycho-oncologie, une influence de la pensée orientale s'est développée dans l'ouest du Canada, plus spécialement sur la côte du Pacifique, avec les travaux, entre autres, de Ishu ISHIYAMA de l'Université de Colombie Britannique et avec l'intégration de la Morita Thérapie aux diverses interventions psychosociales offertes aux personnes atteintes de cancer. La thérapie Morita, développée par le Dr. Shoma Morita (1874-1938), est une approche psychothérapeutique fondée à partir de certains principes de la philosophie orientale et qui s'est surtout répandue au Japon et dans la région de la côte ouest du Canada. Elle met l'emphase sur des thèmes et des techniques que l'on retrouve dans les approches cognitives ainsi que sur l'importance d'une relation thérapeutique partant de valeurs humanistes. Un autre aspect très important s'est développé dans la région Atlantique, à Halifax et à l'Université Dalhousie, grâce aux travaux de la Fondation Robert Pope, dont le but est de promouvoir une sensibilisation aux besoins psychologiques et humains des personnes aux prises avec le cancer.



Cette Fondation, dont le rayonnement s'étend à travers tout le Canada, organise des expositions et des groupes de travail et d'échange partant d'œuvres picturales de patients atteints de cancer et plus particulièrement l'œuvre de l'artiste Robert POPE.

A chacun de ces niveaux d'intervention, il reste à faire beaucoup de travail tant sur les plans de la recherche que de la formation et la sensibilisation à une approche intégrée à la thérapie de la personne atteinte de cancer. Egalement, de nombreux projets régionaux reposent avant tout sur les initiatives personnelles des intervenants, ce qui souligne l'importance d'organismes internationaux car ils demeurent une source primordiale de mobilisation des énergies en ce domaine. ◆

* *Royal Victoria Hospital, MONTREAL, Canada*

Nous avons relevé pour vous

▶ **Appel à projet**
La Fondation de France lance un appel à projets pour développer les soins palliatifs en France, et améliorer la qualité de la prise en charge des personnes en fin de vie et de leur famille.
Elle soutiendra particulièrement les projets favorisant la pratique des soins palliatifs à l'échelle d'un établissement, dans les services actifs (médecine, oncologie, hématologie, neurologie, réanimation, ...) accueillant des personnes en fin de vie, dans les services de soins de suite et de soins de longue durée.

Les demandes de candidature sont à adresser à : Fondation de France, Thérèse DOSSIN, 40 rue HOCHE, 75008 - PARIS, tél : 01 44 21 31 28, Fax : 01 44 21 31 54

▶ **Association Yves PELICIER**
Cette association a pour but la création dans les délais les plus courts d'une "Fondation Yves PELICIER". L'association prévoit notament de réaliser la communication des travaux du Professeur Yves PELICIER auprès de la communauté scientifique internationale, de donner une continuité à ses recherches et à son travail dans les années à venir et de créer un site Internet, autour des thèmes de psychiatrie, santé mentale et neurosciences et sciences humaines.
Montant de la cotisation = 200F, à adresser à l'Association Yves PELICIER, 8 avenue HOCHE, 75008 - PARIS,
Tél : 01 06 60 46 06 49
Fax : 01 46 51 12 51

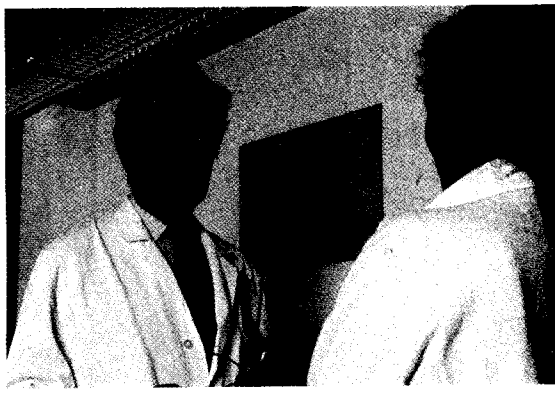
▶ **Création d'une vidéothèque**
Nous souhaitons créer une vidéothèque réunissant des films concernants des sujets de psycho-oncologie réalisés par des professionnels ou amateurs.
La Société Française de Psycho-Oncologie encourage la réalisation de telles œuvres, et peut concourir à les mettre à la disposition de ses membres et à tous ceux qui sont sensibles aux aspects psychologique de la maladie cancéreuse.
Nous sommes à votre disposition pour vous conseiller ou participer à la création et à l'enrichissement d'une telle vidéothèque.

Dr. Alain SALIMPOUR
Centre Antoine LACASSAGNE,
33 avenue de Valombrose,
06189 Nice cedex 2

La Commission de Coopération Médicale Intercentres de psycho-oncologie

Dr Pierre SALTEL*

La Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer a initié, en 1993, un processus de rédaction de "Recommandations pour la pratique clinique" en Cancérologie qui sont des "propositions développées méthodiquement, pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données".



Le Comité responsable de ce travail a souhaité que la Psycho-oncologie fasse l'objet d'un chapitre indépendant, et c'est ainsi que des psychiatres et psychologues ont travaillé ensemble à la rédaction de ce document (publié en 1995 dans le Bulletin du Cancer).

Ceci impliquait partage d'expériences, confrontation des idées, discussions parfois vives sur les diverses références théoriques, les modalités d'interventions et a fait apparaître l'absence de données issues de travaux français, tant à propos de l'évaluation des besoins que des résultats des différentes actions conduites auprès de patients cancéreux, de leurs familles, ainsi qu'auprès des soignants.

A l'évidence, si de nombreux professionnels psychologues participent désormais au quotidien des soins dans des services de cancérologie, peu d'évaluations systématisées sont conduites en France. L'analyse de la littérature, essentielle dans le cadre d'une démarche de "Recommandations", est difficile, le plus souvent réduite aux expériences anglo-saxonnes que des connotations socioculturelles particulières rendent difficilement transposables.

La Commission de Coopération Médicale Inter Centres (CCMI) qui comprend divers groupes, soit monodisciplinaires, soit pluridisciplinaires, représentait un cadre institutionnel adapté à la coordination de telles recherches. Au printemps 1996, nous avons obtenu l'accord du Conseil d'Administration de la Fédération, pour la création d'un groupe monodisciplinaire CCMI de Psycho-oncologie. Un règlement intérieur formalise la participation à ce groupe :

- Tous les professionnels diplômés en psychologie et en psychiatrie, salariés au moins à mi-temps dans un CLCC qui en font la demande avec l'accord écrit de leur Directeur, sont "Membres du groupe".

- Peuvent être "Membres Associés" tous les professionnels "psy" salariés dans d'autres structures de soins ou dans un CLCC, mais à temps plus partiel.

- Les "Membres du Groupe" élisent un secrétaire et un secrétaire adjoint (élus pour deux ans).

Actuellement, le groupe travaille à la mise à jour du texte S.O.R. (Standards, Options, Recommandations), ce qui est l'occasion d'un approfondissement très enrichissant de la réflexion sur la spécificité de la Psycho-oncologie. Le principe d'une "veille bibliographique" assurée par plusieurs d'entre nous a été retenu.

Un projet de protocole multicentrique, à propos de la faisabilité et de l'utilité du recours aux techniques de groupe en Cancérologie, est en cours de discussion (Sylvie SCHWAB en assure la coordination).

Il est souhaitable que débutent prochainement des travaux de validation pour un public francophone, en vue de produire des outils de quantification en Psycho-oncologie.

Les personnes intéressées par ces démarches en commun peuvent se manifester, soit auprès du Docteur P. SALTEL (CLB Lyon), soit auprès de N. LANDRY-DATTEE (IGR Villejuif). ◆

** Centre Léon BERARD, LYON*

Nous avons relevé pour vous

▶ ***Euthanasie sous le troisième Reich*.Alain SALIMPOUR***

Alors qu'en Hollande 4.000 malades ont été euthanasiés sans leur consentement et que l'Australie connaît son premier cas d'euthanasie légale, l'étude du Docteur Salimpour rappelle l'implication des médecins nazis dans le massacre des malades mentaux.

L'extraction de "cette impureté de la race aryenne" était basée sur des arguments scientifiques, humanitaires et économiques.

Créé en septembre 1939, un Comité d'Euthanasie de 25 médecins, dont 7 neuropsychiatres universitaires, accorde "la délivrance par la mort aux malades incurables", et bientôt aux épileptiques, faibles d'esprit et nouveau-nés malformés, soit environ 300.000 personnes. Les personnels des 6 centres d'exécution prêtent un serment d'obéissance et de secret. La violation de ce serment euthanasique est punie de mort.

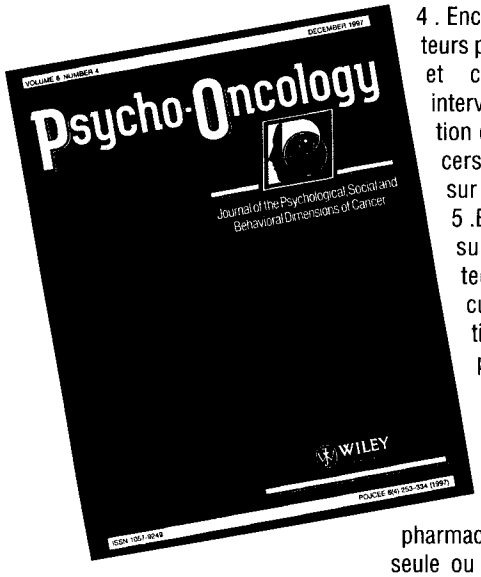
L'action de médecins-directeurs, de prêtres, de pasteurs et de juristes interrompt cette action en août 1941. Mais elle sera poursuivie selon d'autres modalités et 100.000 malades mentaux seront exécutés.

Par respect pour le fou, être de souffrance, Alain Salimpour refuse le terme de folie pour Hitler et parle de son "cancer psychique" : pour se protéger de l'impureté des malades mentaux, Hitler recourt à la "désinfection" des innocents.

Alain Salimpour rappelle que, sous Vichy, dans les hôpitaux psychiatriques français, 40.000 malades mentaux ont subi une euthanasie passive par la famine. Dans l'éventualité d'une loi française autorisant l'euthanasie sous certaines conditions, l'auteur recommande de connaître et de méditer les arguments utilisés par les nazis.

**Texte à demander au Dr Alain Salimpour, Centre A. Laccassagne, 06054 NICE*

Nous avons lu pour vous



A propos de l'éditorial de Jimmy C. HOLLAND, psychiatre, dans le premier numéro de la revue "PSYCHO-ONCOLOGY" Vol 1 : 1.13 (1992) intitulé :

"Psycho-oncologie : vue d'ensemble, obstacles et perspectives".

Dans l'éditorial du premier numéro de la revue américaine : «Psycho-Oncology», Madame le Professeur J.HOLLAND avait présenté une large réflexion sur les objectifs de la psycho-oncologie. Elle avait défini les objectifs de la psycho-oncologie comme suit ; j'en donne une traduction.

1 . Encourager l'éducation et la formation de groupes de cliniciens et de chercheurs dont l'expérience spécialisée est appelée psycho-oncologie, et que leur formation spécialisée identifie comme psycho-oncologue.

2 . Encourager l'intégration des soins psychologiques dans tous les soins médicaux dispensés aux malades et aux familles à tous les stades de la maladie par tous les professionnels de santé qui interviennent en cancérologie.

3 . Développer des programmes d'étude en psycho-oncologie avec un tronc commun pour tous et des modules spécifiques pour répondre aux besoins particuliers à chaque discipline cancérologique (médecins cancérologues, infirmières, travailleurs sociaux) afin que les principes d'un accompagnement psychologique de qualité soient incorporés à l'ensemble des soins.

4 . Encourager l'étude des facteurs psychologiques, sociaux et comportementaux qui interviennent dans la prévention et le dépistage des cancers; évaluer leur impact sur la survie.

5 .Encourager la recherche sur l'influence des facteurs géographiques et culturels dans l'adaptation au stress engendré par les cancers.

6 . Encourager des essais contrôlés de psychothérapie individuelle et comportementale, de psychopharmacologie, chacune à elle seule ou combinée, pour traiter l'angoisse selon la localisation cancéreuse, le stade et le traitement en cours.

7 . Améliorer la prise en compte des questions psychologiques et sociales chez les malades qui reçoivent un traitement radical ou palliatif ou qui sont en fin de vie, ou encore chez ceux qui, après leur traitement, sont en guérison apparente.

8 . Porter attention aux valeurs humaines, éthiques et spirituelles lors des soins aux malades, en particulier à l'occasion des décisions prises en fin de vie et à l'occasion des protocoles expérimentaux de traitement.

9 . Etudier le stress psychologique que subissent les soignants et les moyens d'éviter un choc en retour sur leur bien-être et sur la qualité des soins qu'ils dispensent.

10 . Considérer la qualité de vie qui peut résulter des essais thérapeutiques cliniques, s'ils sont l'occasion d'améliorer l'information donnée au malade au moment du choix thérapeutique.

11 . Promouvoir le traitement global pour améliorer la qualité de vie en libérant le malade de sa maladie et en favorisant la récupération fonctionnelle dans les principaux domaines de la vie.

12 . Travailler auprès des collectivités locales, nationales et internationales à l'obtention des ressources nécessaires pour réduire le risque cancérologique et pour promouvoir la réinsertion avec un accès égal de tous à ces moyens. Parmi les objectifs proposés par J.HOLLAND, il n'en manque pas qui n'aient été visés par notre Société ou qui soient en projet. On trouvera dans l'éditorial de J.HOLLAND bien d'autres discussions et évocations très approfondies, en particulier des interférences de la psycho-oncologie avec les spécialités traditionnelles de la cancérologie. Les lecteurs du Bulletin, s'ils veulent y consacrer le temps nécessaire, y trouveront un grand intérêt. ◆

Claude CHARDOT*

**Centre Alexis VAUTRIN, Vandoeuvre-lès-Nancy*

▶ ***Alcohol and cancer : a review for psycho-oncologists***

J. C. Lundberg, S. D. Passik., Psycho-Oncology, 1997, 6, 4 : 253-266,

Après une revue des liens entre la consommation d'alcool et le développement de certains cancers (voies aéro-digestives supérieures, foie, sein, colon, rectum, pancréas), les désordres psychiques observés chez les alcooliques (anxiété, comportements antisociaux, troubles affectifs) sont décrits : ils atteignent le tiers des alcooliques. Plus fréquents encore sont l'encéphalopathie (65%) ou la psychose (53%). Le rôle du psycho-oncologue dans le dépistage et la gestion des troubles associés liés à l'alcoolisme est essentiel. La méthode proposée est mixte, psychothérapique et pharmacologique (benzodiazépines), et requiert la collaboration de tous.

JB

▶ ***A qualitative study of breast cancer self-help groups***

R. Gray, M. Fitch, C. Davis, C. Phillips., Psycho-Oncology, 1997, 6, 4 : 279-289

Des groupes d'entraide de femmes atteintes de cancer du sein fonctionnent au Canada (Ontario) depuis plus de 15 ans. Une recherche effectuée par interviews auprès de 24 femmes ayant l'expérience de 4 groupes différents a exploré les bénéfices, les tensions et les limites de tels groupes. Le niveau de satisfaction est très élevé. Les effets positifs sont liés à la rencontre avec d'autres patients, le partage de savoirs et d'informations, la liberté de la parole sur le cancer,

Nous avons lu pour vous (suite)

l'impression d'être comprise, le rire, l'aménagement de l'espoir. Ces effets semblent contrebalancer les difficultés rencontrées : recherche de sens à donner à la maladie, mais surtout la mort de certaines participantes.
L'évolution du groupe de soutien face à cette réalité l'amène à un niveau d'implication et d'adhésion différent, niveau qui n'est pas toujours accepté par l'ensemble des participants.
JB

▶ ***The psychological and psychiatric effects of rIL-2 therapy : a controlled clinical trial***
L. G. Walker, M. B. Walker, S. D. Heys, J. Lolley, K. Wesnes, O. Eremin., Psycho-Oncology, 1997, 6, 4 : 290-301
Les effets psychologiques et psychiatriques de l'interleukine-2 recombinante (rIL-2) ont été explorés chez 17 patients atteints de cancer colo-rectal étendu, 8 traités par 5-FU seul et 9 par 5-FU + rIL-2. L'efficacité anti-tumorale a été médiocre dans les deux cas. Divers tests psychométriques appliqués aux deux groupes de patients ont mis en évidence que l'association 5-FU + rIL-2 a entraîné une altération de l'énergie, de la confiance, de la concentration, des fonctions cognitives et de l'appétit ainsi qu'un niveau élevé de dépression avec des épisodes de confusion sans rapport avec l'insomnie ou la fièvre. Le bénéfice thérapeutique doit être évalué en tenant compte de la morbidité psychologique et de la dégradation de la qualité de la vie
JB

▶ ***Doctors in limbo : the United States " DNR " debate***
M. S. Lederberg., Psycho-Oncology, 1997, 6, 4 : 321-328
Depuis 1988 dans l'état de New York, la réanimation cardio-pulmonaire en cas de mort imminente est l'attitude de principe prescrite par la loi, même en cas de mort cérébrale ou d'inefficacité prévisible. L'attitude de " DNR " (Do Not Resuscitate) ne peut être appliquée que si le patient ou un substitut a expressément demandé l'abstention. Les conflits entre l'équipe hospitalière, les patients et leur entourage ont conduit le comité d'éthique du Memorial Hospital (NY) à mettre en œuvre un programme de formation et à organiser des groupes de parole : 85% des situations complexes font ainsi l'objet de discussions interprofessionnelles, avec parfois participation des familles lorsque le patient a perdu tout jugement. Une loi de 1990 autorise le patient à donner directives et procuration à une personne de son choix. Mais les médias et le public demeurent fascinés par les réanimations spectaculaires et les pouvoirs magiques de la médecine moderne.
JB

▶ ***Oncologie et gériatrie : aspects psychologiques, sociaux et thérapeutiques***
La Revue de Gériatrie, supplément au n°6, juin 1997, 95 pages
Dans ce numéro spécial, la Revue de Gériatrie publie les actes du congrès qui a eu lieu en juin 1996, organisé conjointement par la Société Française de Psycho-Oncologie, la Société Française de Gérontologie, la Société de Médecine Gériatrique Rhône-Alpes et la Société Rhône-Alpes de Gérontologie.
De nombreuses communications y sont rapportées traitant des problèmes spécifiques posés par la survenue du cancer chez le sujet âgé. En effet, si l'incidence des cancers augmente avec l'âge, les problèmes qu'ils posent au malade, à sa famille et au médecin varient aussi selon le vieillissement. Les décision thérapeutiques sont compliquées : la marge est souvent étroite entre le désir de donner des chances, et celui de ne pas dépasser les capacités d'adaptation et de récupération du patient. De plus l'espérance de vie étant limité chez le sujet âgé, la survenue du cancer peut-être perçue d'une façon moins dramatique, et induire une mobilisation insuffisante. D'où la nécessité d'une approche transdisciplinaire : "cancer et grand âge, ce n'est pas une idée rebattue, c'est un chantier de recherche clinique tout neuf pour les cancérologues et les gériatres. Ils ne pourront la mener à bout seuls, sans coopérer entre eux." (R. Moulias et Col., p15)
SS

Nous avons relevé pour vous

▶ **Oncogénétique, fraternité, citoyenneté et sélection**
Le développement des tests génétiques de prédisposition à divers cancers, (Nicole Alby préfère le terme de présomption), inquiète le monde du travail.
L'Institut National de Recherche sur la Sécurité ouvre un axe de recherche sur les indicateurs de prédisposition à des risques professionnels résultant de facteurs génétiques. Certes l'identification précoce d'indicateurs prémorbides pourrait améliorer la prévention. Mais salariés et médecins du travail redoutent l'utilisation de ces tests (sélection à l'embauche, adaptation du poste de travail au profil génétique).
Le Comité Consultatif National d'Ethique avait rappelé en octobre 1995 que l'identification des caractéristiques génétiques d'un individu ne peut se faire sans son consentement, ne peut être à l'origine d'une discrimination, doit rester exceptionnelle et ne dispense pas d'aménager l'environnement du travail. En septembre 1997, il souligne l'intérêt de toute connaissance pour la personne et le devoir de vigilance de la société.
Après un moratoire de 5 ans, les assureurs reconsidéreront en l'an 2000 leur position sur l'usage des tests génétiques. La déclaration des risques deviendra vraisemblablement nécessaire pour fixer le prix de la garantie. Les assurés indemnes de gènes délétères réclameront une réduction des primes.
Axel Kahn, au Colloque de la MGEN Science, Ethique, Solidarité, pense que la préférence de la société se déplace de l'assurance égalitariste ou mutualiste vers l'assurance équitable. Tout en soulignant l'atteinte à la solidarité, il comprend que l'employeur préfère s'appuyer sur la génétique plutôt que sur la graphologie ... Rappelant que racisme et exclusion ont précédé la génétique, il réclame un grand débat social sur le risque d'utilisation inégalitaire des tests génétiques.
JB

Diplome Universitaire de psycho-oncologie, Paris

La première année d'enseignement du DU de Psycho-Oncologie clinique s'achève. Cliniciens cancérologues et psycho-oncologues ont donné un enseignement vivant, concret, pratique, avec des échanges nombreux entre eux et avec les étudiants, eux-mêmes déjà souvent sensibilisés à la psycho-oncologie. Cet enseignement permet au clinicien cancérologue de mieux gérer ses relations avec les malades et mieux repérer en quoi le psycho-oncologue peut lui être utile.
Pour les psychiatres et les psychologues on espère avoir suscité des vocations de psycho-oncologue pour répondre aux besoins cliniques. Cet enseignement, bien utile dans le contexte actuel, est relativement accessible puisque constitué de cours multidisciplinaires avec un stage de courte durée en psycho-oncologie de terrain.

Pour les inscriptions et renseignements téléphoner au secrétariat du Professeur CONSOLI au 01-43-05-93-94 ou au secrétariat du Professeur BAILLET au 01.42.21.81.42.

Adhésion à la Société Française de Psycho-Oncologie

La Société Française de Psycho-Oncologie est une association scientifique qui a pour but l'étude des problèmes psychologiques en rapport avec les cancers, l'information, la sensibilisation et la formation des personnels médicaux et paramédicaux à tous ces problèmes et toute recherche dans ce domaine.

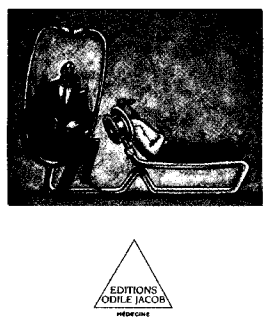
L'adhésion (200 francs par an) permet de recevoir le bulletin qui est édité quatre fois par an. Elle donne des réductions sur l'inscription aux congrès organisés ou soutenus par la Société.
Elle permet aussi de bénéficier d'un tarif préférentiel sur l'abonnement à la revue américaine : Psycho-Oncology.
Elle nécessite le parrainage de deux membres du conseil scientifique ou du conseil d'administration l'envoi d'un C.V. L'adhésion définitive du candidat est décidée lors de l'Assemblée Générale annuelle. Pour recevoir des informations complémentaires, écrire à :
Société Française de Psycho-Oncologie - Association Psychologie et Cancers,
Institut PAOLI CALMETTES
232 bd de Ste Marguerite
13273 - MARSEILLE cedex 09
tél : 04 92 21 33 97

NOTES DE LECTURE

La médecine psychosomatique en question

Le savoir du malade
Par Pascal-Henri KELLER
Editions Odile Jacob, année 1997, 282 pages

Dans ce livre qui porte sur la question de la psychosomatique un éclairage vif et inédit, KELLER retrace l'élaboration progressive et tâtonnante d'une notion impensable il y a peu de temps encore et largement admise aujourd'hui. Dans sa véritable critique de la raison psychosomatique, KELLER nous montre que cette notion n'est pas si immédiatement pertinente qu'il n'y paraît ; que l'invocation magique de ce terme ne lui confère pas aussitôt consistance. L'idée de psychosomatique qui vise essentiellement à penser la psyché et le soma comme un tout fonctionnel, se heurte tout d'abord au dualisme corps-esprit qui, depuis l'antiquité grecque ne cesse d'exercer sa puissante force d'attraction au cœur de la pensée occidentale.



Des premiers balbutiements, de la première recherche de modèles, de l'ère des pionniers (GRODDECK, FERENCZI, REICH) en passant par des travaux psychanalytiques plus élaborées (ALEXANDER, SPITZ), des formulations plus systématisées de l'Ecole de Paris (MARTY) jusqu'aux recherches actuelles (les continuateurs de l'école de Paris, le courant lacanien symbolique, quelques indépendants libres penseurs tels Joyce MCDOUGALL et SAMI-ALI), voici la passionnante et tumultueuse épopée d'une quête vers des horizons jamais explorés auparavant qui peut évoquer, non sans émotion, l'épopée des pionniers de l'aviation, qui eux aussi, et à quel prix, ont tenté de s'arracher à des pesanteurs auxquelles personne n'avait osé s'attaquer avant. C'est ce dont rend compte la première partie du livre de KELLER intitulée si justement Le foisonnement théorique.

La deuxième partie, qui porte comme sous-titre L'intransigeance du réel, nous plonge dans un domaine plus concret : les expérimentations animales de PAVLOV en Russie, les travaux des behavioristes américains (WATSON, SKINNER), d'étonnantes guérisons obtenues sous hypnose, les nombreux travaux faits sur l'effet placebo. Il apparaît toutefois que les modèles animaux ne sont pas facilement exploitables ; les comportementalistes, malgré d'évidents succès, n'ont pas réponse à tout ; peu de travaux ont jusqu'à présent validé l'hypnose : l'effet placebo n'intéresse guère que les épidémiologistes : bref le réel résiste, et le saut du psychique dans l'organique reste toujours aussi "mystérieux".

KELLER engage une discussion fondamentale et hautement pertinente sur ce qu'il appelle le "facteur psychique", jamais problèmatisé en tant que tel. Il nous fait ainsi apparaître la difficulté peut être la plus inattendue de l'approche psychosomatique : l'isolement de ce facteur psychique, fût-ce avec le statut modeste de cofacteur au sein d'un modèle multifactoriel de causalité, tend à nous ramener vers un dualisme faisant retour, alors que le monisme psychosomatique semblait si facilement à la portée de notre pensée naïve. Car ne l'oublions pas, il s'agit de penser véritablement le tout, l'entité psychosomatique : mais comment penser le tout à partir de sa division préalable en parties ; comment élaborer le monisme psychosomatique à partir du dualisme qui, jusqu'à présent, a fondé l'essentiel des concepts. Il est vrai aussi que l'appareil métapsychologique freudien sur lequel tente de s'appuyer la plupart des travaux psychosomatiques, en tous cas européens, semble plus adapté au cadre restreint de la psychopathologie qu'au défi radical que pose la maladie organique.

KELLER fait bien apparaître l'impasse dans laquelle se trouvent quasi inexorablement piégées les différentes élaborations psychosomatiques du fait précisément que leur monisme recèle un dualisme latent ; impasse de la théorie et aussi d'une pratique elle-même prise dans l'impasse théorique. KELLER, laissant la raison psychosomatique provisoirement à ses contradictions, se dégage, pour sa part, quelque peu des modèles théoriques explicatifs qu'il appelle "défectologiques" et qui ont pour caractéristique de faire intervenir un facteur psychique déficient, pour se tourner au travers d'une démarche plus descriptive, vers la relation thérapeutique. La relation thérapeutique-patient prise dans un "fonctionnement mental à deux" renverrait par "analogie", selon KELLER, au couple corps-psychisme. La psychosomatique s'orienterait ainsi vers une reconnaissance des "logiques du sujet" plutôt que vers le constat de ses "défections". ◆

Dr Théo LEYDENBACH

Le bulletin de la Société Française de Psycho-Oncologie - Association Psychologie et Cancers
Directeur de publication : Francois BAILLET
Rédacteur en chef : Anne-Emmanuelle ROCHE
Rédacteur en chef adjoint : Jacques BRUGERE
Comité de rédaction : Jean-Yves GENOT, Jean-Luc MACHAVOINE, Nicole PELICIER, Sylvie SCHWAB.
Annonceur : Rhône-Poulenc Rorer

LA LIGUE

Nous remercions la Ligue Nationale contre le Cancer pour l'aide qu'elle nous a apportée dans la parution de ce bulletin.

Bulletin d'abonnement

Nom :
Fonction :
Service (éventuellement) :
Adresse :

❒ souhaite recevoir le Bulletin de la Société Française de Psycho-Oncologie
❒ souhaite des informations complémentaires sur la Société Française de Psycho-Oncologie

Imprimerie SIS - Arcueil - Tél. 01 46 82 42 00