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

dans ce N° 21
Octobre • Novembre • Décembre 1999

2 3
SUPPRESSION DE LA FONCTION OVARIENNE DANS LE CADRE DU CANCER DU SEIN

4 5
CONGRES
•
La psycho-oncologie dans le monde
ASPECTS ORIGINAUX DE LA PSYCHO-ONCOLOGIE À NEW YORK

6
ÉLÉMENTS D'UNE PASTORALE

7
Libres propos
TUMEUR CÉRÉBRALE DE L'ENFANT, LA VIE APRÈS...

8 9
Libres propos
ASPECT DU PROBLÈME DE LA TOUTE PUISSANCE DU THÉRAPEUTE
•
FORMATIONS

10 11
GUÉRIR ET SE SENTIR BIEN

12
Vie de l'association
HOMMAGE À ÉMILE RAIMBAULT

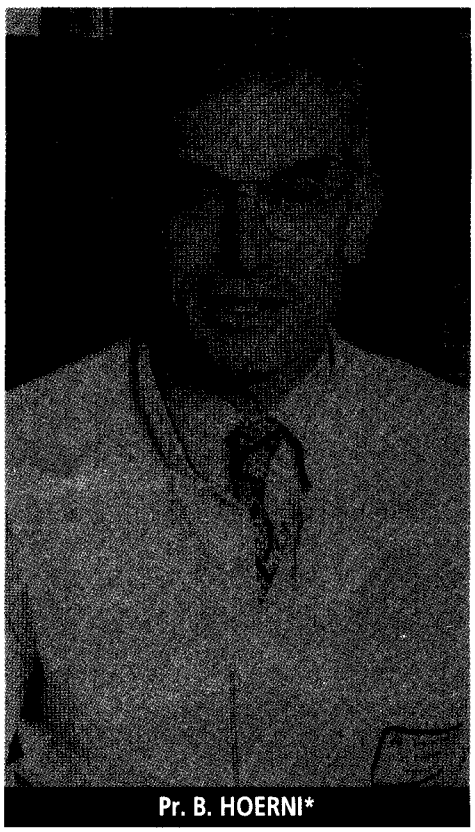
13
Nous avons lu pour vous
•
Vie de l'association

14
JOURNEES REGIONALES DE PSYCHO-ONCOLOGIE / AVIGNON

16
Notes de Lecture
PSYCHANALYSE ET CANCER

**Nous nous excusons auprès de nos lecteurs du retard avec lequel le numéro précédent a été distribué, retard dû à un problème de routage.**

# Il faut informer les patients



Pr. B. HOERNI*

L'arrêt rendu le 25 février 1997 par la Cour de cassation et inversant la charge de la preuve en matière d'information médicale des patients a enfin ébranlé la communauté médicale.

Pour résumer, une jurisprudence constante conduisait le malade se plaignant d'avoir été peu ou non informé à apporter la preuve de ce défaut d'information : preuve "diabolique" s'il en est, dont on peut se demander comment elle pouvait être donnée. Désormais, dans la même situation, il reviendra au médecin d'apporter la preuve qu'il a informé le patient. (Chacune de ces deux positions se fonde respectivement sur le premier et le second alinéa du même article 1315 du Code Civil).

Une telle évolution n'a rien de surprenant. On peut seulement s'étonner qu'elle soit si tardive. Il existe en effet un précédent arrêt de la Cour de cassation du 28 janvier... 1942 (arrêt Teyssier) indiquant l'obligation, pour un chirurgien, "d'obtenir le consentement du malade avant de pratiquer une opération", donc impliquant une information préalable, "imposée par le respect de la personne humaine pour "éviter une atteinte grave aux droits des malades". Plus près de nous, la mission Hugues Mac Aleese concluait en juin 1980 au défaut d'information des malades en milieu hospitalier auquel il était souhaitable de remédier. Puis la loi portant réforme hospitalière du 31 juillet 1971 faisait obligation aux établissements de santé, publics ou privés de communiquer sur leur demande aux patients, par l'intermédiaire d'un médecin "les informations médicales contenues dans leur dossier médical". Puis une des lois de bioéthique de juillet 1994 inscrivait dans le Code Civil l'article 16-3 imposant le consentement de l'intéressé avant toute atteinte à l'intégrité de sa personne. Enfin, début septembre 1995, le Code de déontologie médicale inscrivait en son article 35 l'obligation pour le médecin d'informer "la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille".

L'arrêt du 25 février 1997 n'aura été qu'une goutte d'eau faisant déborder un vase déjà plein, mais dont le contenu restait étrangement méconnu.

Il n'en va plus de même et chacun, médecin comme patient, ne peut que s'en féliciter. Le nécessaire respect dû aux personnes ne pouvait plus s'accommoder de silences ou de dissimulations qui ont fait leur temps.

Il faut donc informer les patients. Qu'ils soient cancéreux ou non ne change pas grand chose à l'affaire. Mais cette affirmation enfin acquise soulève plus de questions qu'elle n'en résout. La meilleure définition de cette information est donnée par le Code de déontologie : "loyale, claire et appropriée". Les deux premiers adjectifs prêtent peu à discussion. On se demandera un jour comment on a pu si longtemps s'accommoder d'information déloyale, serait-ce sous le prétexte d'un "mensonge charitable" ; il était pour le moins paradoxal d'entendre des médecins souhaiter la confiance des patients, tout en prétendant qu'il fallait souvent leur mentir. La clarté va moins de soi au fur et à mesure que la médecine s'enrichit d'un jargon technique ou fait de sigles, dans lequel même des médecins peuvent avoir du mal à se retrouver. Le troisième adjectif est déterminant, traduisant la variété, la complexité et la subtilité de la "rencontre singulière" (P. Ricoeur) entre praticien et patient. L'information doit être appropriée d'abord au patient, à ses besoins, à ses interrogations, à ses soucis, à son organisation pratique ; elle dépend aussi de la maladie, de son stade évolutif ; elle dépend enfin du moment qui fait varier la maladie, son traitement et son pronostic, mais aussi le malade qui un jour peut souhaiter peu d'information pour en désirer plus le lendemain avec des dispositions d'humeur variable : Hippocrate disait déjà que "l'instant propice est fugitif".

Les termes de l'arrêt de la Cour de cassation ont pu inquiéter. Mais cette même Cour a rendu un arrêt différent, dans une affaire voisine de la première, le 14 octobre 1997, avec une argumentation du rapporteur, le conseiller Pierre Sargos, qui confirme la sagesse de la Cour. On y lit qu'il faut "toujours préserver le droit pour tout médecin d'adapter et d'expliquer l'information en fonction et dans l'intérêt de son patient", "qu'un médecin n'est pas tenu de remplir par écrit son devoir de conseil", que "figer systématiquement l'information dans un écrit serait un non-sens humain et médical", "qu'il ne s'agit pas de noyer le patient sous une multitude d'informations".

On ne saurait mieux dire. En attendant une éventuelle jurisprudence supplémentaire qui serait plus complète, on se rappellera la remarque du psychiatre américain Jay Katz : "Que faut-il dire au patient ? Il faut le leur demander". ◆

* *Institut Bergonié, Bordeaux*

SITUATION PRATIQUE

# « Suppression de la fonction ovarienne dans le cadre du cancer du sein : aspects psychologiques et implications pratiques. »

C. Lanzarotti *, M. Spielmann**, F. Rochard***, E. Lartigau****

*La suppression ovarienne (SO), traitement complémentaire parfois nécessaire chez des patientes traitées pour un cancer du sein, peut être définitive ou temporaire.*
*Chez les femmes non ménopausées au moment de leur cancer, les oncologues ont le souci de privilégier cette seconde alternative, et lorsque c'est réalisable au plan médical, cette suppression se fait sur le mode de la prise orale d'un traitement hormonal pendant plusieurs années (TAMOXIFENE®).*
*La possibilité et en tous cas l'espoir d'une récupération ultérieure du fonctionnement normal de leurs ovaires est ainsi laissé à ces patientes.*
*Si certains des aspects psychologiques qui accompagnent les effets de ce traitement ne lui sont pas typiques, on peut en repérer qui sont caractéristiques de cette situation. Ils se rattachent à ce que signifie, pour une femme, l'arrêt soudain de sa menstruation et de sa fertilité - même si c'est de façon provisoire - à un moment de sa vie qui n'implique pas naturellement ce type de renoncements.*
*Après avoir précisé les particularités physiologiques et psychologiques de la SO, cet article va se centrer sur la façon dont les médecins peuvent présenter le traitement à leurs patientes, et sur l'aide qu'ils peuvent leur apporter par rapport aux questions de fertilité et de sexualité.*

**• Rappel des particularités de la SO dans ce contexte :**

Pour des raisons de contre-indication médicale, ces patientes ne peuvent pas bénéficier d'un traitement hormonal de substitution permettant de diminuer, voire d'éviter les effets physiologiques accompagnant l'interruption de la fonction ovarienne.

Elles sont ainsi confrontées de façon assez abrupte à : des bouffées de chaleur ; une éventuelle sécheresse vaginale pouvant entraîner des douleurs pendant les rapports sexuels ; une diminution voire une disparition du désir sexuel.

**• Répercussions psychologiques et sociales possibles :**

La baisse du désir sexuel, qui contraste souvent avec une sexualité jusque-là bien investie, introduit chez certaines patientes un doute sur leur identité féminine: " ne plus avoir de désir sexuel à mon âge, c'est ne plus être une femme ".

Elles peuvent aussi se demander si, ayant des problèmes qui sont rattachés à la ménopause, elles sont devenues " vieilles " d'un seul coup : elles expriment de cette façon une question sur le groupe social auquel elles appartiennent désormais.

Certaines patientes peuvent aller jusqu'à se sentir remises en cause non seulement dans leur identité sexuelle, mais dans l'identité globale. Leur question devient alors : " qui suis-je devenue ? ".

Chacune de ces questions marque la difficulté à trouver une cohérence à ce qui est vécu : la conception de soi-même qui préexistait au cancer, le sentiment intuitif de ce qu'on était, n'arrive pas à coïncider ou à trouver de points communs avec les nouveaux sentiments et perceptions.

Cette mise en doute peut bien sûr être très variable. Elle peut être légère et peu importante, mais elle peut aller jusqu'à l'impression de " perdre la tête ", ce que l'on entend clairement lorsqu'elles passent de la question " qui suis-je devenue ? " à la question " que suis-je devenue ? ".

**• Quel fonctionnement psychologique particulier peut-on observer chez ces patientes ?**

L'image de vases communiquants est celle qui vient à l'esprit et qui en rend le mieux compte: dans les premiers temps de la mise en place du traitement, soit elles sont préoccupées par les transformations physiologiques qu'elles vivent et par tous les effets secondaires qui les gênent, soit elles sont tourmentées par l'idée de la gravité de leur maladie et donc par le risque de rechute et la menace de mort.

Chez certaines de ces patientes, tout se passe comme si une de ces préoccupations chassait l'autre, comme si les deux ne pouvaient pas coexister dans le même temps psychique.

D'autres patientes peuvent osciller dans un même temps entre les deux. Cet aller retour, ce va-et-vient qu'elles peuvent effectuer entre ce qu'elles ressentent des effets secondaires de la suppression ovarienne, et ce qu'elles pensent de la gravité de leur maladie, semble les aider à mieux supporter à la fois l'une et l'autre.

**• Comment présenter et proposer ce traitement ?**

Il est très délicat d'aborder avec une jeune femme la nécessité d'interrompre, même de façon temporaire, le cours normal du fonctionnement de ses ovaires.

Même si le sein est mis en avant comme le symbole classique de la séduction et de la maternité, les ovaires, organes cachés et invisibles, véhiculent aussi l'accès symbolique au statut de femme ainsi qu'au statut de mère.

Pendant les entretiens psychologiques, les patientes relatent la façon dont le traitement leur a été présenté, et on peut remarquer qu'il existe une sensibilité particulière aux mots prononcés pour dénommer le traitement et la situation. L'idéal est de parler le plus objectivement

possible du traitement. Le terme de castration ne devrait pas être employé : il est chargé d'images qui peuvent avoir un effet traumatique.
Des expressions telles que " il faudrait mettre vos ovaires au repos ", ou " il est nécessaire d'agir sur le fonctionnement de vos ovaires " sont celles que les patientes reçoivent le plus simplement et auxquelles elles n'associent pas d'images choquantes ou déstabilisantes.

**• Faut-il systématiquement parler de ménopause à ces patientes ?**

Des enquêtes anthropologiques ont montré que la ménopause n'est pas seulement une étape biologique, mais aussi un fait social.
Elle est globalement associée par les femmes françaises aux problématiques de féminité/ perte de la féminité, et de jeunesse/vieillesse.
Or, un certain nombre de patientes ne font pas forcément le lien entre un geste sur leurs ovaires, et l'idée d'être en ménopause. On peut penser que si elles ne le font pas, il n'est pas utile de le leur imposer. Plus encore, on peut faire l'hypothèse que si on les préserve de l'idée qu'elles sont en ménopause alors que ça ne correspond pas à leur développement psycho-sexuel normal, elles supporteront mieux le traitement, du point de vue psychologique.
Quant à celles qui font directement le lien, leur médecin peut leur faire remarquer que même si elles ont un fonctionnement hormonal perturbé, cela ne les assimile pas pour autant aux femmes ménopausées pour tout le reste de ce que la ménopause véhicule d'habitude.

**• L'aide que le médecin peut apporter dans cette situation : 3 aspects thérapeutiques**

On a vu que les dimensions de perte de contrôle de son fonctionnement mental et de perte de compréhension de soi-même, pouvaient être en jeu chez ces patientes.
Le rôle aidant du médecin peut donc être tout d'abord de reconnaître ces difficultés, voire d'en parler à l'avance au moment où il présente la nécessité du traitement à sa patiente.
C'est une attitude qui peut être thérapeutique par 2 aspects : identifier la complexité d'une situation, et assurer d'avance un dialogue sur les difficultés qui pourraient l'accompagner.
Il est important que ces propos de réassurance psychologique émanent du médecin, car cela apporte un 3ème aspect thérapeutique : la patiente qui réalise qu'elle réagit comme un bon nombre de ses " paires " suivies par le même médecin, est amenée à comprendre que ce n'est pas son fonctionnement psychique personnel qui est en cause, mais que c'est la situation dans laquelle elle est placée, qui la fait réagir ainsi.
D'une manière très simple, on peut dire que plus les patientes ressentent que leurs réactions sont naturelles et partagées, mieux elles arrivent à contrôler leur impression de " perdre la tête ", et plus elles essaient alors de lutter activement et de faire face aux problèmes qu'elles rencontrent.

**• Les questions concernant la fertilité :**

Les patientes préménopausées qui souhaitaient avoir des enfants et ont un cancer du sein doivent se battre sur 2 fronts en même temps : la lutte contre la maladie, et la suspension ou la perte de la possibilité d'enfanter.
Cela peut être extrêmement perturbant pour un certain nombre de femmes. Autant des femmes en couple, qui se culpabilisent de priver leur conjoint de sa paternité, que des femmes célibataires qui redoutent de ne jamais pouvoir nouer de relation amoureuse stable à cause de cela.
Certaines patientes vont ajourner ce problème et se concentrer pendant les premiers mois voire plus longtemps, sur d'autres aspects liés à la maladie.
D'autres au contraire vont rester centrées sur leur souhait d'avoir des enfants et auront besoin de considérer leur cancer comme un élément qui retarde leurs projets, mais ne les annule pas.
Dans ce temps de gestion intellectuelle et affective de la suspension ou perte de la fertilité, il peut être utile pour ces patientes de se catalyser sur les techniques permettant de préserver même partiellement la fertilité (stockage d'ovules, congélation, réimplantation etc.), ou sur l'idée de l'adoption.
Les cancérologues et spécialistes n'ont pas forcément l'habitude de parler de ces questions avec leurs patientes : pour certains, l'urgence est d'abord le traitement de la maladie. D'autres peuvent être gênés par des propos de frustration et/ou de douleur morale auxquels ils ne savent pas comment répondre.
Dans ce contexte comme dans d'autres, il suffit souvent d'avoir écouté la patiente et d'avoir permis qu'elle exprime ses sentiments, pour l'aider.
Rappeler aussi pourquoi ce traitement a été proposé, en replaçant les choses sur le plan de la lutte contre la maladie peut aussi être une attitude qui favorise le cheminement psychologique de la patiente.

**• Les problèmes de sexualité :**

Il faut savoir que plus la sphère sexuelle est explorée tôt dans la prise en charge médicale, et plus elle est facile à gérer par la suite.
En posant AVANT le traitement quelques questions sondant l'existence ou non de difficultés d'ordre sexuel, le médecin fait comprendre à sa patiente que c'est un sujet possible de discussion et que c'est une sphère incluse dans la relation médecin/patiente.
Cela institue un cadre de confiance qui autorise à la fois les patientes à s'exprimer, et les médecins à les adresser s'ils l'estiment nécessaire à des collègues sexologues ou psychologues en complément de leur suivi médical, sans que leurs patientes se sentent jugées ou abandonnées, bien au contraire. ◆

** Psychologue, Unité de Psycho-Oncologie et Pathologie Mammaire*
*** Chef de Service d'Oncologie Médicale*
**** Département de Chirurgie*
***** Département de Radiothérapie*
*Institut Gustave ROUSSY, Villejuif.*

## CONGRÈS

▶ ***29 Janvier 1999, Ligue Nationale Contre le Cancer, 1, Avenue Stéphane Pichon, 7513 PARIS***

Journée des Psychologues, Psychiatres et Psychanalistes travaillant en onco-hématologie. Journée sous l'Egide de la Ligue Nationale Contre le Cancer et de la Société Française de Psycho-Oncologie, animée par Nicole Alby et Andrée Lehmann
*Renseignements : Nicole Alby*
*Fax : 01 45 49 91 58*
*(Inscription : 200 FF)*

▶ ***Du 2 au 5 Février 1999, Palais des Congrès, PARIS***

9ème Congrès sur les Traitements anti-cancéreux (SOMPS)
*Renseignements et Inscriptions : Service du Pr Khayat,*
*Tél. 01 42 16 04 76 51*

▶ ***Du 18 au 20 Février 1999, NICE Acropolis, France, SFPO***

11éme Congrès International : "Supportive care in cancer", sous l'égide de la Fédération Française des CLCC, et avec la participation de la Ligue Française contre le Cancer et de la Société Française de Psycho-Oncologie
*Renseignements : Dr Michèle VIOT, Laboratoire de biologie, Centre Antoine LACASSAGNE, 33 avenue de VALOMBROSE, 06189 - NICE,*
*Tél. : 04 92 03 12 59,*
*Fax : 04 93 81 72 77*

▶ ***Du 11 au 14 Mars 1999, BRUXELLES, Belgique***

2ème Conférence Mondiale " Breast Cancer Advocacy "
*Renseignements : NBCC World Conference, Reg. C/o McVeigh Associates, Garden City, NY USA*
*Fax 00 1 516 742 9103*

▶ ***Du 17 au 19 Mars 1999, Palais des Congrès, TOURS***

*3ème Congrès des Soins Palliatifs en Hématologie : La Souffrance des Soignants – Aspects Psycho-Sociaux de la fin de vie*

"La psycho-oncologie dans le monde"

# Aspects originaux de la psycho-oncologie à New York

## Interview du Professeur J.C. Holland,

**par le Dr Sylvie Dolbeault**
**Memorial Sloan Kettering Cancer Center**
**New York, été 1998**

**SD :**
Quel a été le rôle du Memorial Hospital dans le développement de la Psycho-oncologie aux Etats-Unis?

**JCH :**
La création du service de psycho-oncologie s'est faite en 1977, au Memorial Hospital. L'hôpital avait une volonté réelle de prendre en compte les difficultés psychosociales des patients atteints de maladies chroniques graves. Le Memorial a en effet une tradition d'accueil des malades cancéreux, mais aussi de ceux touchés par l'infection VIH. Au fil du temps, le bénéfice de nos interventions a été reconnu, et le service a pu obtenir des moyens plus importants. En parallèle, l'évolution des mentalités aux Etats-Unis (médiatisation et facilitation de l'accès au savoir médical, émergence de mouvements associatifs puissants, évolution de la relation médecin-malade, généralisation des procédures de consentement etc), a permis l'intégration progressive du concept psycho-oncologique au paysage médical.
Vingt et un ans ont passé ...et notre équipe compte aujourd'hui plus de 70 membres permanents, cliniciens et chercheurs... ! Le service a également une vocation de formation, et accueille tous les ans de nombreux stagiaires du monde entier, notre volonté étant réellement de faire partager notre expérience et notre savoir au bénéfice du plus grand nombre de professionnels de la santé.

**SD :**
Quelle est la place de la psycho-oncologie au sein de la psychiatrie ?

**JCH :**
Aux Etats-Unis, la psychiatrie de consultation-liaison est traditionnellement rattachée à l'Académie de Médecine Psychosomatique. En dépit de cette appartenance de principe, la psycho-oncologie se veut indépendante du modèle psychosomatique. A ce jour en effet, nous ne disposons d'aucune donnée objective permettant d'établir de liens de causalité entre facteurs psychologiques et survenue ou évolution de la maladie cancéreuse. Nous favorisons et participons à la recherche développée dans le domaine de la neuro-psycho-immunologie, mais il s'agit d'un champ complexe, auquel il faudra sans doute donner du temps pour approfondir les connaissances... Dans cette attente, il nous paraît essentiel de pouvoir nous appuyer sur les données disponibles de la littérature, pour lutter contre un certain nombre d'idées reçues et de mythes ou croyances irrationnelles, selon lesquelles " le stress génère le cancer ", ou le patient est " responsable " de sa survenue...., idées largement répandues auprès des malades cancéreux et leurs familles, mais parfois aussi dans le milieu médical et para-médical. Nombre de ces représentations de la maladie cancéreuse risque d'en alourdir encore les répercussions psychologiques et les conséquences personnelles, professionnelles et sociales. Les psycho-oncologues, qui par essence sont des membres de la communauté médicale scientifique, ont pour mission de diffuser les informations disponibles, au même titre que les autres membres du corps soignant.

**SD :**
Quels sont les objectifs de votre département?

**JCH :**
Ils sont de trois ordres :
- se mettre au service des patients et de leurs familles, pour les aider à affronter leur maladie et à s'adapter aux multiples conséquences de celles-ci ; assister les équipes soignantes dans les situations cliniques complexes ;
- développer des études de recherche clinique ayant deux buts principaux : identifier la prévalence des troubles psychopathologiques susceptibles de toucher les malades cancéreux, dans les différentes phases de leur maladie ; mettre en place des essais thérapeutiques pour identifier les traitements spécifiques les plus adaptés au contexte oncologique ;
- devenir un département pilote, où des professionnels de divers horizons peuvent venir se former, afin de diffuser à leur tour le savoir et le savoir faire psycho-oncologique.
Ces trois pôles sont en interaction permanente, et permettent un enrichissement réciproque constructif.

**SD :**
Comment s'est faite l'intégration de la psycho-oncologie au fonctionnement de l'hôpital ?

**JCH :**
Depuis le début, nous avons eu la volonté ferme de réduire le fossé qui sépare souvent les spécialités entre elles, l'objectif étant d'améliorer l'approche intégrée du malade. Dans ce cadre, nous avons affirmé le choix de représenter une spécialité médicale à part entière, dépendant de la médecine oncologique. Cette politique d'intégration et d'immersion visait aussi à réduire le risque de stigmatisation, associé à la fois à la problématique du cancer et à celle des troubles psychologiques et psychiatriques. Très progressivement, les services nous ont " apprivoisé " et ont appris à nous utiliser comme des partenaires de soins professionnels, dotés de méthodes et d'outils spécifiques (approches psychothérapique, psycho-pharmacologique, cognitivo-comportementale, familiale ...), susceptibles d'offrir des réponses adaptées aux difficultés psychologiques des patients.
Les situations cliniques du quotidien ont représenté d'excellentes occasions d'appliquer et d'expliquer notre modalité de fonctionnement, et de transmettre un certain savoir-faire aux soignants. Cette formation " sur le terrain " , ouverte à tout membre de l'équipe, a entraîné un effet " boule de neige " tout à fait fructueux. ...

L'intégration au monde médical s'est faite en parallèle par notre choix de participer à tous les moments forts de la vie des autres services, facilitant les échanges et la réflexion multidisciplinaire.
Le dernier pôle d'intégration a consisté à favoriser le développement massif des moyens d'information visant les patients et leurs familles. Nous avons collaboré très directement avec le département d'" éducation " des patients, responsable du développement de divers supports (écrits, vidéo, informatique, conférences) mis à disposition des malades. Cette démarche a permis aux soignants de réaliser l'exigence de nombreux patients en matière d'éducation et d'information, et de favoriser l'acceptation du concept de patient " expert ".

**SD :**
Comment est constituée l'équipe de psycho-oncologie ?

**JCH :**
Nous avons tout fait pour réunir, au sein de l'équipe, des professionnels d'horizons diversifiés, que nous avons formés à un modèle psycho-oncologique commun, aujourd'hui très structuré. Le noyau de l'équipe est constitué de psychiatres, psychologues et infirmiers qui collaborent de manière fructueuse au quotidien. Nous avons par ailleurs développé des relations privilégiées avec d'autres intervenants de la sphère psychosociale (assistants sociaux, bénévoles, représentants spirituels, associations de patients). Enfin, nous sommes sur le point de créer une unité de " Soins Complémentaires " (relaxation, méditation, activités physiques et diététiques, prise en charge de la douleur) dont nous contrôlons la compatibilité avec le modèle médical.

**SD :**
Quelle est votre politique en matière de recherche ?

**JCH :**
Après vingt ans consacrés à l'étude des patients dans la phase active de la maladie et des traitements, nous nous tournons maintenant vers les deux extrémités de la chaîne de soins : en amont, tous les aspects psychopathologiques liés à la prévention et à la détection précoce (modification de comportements à risque pour certaines pathologies tumorales, surveillance après la phase active des traitements, consultations d'oncogénétique ...). En aval, les problèmes de soins continus et les problématiques de fin de vie.

**SD :**
Peut-on parler d'une spécificité de la psycho-oncologie new-yorkaise ?

**JCH :**
Non , je ne pense pas. Il est vrai qu'historiquement, les mouvements psycho-oncologiques n'ont pas pris corps dans les mêmes contextes. Dans certains pays Européens où la discipline a émergé de lieux de soins psychiatriques avant tout, l'intérêt des cliniciens s'est d'emblée focalisé sur la recherche d'interactions potentielles entre facteurs psychologiques (troubles de la personnalité notamment) et survenue ou évolution de la maladie cancéreuse. A l'inverse, en prenant naissance dans des hôpitaux destinés aux malades cancéreux, les Etats-Unis ont d'emblée adopté une ligne de conduite plus pragmatique, focalisant leurs observations sur les réactions psychologiques des personnes confrontées à la maladie cancéreuse (patients, familles, équipes soignantes) et étudiant les mécanismes d'adaptation de ces sujets aux différentes phases évolutives de la maladie.
Au fil des années, grâce aux échanges d'information théoriques et pratiques entre les différents lieux de soins, les " écoles " ont plutôt convergé, et la psycho-oncologie tend à rassembler aujourd'hui les points de vue de divers horizons autour de modalités de fonctionnement similaires (du moins dans ses principes) et sur des sujets communs en matière de recherche clinique.

**SD :**
Quelles sont les " qualités requises " pour devenir psycho-oncologue ?

**JCH :**
La pratique de cette spécialité située à la frontière du médical et du psychologique nécessite de porter un réel intérêt à la dimension médicale dans laquelle le patient se situe, d'apprécier la collaboration avec les équipes (même lorsqu'il s'agit de soins d'un très haut niveau de technicité et de complexité), et la richesse de la confrontation entre les partenaires de soins issus de tous horizons. Il s'agit aussi d'une pratique " à risque ", demandant curiosité et ouverture d'esprit, mais aussi un certain degré d'humilité pour accepter certaines situations où le psycho-oncologue aura nécessairement le " mauvais " rôle. Moyennant quoi, le psycho-oncologue aura la chance de découvrir un métier riche et fascinant par bien des aspects...

**SD :**
Merci pour ces éclairages passionnants ; cela montre à quel point vous souhaitez que votre service représente un véritable " laboratoire psycho-oncologique " pour le monde ...

# CONGRÈS

▶ ***Du 15 au 18 Avril 1999, ANTWERP, Belgique***
2ème Congrès de l'UICC : "The team approach to cancer management"
*Inscriptions et renseignements : International Union Against Cancer UICC , 3 rue du Conseil Général, 1205 - GENEVE, Suisse*
*Fax : 00 41 22 809 1810*

▶ ***Du 19 au 23 Mai 1999, ATLANTA, Géorgie***
Deuxième conférence mondiale des Associations Contre le Cancer
*Inscriptions et renseignements : American Cancer Society, Inc., 1599 Clifton Road, NE, ATLANTA, GA 30329, USA,*
*Tél. : 00 1 404 329 76 59,*
*Fax : 00 1 404 728 01 33,*
*e-mail : Ldesandr@cancer.org ou http://www.cancer.org/international/wordconfer/*

▶ ***Du 1er au 4 Juin 1999, Palais des Congrès, PARIS***
Congrès Annuel EuroCancer
*Inscriptions et renseignements / Société 3E*
*Numéro vert : 0800 204 408*

▶ ***Du 9 au 11 Juin 1999, TILBURG, Pays-Bas***
2ème Conférence Internationale " The (non) expression of emotions in health and disease "
*Renseignements :*
*e-mail emotion@kub.nl*

▶ ***Du 20 au 23 Octobre 1999, NEW YORK, USA***
North American Congress of Psycho-Oncology, World Trade Center
*Renseignements : Imedex USA Inc. 70 Technology Drive, Alpharetta, GA 30005*
*Tél. : 1 770 751 7332*
*Fax : 1 770 751 7334*
*e-mail jpeterson@imedex.com*

▶ ***Du 3 au 7 Septembre 2000, MELBOURNE, Australie***
5ème Congrès Mondial de Psycho-Oncologie : "a new millennium : a new momentum"
*Renseignements : Professeur D.KISSANE, Centre for Palliative Care, 104 Studley Park Road, Kew, Victoria 3101,*
*Tél. : 00 61 3 9853 4521,*
*Fax : 00 61 3 9853 4633*

© RMN, Paris, 1995

# Eléments d'une pastorale entre crise du religieux dans la société et volonté d'autonomie spirituelle chez le patient.

**Etienne ROCHAT***

**• Préambule**

Comme professionnel de l'accompagnement, je vis avec le paradoxe que le soutien spirituel est l'une des spécificités de la prise en charge globale de la personne hospitalisée, mais que peu de personnes dans l'équipe soignante semblent savoir ce que recouvre ou devrait recouvrir ces deux termes.

Cette méconnaissance est, par exemple illustrée par la réflexion très sérieuse d'une infirmière cheffe** qui, lors d'une première rencontre, m'a dit : "J'espère que vous ne profiterez pas du fait que les patient(e)s sont inconscient(e)s pour les évangéliser !".

Mais les patients n'ont pas plus conscience de ce que je viens leur apporter. En est témoin cette réaction d'un patient, directeur d'une banque, après que je me sois présenté : "J'avoue... Je ne vais pas à l'église tous les dimanches !"

Comment dépasser cette méconnaissance ? En faisant connaître ma manière de travailler aux patients, aux soignants et... aussi grâce à cet article.

**• Des aumôniers et des patients**

Nous devons pour une large part au mouvement des soins palliatifs l'importance (re)accordée aujourd'hui à la dimension spirituelle de la personne humaine dans le monde hospitalier. Cependant, notre cadre de référence professionnel, lui, doit affronter la crise majeure de la pastorale chrétienne, due à la mutation très rapide et profonde de la pratique religieuse de notre société.

En effet, même si pour un grand nombre de personnes, les formes traditionnelles d'expression de la Foi représentent une aide importante (par exemple le rite dit de "l'onction des malades" ou la lecture d'un psaume), on voit apparaître dans le discours des patients des transformations radicales de la façon de comprendre et de rendre compte de son identité religieuse. Cette dernière est souvent décrite comme un lent processus de maturation, un chemin qui conduit (d'une manière souvent chaotique et ne répondant à aucun "parcours" connu) vers une certaine autonomie spirituelle (sorte d'architecture ou de construction intérieure) qui fait sens en regard du parcours de vie et de sa fin.

Ces changements ont suscité et suscitent encore un grand désarroi chez les ministres des différentes confessions chrétiennes à cause des interrogations qu'ils posent :

• comment aborder la recomposition de la sphère religieuse d'un patient en fin de vie ?

• doit-on accepter de privilégier le respect des croyances du malade aux dépens de l'annonce de l'Evangile et /ou à l'accomplissement de certains rites ?

Au CHUV, (comme dans bien d'autres établissements) les choix qui ont été faits ces dernières années peuvent se synthétiser ainsi. Tout d'abord une distinction entre la spiritualité et la religion ; c'est-à-dire le respect inconditionnel des croyances que la personne exprime dans la rencontre en dehors de toute appartenance ou référence de celle-ci à un mouvement religieux. Ensuite la formation des aumôniers à l'écoute active, afin de faciliter l'exploration par le patient de son univers spirituel et religieux, et, surtout, des conséquences qu'a pour lui le fait d'être atteint dans sa santé. Enfin, le travail pastoral lui-même qui consiste d'une part à aider le malade à mettre en valeur les ressources dont il dispose en lien avec ses croyances et /ou son intégration dans une communauté religieuse, et d'autre part à faire advenir à sa conscience des besoins spirituels dont la satisfaction serait susceptible de faire baisser sa souffrance et de l'amener à une plus grande sérénité.

**• Quelle collaboration avec les soignants ?**

A la lecture de ce qui précède, il est clair que nous, les spécialistes de la distribution d'hosties et du verset biblique ciblé, nous nous trouvons encore en face de plusieurs défis. Notamment celui de collaborer avec les soignants. En effet, permettre à un patient de mettre des mots sur ses angoisses existentielles et sa manière d'y répondre, n'est-ce pas aussi le rôle de ceux et celles qui en sont le plus proche ?

Si la séparation de la spiritualité et de la religion permet d'envisager le fait que les malades puissent aussi compter sur l'accompagnement des membres de l'équipe dans ce domaine, je suis forcé de reconnaître que les soignants n'ont que trop rarement la sensibilisation nécessaire.

Dans ce contexte particulier, cela signifierait qu'ils soient capables de séparer leur propre "histoire" religieuse de celle du malade, et d'avoir travaillé sur leurs projections et stéréotypes concernant les ecclésiastiques et les institutions auxquelles ils appartiennent. Dur programme ! Pourtant, relever ce défi, c'est garantir à chaque patient un accompagnement spirituel et religieux individualisé et aidant.

Pour ma part, je vis encore trop de rencontres interrompues par des médecins qui ne semblent pas intéressés de savoir si le patient vit quelque chose d'important avec l'aumônier. Je travaille encore avec trop de soignants qui ne se soucient pas des moyens spirituels et/ou religieux que le malade se donne habituellement pour "rebondir" lorsqu'il a un coup dur dans son existence. Je côtoie encore trop d'accompagnants qui craignent de la part de la personne alitée les questions sur le sens de la vie et de la mort.

Le lecteur aura compris que je souhaite que la crise du religieux dans notre société soit l'occasion de (re)donner aux malades le droit de penser en matière de religion et de spiritualité, afin que cela puisse permettre de diminuer les souffrances. Ceci d'autant que les personnes atteintes de cancer sont confrontées à de très nombreuses interrogations dans ce domaine et qu'elles ont tout particulièrement besoin d'être aidées dans leur réflexion.

Je pense que mon intégration progressive dans le milieu hospitalier et les informations que je peux y apporter, constitue une ouverture vers l'interdisciplinarité, qui mieux que la pluridisciplinarité, permettra d'apporter le maximum de confort global aux patients. ◆

** Pasteur, Aumônier au CHUV de Lausanne, Suisse*

*** NDLR : féminin du mot " chef ", utilisé en Suisse*

Libres propos

# Tumeur cérébrale de l'enfant, la vie après...

**Odile CARPENTIER***

L'association ISIS, créée en 1989, réunit les parents et amis des enfants traités à l'Institut Gustave Roussy. Son objectif est de contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des enfants atteints par le cancer. Pour y parvenir, l'association engage des actions pour accompagner les familles, favoriser le dialogue, aider au fonctionnement du service de pédiatrie, informer le grand public.

La commission "Qualité de vie" au sein de cette association s'attache aux problèmes rencontrés par les enfants qui ont été traités pour tumeur cérébrale.

Une étude réalisée en 1991 par le Centre National de Recherche sur les Handicaps et Inadaptations a concerné 120 enfants traités pour médulloblastome. Elle a montré l'aggravation des difficultés psychologiques avec le temps :

- 10 ans après les traitements, 36 % des patients étaient au chômage, 64 % relevaient du travail protégé,
- le taux global de survie était de 60 % à 5 ans, de 53 % à 10 ans.

En 1998, l'ensemble des Tumeurs Cérébrales représente 20 à 25 % de la pathologie tumorale pédiatrique. En France, l'incidence annuelle est de 450 à 500 nouveaux cas chez les enfants de moins de 15 ans, dont 250 à 300 tumeurs cérébrales malignes. Sans tenir compte des différentes histologies, 2 enfants sur 3 atteints d'une tumeur cérébrale vont "guérir".

Le pronostic de ces enfants a significativement été amélioré grâce à la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie. Ils présentent cependant des séquelles responsables d'un handicap difficilement identifié mais lourd de conséquences, qui vont altérer à long terme et gravement la qualité de vie des enfants "survivants".

La notion de séquelles signe une stabilisation de l'action réparatrice et le terme de réduction peut évoquer la mise en œuvre de mécanismes de compensation.

Les séquelles neurologiques, même silencieuses, sont importantes : le syndrome cérébelleux est facteur d'un handicap majeur (perte de l'automatisme où tous les gestes doivent être pensés), gêne dans l'écriture, dans l'exécution des tâches, les gestes de précision, et qui vont aggraver

© SFPO

la lenteur induite par la radiothérapie dont on connaît les effets délétères sur le tissu cérébral. Plus tard, la démarche ébrieuse est souvent source de moquerie.

Les déficits sensoriels nécessitent des examens répétés et des corrections.

Les séquelles endocriniennes sont dues au siège de la tumeur et/ou de la radiothérapie (irradiation de tout le système nerveux, moelle comprise) d'où petite taille de l'enfant, fixation des disques vertébraux, chevelure post-radique. L'usage de l'hormone de croissance aggrave la lourdeur des traitements.

Les séquelles cognitives vont retentir sur la scolarité. Le handicap neuropsychologique est très particulier et mal connu du corps médical, des enseignants et de l'éducation spécialisée.

Les troubles mnésiques, quelquefois surestimés, sont le plus souvent sous estimés et attribués à un défaut d'attention ou de motivation avec impossibilité de gérer plusieurs contraintes à la fois : "il est dans la lune", "il n'écoute pas". C'est d'autant plus difficile pour l'enfant qui a une conscience aiguë de ses difficultés : "avant j'arrivais à..." maintenant, je ne peux plus !"

Après la terreur engendrée par le diagnostic, la lourdeur des traitements, l'angoisse vécue lors des examens de contrôle, les parents craignent souvent que l'aménagement du temps scolaire signe publiquement la maladie. Ce qui est touché n'est pas n'importe quelle partie du corps, mais la "tête", ce qui introduit le doute sur le raisonnement, l'intelligence, le comportement, la folie,...

Tous ces troubles donnent à l'enfant un sentiment dévalorisant et d'isolement ; leur ressenti est frustration et colère à cause de leur incapacité à établir des liens.

Ce qui apparaît dans les témoignages que nous avons recueillis, c'est le manque d'information, de guidance et d'accompagnement pour les familles. ◆

** Pour la Commission "Qualité de Vie" d'ISIS*

**Les mesures d'aides proposées sont :**

a) Evaluation neuro-psychologique en vue de rééducation.

b) Information et Formation des médecins scolaires et des enseignants, ces enfants étant trop souvent méconnus de ces professionnels et des Commissions Départementales d'Education Spéciale. Il existe en effet une période critique de la construction cérébrale, et si certains circuits d'apprentissage neuronaux ne sont pas validés dans des temps précis, c'est une perte de chance d'un être en "devenir".

c) Prise en charge spécifique et pluridisciplinaire, coordonnée dans le temps, par un référent de l'équipe qui a soigné l'enfant, vers le lieu de vie.

d) Aménagement du temps scolaire : la marge de manœuvre sera excessivement étroite, notamment pour les enfants soignés pour médulloblastome, sachant que l'aide à penser dont ils auront besoin peut revêtir de multiples formes qui n'ont pas fait l'objet d'une étude suffisante.

e) Eviter trop d'échecs, revoir les objectifs, amener les familles à voir le "psy" pour une relation d'aide, afin de rompre l'isolement et refuser l'enfermement dont ces enfants sont menacés, accepter les enfants qu'ils sont devenus.

f) Enfin travailler sur le déni qui est la première cause du déficit de prise en charge de ces enfants.

Libres propos

# Aspects du problème de la toute puissance du thérapeute*

**Docteur Peter Shoenberg****

© Winnicot drawing of the mother and baby reproduced by permission of the Winnicot Trust, by arrangement with Mark Paterson & Associates, Colchester.

Un groupe de discussion de l'hôpital Cassel a montré que les professionnels qui travaillent en milieu extrahospitalier ont tendance à prendre en charge les patients psychiatriques les plus difficiles. Ces patients très perturbés expriment souvent de puissants appels à l'aide. Cela implique que les soignants aient la capacité d'y faire face. Ce type de demande peut être considéré comme l'expression d'une attente à l'égard du thérapeute, lequel devrait être à la fois tout à fait compréhensif et répondre à la demande de soins. En réalité, dans ce genre de situation, le thérapeute se révèle être totalement démuni face à une attente qui correspond à la demande toute-puissante d'un enfant à l'égard de sa mère, celle-ci devant lui assurer une bienveillance et un dévouement total à certains stades de son développement. Winnicott a expliqué que la mère s'adapte à la demande de l'enfant en lui donnant l'illusion que ce qui existe a été créé par lui-même, lui conférant ainsi l'expérience de la toute-puissance (Winnicott D. W., 1948).

Le problème de la toute-puissance du thérapeute réside dans la croyance que de tels projets peuvent être transposés dans le cadre thérapeutique avec un patient adulte.

Une jeune femme séduisante, apparemment en bonne santé, tentait de me persuader que son épisode psychotique récent durait depuis peu, et avait été induit par l'abus d'Ectasy, sans mentionner qu'elle avait fait précédemment un séjour de trois mois dans un hôpital psychiatrique. De plus, durant ce séjour, elle avait tenté deux fois de se suicider. Lorsque j'ai appris que son psychiatre avait posé un diagnostic de schizophrénie, apparue après la mort de son père et une rupture affective, j'ai reconsidéré ma décision de lui offrir une psychothérapie à mon cabinet privé. A la place je l'ai faite transférer dans un service d'hospitalisation où elle pouvait bénéficier d'un encadrement psychiatrique à court et moyen terme. Mon travail avec elle prit alors la forme d'une thérapie de soutien.

Ce problème de la puissance du thérapeute est clairement lié à toute une série de facteurs:

- le désir du thérapeute d'être puissant,
- le pouvoir qui lui est conféré par sa situation de thérapeute,
- le pouvoir qui lui est attribué par le ou la patiente, dans son attente d'une guérison magique, et par le biais des transferts qui se créent dans la situation thérapeutique,
- le pouvoir que lui attribue la société dans son ensemble, avec une pression importante et des exigences toujours plus grandes envers sa fonction de thérapeute et son savoir sur la maladie.

Mais revenons à la pensée de Winnicott sur le problème.

**Troubles psychosomatiques**

Ce ne sont pas seulement les patients souffrant de troubles de la personnalité ou de désordres psychotiques qui font appel à la toute-puissance de leur thérapeute. Ce sont aussi ceux souffrant de troubles psychosomatiques. En général, l'approche psychosomatique de chaque patient implique ce que nous appelons une approche "globale" (en anglais, 'holistic') par laquelle nous espérons que l'esprit et le corps soient pris en considération comme un tout. A mon avis, il y a parfois dans cette démarche un certain désir de toute-puissance, particulièrement au début des traitements, et souvent dans l'évaluation initiale des patients. Winnicott a écrit que le psychosomaticien

est "celui qui est fier de sa capacité à monter deux chevaux à la fois, un pied sur chacune des selles, tenant chacun des deux rênes dans une de ses mains expertes" (Winnicott, D. W., 1966). Les deux chevaux dont il est question ici sont la psyché et le soma. Quelquefois l'approche "globale" ('holistic') tend à réunir prématurément la psyché et le soma, et conforte le désir de toute-puissance du thérapeute. Winnicott disait que dans la maladie psychosomatique les forces inconscientes qui divisent la psyché du soma sont énormes. Elles sont le résultat des clivages qui existent dans le Moi du patient.

De tels patients ont en effet une tendance à chercher à s'entourer de nombreux professionnels pour s'occuper d'eux simultanément, et à essayer de les empêcher de se rencontrer les uns les autres. Winnicott a appelé cela "la dispersion des agents responsables" (Winnicott, D. W., 1966). Une malade hypochondriaque que je suivais consultait en plus : deux médecins généralistes, un gastro-entérologue, une gynécologue, un chirurgien, un homéopathe et un ostéopathe. Elle montrait ainsi sa peur de devenir trop dépendante de moi. C'est la raison pour laquelle le psychothérapeute qui s'occupe de tels patients doit s'attendre à être seulement l'un des membres d'une équipe dont la tâche va être de travailler avec le Moi morcelé du patient. C'est seulement plus tard, dans une psychothérapie au long cours, que le psychothérapeute peut espérer rassembler tous ces morceaux épars de l'organisation du Moi, de telle sorte que le patient aura peut-être une chance réelle d'intégrer la psyché et le soma, lui permettant ainsi de vivre un sentiment de globalité.

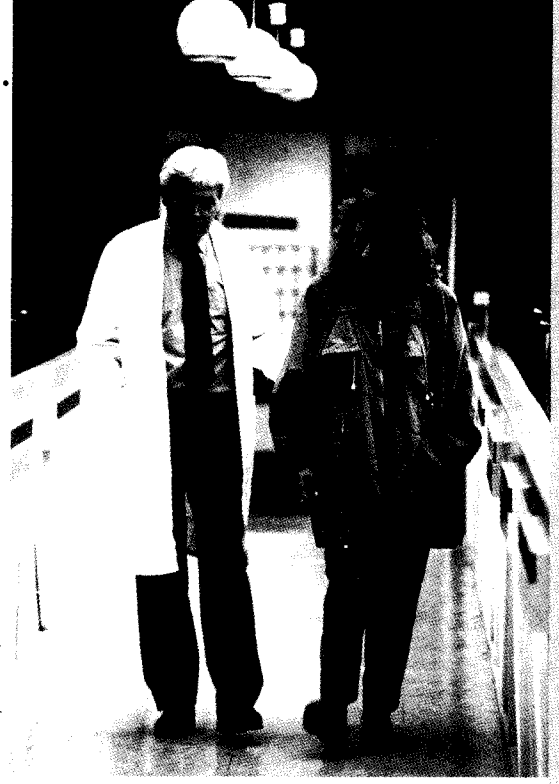
Cependant le thérapeute peut parfois se sentir poussé à agir: dans ces situations où le clivage entre la psyché et le soma est trop important, il y a un danger que l'attente inconsciente du patient conduise le thérapeute à une attitude toute-puissante. Un malade déprimé avec des douleurs dorsales avait raconté un rêve dans lequel le chirurgien amputait la partie douloureuse de son corps.

### La Défense Maniaque

La défense maniaque, - contrepartie de la tristesse de la position dépressive selon M. KLEIN- , pousse une personne à traiter l'objet*** avec un mélange de contrôle tout-puissant, de triomphe, et de mépris (Segal H. 1978). Les patients qui souffrent de maladies somatiques très graves peuvent utiliser cette défense. Ainsi une malade avec un cancer incurable, approchant sa mort, avait eu une hallucination dans laquelle je courais après elle, habillé en infirmier. Par cette hallucination, elle essayait de s'échapper de sa tristesse et de la perspective de sa mort. Sa défense maniaque lui permettait de déployer un contrôle tout-puissant de notre relation et de sa maladie. Les thérapeutes utilisent aussi parfois cette défense, se protégeant ainsi de la tristesse et de la souffrance de leurs malades. Mais ils empêchent alors ceux-ci d'exprimer leurs vraies émotions, en exerçant un contrôle tout-puissant de la relation.

### Conclusion

Je voudrais par cet exposé faire un plaidoyer pour qu'une meilleure attention soit portée à ces situations dans lesquelles il y a un risque pour le thérapeute d'être aux prises avec la tentation de se



© Christophe Gruner / Institut Curie

conduire d'une manière toute-puissante. Le traitement psychothérapique de malades psychosomatiques en est une, et la toute puissance conduit dans ce cas à un résultat opposé à celui recherché qui est l'harmonisation des relations entre le psychisme et le soma. La vigilance s'impose donc face à ces patients complexes. ◆

*Traduit par Patrice GUEX, Iliane UNDERWOOD et Rosanna KOPLOWICZ.*

### BIBLIOGRAPHIE


- ***SEGAL H. (1978) :***
Chapter 7 "Manic Defences" in Introduction to the Work of Melanie KLEIN, London: Hogarth Press pp. 82-92. (publié en français sous le titre : "Introduction à l'œuvre de Mélanie KLEIN", PUF 1983)

- ***WINNICOTT D. W. (1948, 1996) :***
"Environmental needs; the early stages; total dependence and essential independence" in Thinking about Children, (édité par Ray Shepherd, Jennifer Johns, Helen Taylor Robinson), London: Karnac pp. 29-36.

- ***WINNICOTT D. W. (1966, 1989) :***
"Psychosomatic Illness in its Positive and Negative Aspects" in Psychoanalytic Explorations, London: Karnac pp. 103-114 (paru en français : "les aspects positifs et négatifs de la maladie psychosomatique", Revue de Médecine Psychosomatique, 1969, 205-216).


** Texte tiré d'une communication faite dans le cadre des journées conjointes des Sociétés Suisse de Médecine Psychosociale et de la Société Française de Psycho-Oncologie, à Sion, les 14, 15 et 16 mai 1998.*

*** Chef de Service du Département de Psychothérapie, University College Hospital, Londres, GB*

**** NDLR "l'objet" correspond à la personne vers qui vont des sentiments (par exemple : "Rome unique objet de mon ressentiment!"), avec qui se noue une relation (le plus couramment dans les textes de psychologie, il s'agit de la relation entre la mère et l'enfant).* ◆

## FORMATIONS

▶ ***D.U. de soins palliatifs, 98/99, Caen***
*Pré-inscription avec une lettre motivée adressée au Pr Pierre DENISE, Service des Explorations Fonctionnelles Neurologiques, CHRU Côte de Nacre, 14033 CAEN Cedex*

▶ ***D.U. de soins palliatifs, 98/99, Reims***
*Renseignements :*
*Madame BOSSERELLE,*
*Institut Jean GODINOT,*
*Tél. : 03 26 50 43 73*

▶ ***Formation en psycho-oncologie médicale, Paris (concerne les médecins)***
*Renseignements et inscription :*
*FNCLCC , 101 rue de Tolbiac,*
*75654 - PARIS Cedex 13,*
*Tél. : 01 44 23 04 04,*
*Fax : 01 45 84 66 82*

▶ ***Formation en psycho-oncologie pour les soignants travaillant avec les malades atteints de cancer, Paris***
*Renseignements et inscription :*
*FNCLCC , 101 rue de Tolbiac,*
*75654 - PARIS Cedex 13,*
*Tél. : 01 44 23 04 04,*
*Fax : 01 45 84 66 82*

▶ ***" D.U à la Faculté de Médecine du Kremlin Bicêtre " Création et validation des mesures subjectives enfantées "***
*Renseignements :*
*Dr Bruno FALISSARD,*
*tél. 01 45 59 50 10*
*ou 01 45 59 51 36*

▶ ***Formation de Perfectionnement Douleurs et Soins Palliatifs Enfants-Adultes Du 13 au 16 Avril 1999 à l'Institut Gustave Roussy, Villejuif***
*Renseignements et inscriptions :*
*Mme Joëlle Guéry*
*tél 01 42 11 46 30*

▶ ***Diplôme Universitaire de Psycho-oncologie clinique Paris***
*Renseignements :*
*Pr CONSOLI,*
*Tél. : 01 43 95 93 94,*
*Pr BAILLET,*
*Tél. : 01 42 17 81 42*

# Guérir et se sentir bien.

**Bruno PAUL***

*Mardi, 11 heures.*

Le téléphone sonne sur la ligne spéciale. Une voix hésitante et tremblante demande : "Excusez-moi, est-ce que c'est bien chez vous que l'on fait des prothèses capillaires ? je voudrais parler à Monsieur P.". Quelques heures plus tard, un couple sur le trottoir regarde la vitrine du salon, hésite, une feuille à la main. Ils entrent timidement et d'une toute petite voix demandent à me rencontrer.

Les premiers contacts avec nos futures patientes pour les prothèses capillaires se passent souvent comme ça.

Elles entrent et prennent place dans le salon avec leur famille (mari, enfants) ou avec une amie. Nous leur proposons une boisson chaude et entamons le dialogue. Ici on leur parle de leur visage et de leurs cheveux, elles sont chez un coiffeur. Je sais pourquoi elles sont là, donc pas de questions inutiles. Elles sont des clientes ayant des difficultés passagères avec leurs cheveux, et rien de plus. Elles sont très angoissées par la perte de leurs cheveux et donc inquiètes de l'image qu'elles vont donner d'elles-mêmes. Nous ressentons cette terreur comme une priorité. Les patientes semblent plus perturbées par la métamorphose de leur physique que par la maladie elle-même.

Très rapidement, je les rassure en leur proposant des modèles dans la teinte de leurs cheveux actuels (si nous n'en avons pas, en 24 à 48 heures nous recevons une chevelure identique à leur couleur). Ensuite, je leur explique que je coupe la prothèse de façon à reproduire leur ancienne coiffure. Certaines personnes assumant très bien la situation en profitent pour changer radicalement de couleur et de coupe, et ainsi faire un pied de nez à la maladie. Mais elles sont malheureusement trop peu nombreuses à réagir de cette façon.

Nous avons deux types de clientes bien distinctes. La première est la personne qui pense que c'est un mauvais cap à passer, elle a une énergie positive et avec elle nous avons même des éclats de rire.

© RMN, Paris

Deuxième cas, la personne qui est très angoissée, qui pleure et qui se pose mille questions. Dans un premier temps, elle refuse la prothèse, dit qu'elle ne la supporte pas, que celle-ci gratte, qu'elle risque de s'envoler et que tout le monde va s'apercevoir de sa présence. A nous de la rassurer, de gagner sa confiance et d'essayer de répondre à ses interrogations. Est-ce que les poils pubiens vont tomber ? et les sourcils et les cils ? A partir de quand les cheveux repoussent-ils et comment sont-ils après ?

Il n'est pas rare que ce type de cliente arrive en pleurant et qu'au bout d'une heure, une heure et demie, elle repart avec le sourire, rassurée et comprise, et se confondant en remerciements. A ce moment-là, j'ai vraiment du baume au cœur et l'impression de faire le plus beau métier du monde en donnant un peu de réconfort.

Quelques mois plus tard, les personnes qui sont de la région viennent me montrer leur repousse avec un grand sourire. Il y a à ce moment une grande complicité entre nous.

Je propose quelques suggestions pour améliorer le confort des patientes. Je pense qu'il faudrait :

- Un espace ou un local transformé en salon de coiffure. Lorsque je vais au Centre couper les cheveux et les prothèses capillaires, je suis dans l'obligation de le faire dans la chambre : inconfort du malade, ménage à refaire, etc. De plus, il me semble important pour la patiente de quitter sa chambre (qui représente sa maladie) pour se rendre dans un lieu de beauté où elle va oublier pour un temps son cancer.
- "On peut rêver" : une entrée indépendante pour passer la visite de contrôle quand tout est rentré dans l'ordre.
- La simplification des procédures de prise en charge (devis, facture)
- Un tiers payant pour les patientes (les mutuelles semblent déjà prêtes à suivre).

Merci de m'avoir donné par ces lignes la possibilité de vous expliquer mon engagement pour lutter contre le cancer.◆

** Bruno PAUL, Coiffeur, Centre François Baclesse, 14000 Caen*

VIE DE L'ASSOCIATION

# Composition du bureau, du conseil d'administration et du conseil scientifique

***de la Société Française de Psycho-Oncologie***
***Association Psychologie et Cancers***

▶ **MEMBRES DU BUREAU :**
***Membres élus :***
- François Baillet, Paris (Président)
- Nicole Alby, Paris (Vice-Présidente)
- Patrice Guex, Lausanne (Vice-Président)
- Robert Fresco, Marseille (Secrétaire Général)
- Anne-Emmanuelle Roche, Férolles-Attily (Secrétaire Générale Adjoint)
- Jean-Yves Genot, Caen (Secrétaire Général Adjoint)
- Max Busso, Marseille (Trésorier)
- Jean-Luc Machavoine, Caen (Trésorier Adjoint)

▶ ***Membres cooptés :***
- Jacques Brugère, Paris (Rédacteur en Chef Adjoint)
- Claude Chardot, Nancy (Ethique et Relations diverses en Cancérologie)
- Bernard Hoerni, Bordeaux (Relations avec l'Ordre des Médecins)
- Francis Larra, Angers (Formation et Relations avec la FNCLCC)
- Andrée Lehmann, Paris (Relations Internationales)
- Gilles Marx, Saint Cloud (Relation CCMI/FNCLCC)
- Nicole Pelicier, Paris (Psychiatrie de Liaison)
- Alain Salimpour, Nice (Iconographie et Vidéothèque)

▶ **AUTRES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION :**
- Maurice Abiven, Paris
- Silla Consoli, Bourg la Reine
- François Demard, Nice
- Bernard Desclaux, Toulouse
- Jean-Marie Dilhuydy, Bordeaux
- Daniel Oppenheim, Villejuif
- Isabelle Piollet-Calmette, Avignon
- Jean-Clément Sage, Grenoble
- Pierre Saltel, Lyon
- Hélène Sancho-Garnier, Montpellier
- Sylvie Schwab, Paris
- Constantin Vrousos, Grenoble
- Jean-Michel Zucker, Paris

▶ **MEMBRES DU CONSEIL SCIENTIFIQUE :**
- Jean-François Allilaire, Paris
- Guy Besancon, Nantes
- Pierre Bey, Vandoeuvre les Nancy
- Yves Cachin, Paris
- Jean Campocasso, Marseille
- Maurice Chausson, Strasbourg
- Alberto Comazzi, Milan
- Jacques Debray, Paris
- Thérèse Dhomont, Aix en Provence
- Jean-Daniel Flaysakier, Paris
- Jean-Albert Gastaut, Marseille
- Annie Gauvain-Piquard, Villejuif
- Lawrence Goldie, Londres
- Pierre Grégoire, Montréal
- Jacques Guerrin, Dijon
- Ivan Krakowski, Vandoeuvre les Nancy
- Nicole Landry-Dattée, Villejuif
- Jacqueline Lassechere, Paris
- Dominique Maraninchi, Marseille
- Françoise May Levin, Paris
- Nadine Memran, Nice
- Daniel Nizri, Paris
- Thierry Philip, Lyon
- Joëlle Paumier, Caen
- Harry Pretty, Montreal
- Jacques Rouessé, Saint Cloud
- Michèle Salamagne, Villejuif
- René Schaerer, Grenoble
- José Schavelzon, Buenos Aires
- Maurice Schneider, Nice
- Simon Schraub, Besançon
- Colette Wayoff, Nancy

***Secrétariat de la Société Française de Psycho-Oncologie Association Psychologie et Cancers :***
Madame Evelyne Revelut

***• Coordonnées Adresse postale :***
Société Française
de Psycho-Oncologie
Association Psychologie et Cancers
F.N.C.L.C.C.
101 rue de Tolbiac 75013 Paris
Téléphone 01 44 23 04 75
Fax 01 45 84 66 82
E-mail : fnclcc@fnclcc.fr
***• Jours et heures de permanence :***
Lundi, mardi et jeudi après-midi de 14h à 18h
Mercredi matin de 9h à 13h
Vendredi matin de 10h à 13h

# NOUVEAUX ADHERENTS

***AU 15 MAI 1998 (SION)***
- Philippe ACKERMAN, psychologue, 26 rue du Roggenberg 68130 ALTKIRCH parrainé par Mme ALBY, Mme LEHMANN
- Dr Marc ARCHINARD, psychiatre, 9 avenue Soret 1203 GENEVE parrainé par Pr GUEX, Dr FRESCO
- Dr Maurice BENSOUSSAN, psychiatre, 11 allée du Périgord 31770 COLOMIERS parrainé par Dr DESCLAUX, Mme SCHWAB
- Dr Albert DANAN, psychiatre, 47 allée Jean Jaurès 31000 TOULOUSE parrainé par Dr DESCLAUX, Mme SCHWAB
- Mme Sandrine CAYROU, psychologue, Rés Marie Galante app 61, 18 Place des Pradettes 31000 TOULOUSE parrainée par Dr DESCLAUX, Dr GAUVAIN–PIQUARD
- Dr Annie CHEVRIER, oncologue, Centre Henri Becquerel, ROUEN parrainée par Dr FRESCO, Dr SALIMPOUR
- Dr Jean CHOMANT, médecin, Centre Henri Becquerel, ROUEN parrainé par Dr FRESCO, Pr LARRA
- Dr Sylvie DOLBEAULT, psychiatre, Institut Curie parrainée par Dr BRUGERE, Pr GUEX
- Dr Berthe EIDELMAN-REHAHLA, psychiatre, 7 rue Coq-héron 75001 PARIS parrainée par Mme SCHWAB, Dr BRUGERE
- Dr Marie-Hélène FILIPPI, oncologue, Centre Médical de Forcilles parrainée par Dr BRUGERE, Dr ROCHE
- Mme Elisabeth GUILLERMET, kinésithérapeute, 13 bis Av, général Champon 38000 GRENOBLE parrainée par Dr PIOLLET-CALMETTE, Dr FRESCO
- Mme Magali LE MAUFF, psychologue, Centre Médical de Forcilles parrainée par Dr BRUGERE, Dr ROCHE
- Mme Nelly MARWOOD, assistante sociale, ch. Charmettes 21 1860 AIGLE Suisse parrainée par Pr GUEX, Dr FRESCO
- Dr Margarita MIQUELARENA, psychiatre, 8 rue Petion 75011 PARIS parrainée par Mme ALBY, Dr PELICIER
- Dr Catherine SINCLAIR, médecin, Centre Médical de Forcilles parrainée par Dr BRUGERE, Dr ROCHE ◆

# Liste des mémoires soutenus pour le diplôme universitaire de psycho-oncologie clinique de l'université PARIS VI en juin 98.

- "Du vécu des patients poursuivant une chimiothérapie en hospitalisation de jour. : Une première approche". Dr. P. MAILLART.
- "Déni : alcoolisme féminin et cancer du sein. Rôle du psycho-oncologue dans la prise en charge." Mme M.H. DEZAILLE-SALAMON.
- "(Re) Connaissance des troubles psychologiques initiaux et en cours de traitement par radiochimiothérapie concomitante chez des patients traités pour un cancer des voies aéro-digestives supérieures." Dr. G. NOËL.
- "Enfants et adolescents de patients cancéreux." Dr. E. SEIGNEUR.
- "Interdit aux moins de quinze ans : L'enfant dont le parent est atteint d'une maladie cancéreuse". Mme F. ELLIEN.
- "A propos de l'accueil des malades en consultation d'hystéroscopie." Dr J. LEFORT-LAURENT.
- "Une histoire clinique..." Dr S. DOLBEAULT.
- "Fonctions du silence à travers l'étude d'un sujet alcoolo-dépendant laryngectomisé." Mme C. LECOMTE.
- "Les paradoxes de l'annonce faite à la femme atteinte d'un cancer du sein." Dr R.M. DAUTRY.
- "Travail psychique en fin de vie : continuité et/ou rupture ?" Mme L. DE GALBERT.
- "Psychosomatique et hémopathies malignes : montage théorique et pratique d'une étude prospective." Dr P. COËRCHON.
- "Cancer et déni." Mme C. TETART.
- "Troubles cognitifs et cancers avancés". Dr J.M. LASSAUNIERE.
- "C'est parce que.... Cancer et problématique causale." Mme I. JONCKEAU.
- "Les mots au quotidien en cancérologie." Dr C. SINCLAIR.
- "Groupe de paroles de patients atteints de cancer animé par la psychologue de l'Unité Mobile de Soins Palliatifs de l'Hôpital de Montfermeil. Année 1997-1998". Mme G. MANENTI.
- "Prise en charge des patients psychotiques dans un centre anticancéreux : A propos de quatre observations." Dr M. REICH.
- "Trauma sexuel et cancer. : Souffrance psychique et souffrance physique." Mme A.C. DE ABREU-GOYA.
- "L'adaptation et ses troubles dans le cancer du sein. Place de la reconstruction mammaire." Dr F. NIOT.
- "Incidence des troubles psychiatriques dans une population de patients hospitalisés pour cancer. Etude transversale descriptive." Dr S. DAUCHY.

*Renseignements sur le D.U. : Mme Pascale VAN VAECK – Unité Médico-Psychologique (Pr S.M. CONSOLI) Hôpital BROUSSAIS – Tél. : 01 43 95 93 94.*

# Emile Raimbault nous a quittés cet été.

**Nicole Alby***

**EMILE RAIMBAULT : 1923-1998**

*Emile Raimbault nous a quittés cet été. Il a été le premier et longtemps le seul psychiatre et psychanalyste à travailler dans un Centre de lutte contre le Cancer. A l'époque, en 1967, il fallait tout inventer qu'il s'agisse de la prise en charge de patients dont le pronostic restait le plus souvent très sombre, de la relation avec les équipes soignantes sans parler d'un statut "ignoré" des instances administratives : celui des psychiatres, psychanalystes ou psychologues en cancérologie. En ce sens Emile Raimbault a été un véritable pionnier. On ne saurait assez souligner l'importance de son action. Sa modestie et son goût du silence ne doivent pas faire oublier tout ce qu'il représente pour la psycho-oncologie.*

Emile Raimbault passe sa thèse en 1956, est attaché comme psychiatre chez le Pr.Kourilsky en pneumologie dès 1960. Il fait partie de ces quelques analystes qui commencent à travailler dans les services de médecine et à instaurer un travail clinique et théorique autour de la "psychosomatique". Il va étudier les intrications corps-psyché et ce qu'on appelle aujourd'hui le retentissement psychologique des pathologies somatiques. Ce sont des années très fécondes où des médecins comme Michel de M'Uzan, Michel Fain, Pierre Marty vont jeter les fondements de l'Ecole de psycho-somatique de Paris et faciliter la collaboration entre psychiatres, psychanalystes et médecins du corps. Emile Raimbault, bientôt rejoint par sa femme Ginette Raimbault qui sera pionnière de ce travail avec les pédiatres, a joué un rôle essentiel. Il travaille aussi avec Jenny Aubry-Roudinesco aux Enfants-Malades.

Analysé par Lacan, il rencontre grâce à lui Michael Balint. Leur collaboration avec lui va être un tournant dans la formation à la relation médecin-malade en France. Avec sa femme Ginette Raimbault ils vont initier les premiers groupes "Balint". La méthode des cas reste une des plus fécondes pour la formation des médecins et des personnels de santé. Le dernier Congrès de la Société Française de Psycho-oncologie à Sion en a montré la valeur pédagogique toujours actuelle. C'est en 1967 qu'Yves Cachin demande à Emile Raimbaut de venir travailler à Gustave Roussy. Il va littéralement inventer le travail de liaison et de formation en cancérologie. J'ai eu le privilège de participer aux rencontres de la rue de Tournon où en tout petit groupe, avec Andrée Lehmann, Laurence Cludy, Jacqueline Morisi entre autres, nous nous retrouvions autour d'Emile Raimbault pour réfléchir à notre pratique en cancérologie, élaborer la théorie et la pratique de ce qui parait évident aujourd'hui, c'est à dire la collaboration des psychiatres, psychanalystes et psychologues avec les cancérologues et le personnel des structures de soins en cancérologie. Le travail en profondeur d'Emile Raimbault à Gustave Roussy auprès des malades, mais aussi des médecins et des infirmières, a permis de préparer l'institution à la mise en place d'une Unité de psycho-oncologie. A la même époque il s'en constituait une à l'Hôpital Saint-Louis. La collaboration avec Emile Raimbault a été un appui essentiel.

Enfin, il a dans des articles et dans son beau livre "La délivrance", témoigné de son sens clinique et d'une compréhension remarquable des enjeux psychiques mis en place par les patients face au cancer, décrit le rôle du psychothérapeute. Ce livre malheureusement épuisé est disponible seulement dans les bibliothèques spécialisées. Il faudrait que notre Société cherche à obtenir sa réédition, c'est un document essentiel par sa qualité clinique et pour l'histoire de la psycho-oncologie. Nous avons tous regretté qu'à son départ à la retraite il ait refusé toute activité d'enseignement ou de partage de son savoir. C'est le seul reproche que l'amitié puisse lui adresser. Ceux qui, comme moi, ont pu travailler avec lui savent quel bénéfice chacun trouvait à échanger avec lui sur le plan théorique et clinique. Si la psycho-oncologie a sa place en France, nous ne devons jamais oublier le rôle déterminant d'Emile Raimbault.

** Nicole Alby, Psychologue, Ligue Nationale Contre le Cancer.*

# Nous avons lu pour vous

▶ ***« Psychodynamic psychotherapy for cancer patients »***

*Norman STRAKER ,*
*Journal of Psychotherapy practice and Research, 1998, 7, 1 : 1-9*
Cet article, écrit par un psychiatre psycho-oncologue de New-York, montre, à travers la présentation de vignettes cliniques, la place et l'importance d'un travail de psychothérapie dynamique avec des patients touchés par maladie cancéreuse. Il étudie les difficultés psychologiques propres à chaque étape de l'évolution du cancer, et le travail psychothérapique qui permet au patient de comprendre les résonances de cette situation avec son histoire et ses conflits intérieurs personnels.
Cet article a aussi l'intérêt d'aborder les difficultés rencontrées par le psychothérapeute lui-même dans ce type de situations et de souligner la nécessité de supervision.
***AER***

▶ ***« Psycho-Oncology »***

*Edition spéciale sur "la psychopharmacologie dans la médecine du cancer", 1998, 7, 4 (juillet-août)*
Il s'agit d'un numéro entièrement consacré à l'utilisation des médications psychotropes chez des patients cancéreux.
Le premier article ( R.K. TWILLMAN, C. MANETTO) est une revue de la littérature sur les effets concurrents de la psychothérapie et des psychotropes sur l'anxiété et la dépression de patients traités pour tumeurs cancéreuses. L'ensemble des études montre une efficacité de l'association des deux approches thérapeutiques.
L'article de R. KALASH s'attache à montrer l'importance des relations des différentes médications avec le cytochrome P450. Il donne une longue liste de différents médicaments avec la partie du cytochrome impliquée dans le métabolisme. Il met en garde contre les associations inappropriées.
Deux articles (de W. BREITBART et de E. BRUERA et C. NEUMANN) traitent de l'utilisation des psychotropes chez des patients traités pour cancer. Le premier est une large revue de littérature tout particulièrement intéressante, qui rappelle la place des psychotropes comme traitement adjuvant de la douleur. Le deuxième détaille la façon d'utiliser les psychotropes dans la prise en charge des symptômes de la phase terminale du cancer.
***AER***

▶ ***« Psychological profile related to malignant tumours of different histopathology.»***

*A. LILIA and al. Psycho-Oncology 7 : 376-386, 1998 "*
Chez 70 patientes opérées de cancer du sein, les auteurs suédois observent un lien entre le degré de différenciation histopathologique de la tumeur et le profil psychologique. Comme dans leur étude sur les astrocytomes cérébraux, ils retrouvent dans le cas des 25 tumeurs peu différenciées, en comparaison avec les tumeurs bien différenciées, une plus forte réactivité émotionnelle, une attitude plus combative, un plus grand espoir de guérison, une plus grande créativité, des liens sociaux plus forts. Les caractérisent également une plus grande vulnérabilité et une instabilité psychologique plus marquée : sont-elles en rapport avec le potentiel agressif de leur cancer ? Existe-t-il des neuromédiateurs reliant les caractéristiques psychiques, la biologie de la tumeur, le pronostic et le risque de récidive ? La question est posée ...
***JB***

▶ ***« Reactions to gastrointestinal cancer. Variation in mental adjustment and emotional well-being over time in patients with different prognoses. »***
*K. NORDIN, and al. Psycho-Oncology 7 : 413-423, 1998*
Cette enquête porte sur 139 patients suédois traités pour cancers colorectaux, gastriques, pancréatiques et des voies biliaires. Les interviews se déroulent en moyenne 3 semaines après le diagnostic, puis à 3, 6 et 12 mois. Un traitement chirurgical potentiellement curatif a été réalisé chez 66 d'entre eux. Les patients clairement confrontés au diagnostic ont des scores d'anxiété et de dépression plus faibles que ceux qui évitent plus ou moins cette confrontation, ainsi qu'une meilleure qualité de vie. Les stratégies d'ajustement et les divers scores demeurent stables avec le temps, en particulier chez les patients dont la tumeur n'est pas contrôlée. La médiocre survie de ces derniers tempère l'intérêt de cette constatation.
***JB***

▶ ***« Comment les familles entourent leurs morts. »***

*JH DECHAUX, M HANUS, F JESU. Esprit, novembre 1998, 81-97 "*
Un sociologue (JH D, Observatoire Sociologique du Changement, CNRS) et deux psychiatres (M H, Président de la Société de Thanatologie, F J, Centre International de l'Enfance et de la Famille) proposent dans ce numéro d'Esprit une version remaniée de la conclusion d'un ouvrage collectif dirigé par ces trois auteurs à paraître fin 1998 aux éditions L'Esprit du temps sous le titre " Les familles face à la mort : entre privatisation et resocialisation de la mort ".
Après avoir rappelé le rôle nécessaire mais non suffisant des familles confrontées à la mort et décrit l'effacement progressif des rites collectifs, les auteurs s'interrogent sur les signes de regain d'intérêt social pour la mort, mais aussi sur les périls du subjectivisme. Les obsèques religieuses, encore souhaitées par 80% des français, se sont simplifiées, banalisées ou rénovées. Les rites funéraires traditionnels tendent à s'effacer au profit d'une personnalisation et d'une professionnalisation des cérémonies avec invention de formes nouvelles. Le SIDA a joué un rôle important. La conscience de notre " finitude " et la considération de la filiation comme avenir sont nécessaires.
" Le profond malaise des contemporains face à la mort n'est que le revers d'une plus grande liberté individuelle qui conduit à devoir assumer seul des choix existentiels qui, hier encore, relevaient du groupe et de la tradition ". Les attitudes des générations montantes à l'égard du vieillissement, de la mort et du deuil différeront sans doute profondément de celles des adultes actuels.
***JB***

▶ ***Numéro spécial de Psycho-Oncology (7 :1-68, 1998) : Families and Cancer***

Ce numéro est consacré à l'impact de la maladie cancéreuse sur la famille. C. Nijboer (Amsterdam) décrit les modalités d'adaptation de l'entourage face à la charge que représentent les soins nécessités par le patient cancéreux. D. Kissane (Melbourne) décrit les différents types d'interaction entre les membres de la famille confrontée à la souffrance induite par le cancer et propose des modèles d'intervention adaptés à la situation du moment.
J. Hoekstra-Weebers (Groningen) a étudié 62 couples au moment du diagnostic du cancer de leur enfant, puis 6 et 12 mois plus tard. Les différences de réaction des deux parents sont peu marquées.
L. Northouse (Détroit) insiste sur l'importance du repérage précoce des détresses du couple en cas de cancer du sein. L. Baider (Jérusalem) présente une étude longitudinale de 133 patients mariés atteints d'un cancer : étudiant le rôle et l'évolution du lien conjugal, elle souligne la nécessité de conduire simultanément l'analyse psychologique du patient et de sa famille.
Les 35 résumés de la conférence annuelle de la British Psychosocial Oncology Society (1977) complètent ce numéro.
***SDS***

## 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.*

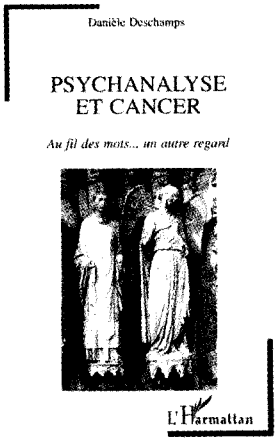
***L'adhésion (200 francs par an) permet de recevoir le bulletin qui est édité quatre fois par an. Elle donne des réductions sur l'inscription aux congrès organisés ou soutenus par la Société.***
***Elle permet aussi de bénéficier d'un tarif préférentiel sur l'abonnement à la revue américaine : Psycho-Oncology.***
***Elle nécessite le parrainage de deux membres du conseil scientifique ou du conseil d'administration et 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,***
***Fédération Nationale de Lutte Contre le Cancer***
***101, rue de Tolbiac***
***75013 Paris***

NOTES DE LECTURE

# Psychanalyse et cancer

## PSYCHANALYSE ET CANCER au fil des mots... un autre regard

*Danièle DESCHAMPS, Ed. L'Harmattan, 1997, 341 p.*




Danièle Deschamps nous pose la question d'emblée : "Qu'est-ce qui fait donc vivre et mourir les humains ? Qu'est-ce qui aide à mourir ?"
L'auteur élabore cette question tout au long du livre à travers trois voies : tout d'abord celle de son expérience de psychanalyste et le cas de Janine L. venue dans son cabinet pour donner sens à son cancer ; ensuite, à partir de la vie de Freud, de sa lente et douloureuse élaboration de la théorie des pulsions et de son compagnonnage durant 16 ans avec son cancer de la mâchoire ; et enfin, dans une approche théorique sur le travail psychique de la maladie venant puiser aux grands textes de la psychanalyse. Elle conclut en approfondissant son travail d'accompagnement des patients atteints de cancer comme une clinique de la métamorphose.
Janine L. vient chercher la "guérison" de sa souffrance, de son cancer, de sa filiation. L'identification terrifiante à la chèvre de Monsieur Seguin qui doit se battre jusqu'au matin, est un fil associatif qui permet d'appréhender, de mettre des mots, de donner du sens à sa lutte, d'en supporter le choc, enfin de symboliser. Ce besoin de sens, la recherche de sa place dans la chaîne des générations, le soutien jusqu'au bout du processus de création (Janine L. dessine et modèle) la recherche du père perdu et oublié, présent – absent, les errements d'un désir de guérison, tout cela constitue les strates d'une histoire individuelle qui nous fait réfléchir sur les questions de la demande d'aide et sur le caractère "nécessaire" et "suffisant" de la parole dans la survenue de la guérison physique du cancer.
Sa réflexion se poursuit sur la notion de durée, de temporalité qui semble être gravement ébranlée par l'irruption du cancer. Comment le cancer intervient-il dans le temps de la création? Cette question l'amène à s'interroger sur Freud, à travers une analyse des liens entre sa biographie, ses écrits et son cancer.
La deuxième partie approfondit le travail psychique de la maladie. L'auteur explore la deuxième théorie des pulsions (Freud 1920). L'hypothèse de l'existence d'une pulsion de mort qui a pour tâche de ramener le vivant organique à l'état inanimé, se voit confirmée pour Freud dans la réaction thérapeutique négative (le besoin d'être malade l'emportant sur la volonté de guérir) et dans la mélancolie. Les deux pulsions sont en étroite relation, la pulsion de mort est nécessaire à la pulsion de vie.
L'auteur souligne et affirme qu'un "facteur de santé primordial apparaît dans la mobilité psychique, la mobilité de la libido, mais aussi dans la mobilité des pulsions". Cette réflexion l'a conduit à examiner les différentes manifestations de la pulsion de mort dans le rapport du sujet à son propre corps (le refus de se soigner, le désinvestissement du moi-corps, le travail de mourir) et dans sa relation à l'autre (l'acharnement à survivre ou à faire vivre). Cela l'amène à s'interroger sur les différentes fonctions identificatoires de la souffrance...
Les représentations imaginaires du cancer et les images qui s'imposent tant aux malades qu'aux non malades font appel à des fantasmes primitifs violents, issus eux aussi de la pulsion de mort.
Les stratégies défensives mises en place contre l'expérience catastrophique de la perte que signe l'apparition d'un cancer, posent la question de la tolérance individuelle face à l'angoisse dépressive et face à la violence des affects.
Les mécanismes de défense les plus puissants, parce que les plus archaïques, sont le déni, le clivage, l'identification projective et la désaffectation.
Il semble essentiel de repérer les réactions défensives et la mobilité psychique dont elles témoignent dans le temps et la durée.
Dans sa réflexion, l'auteur s'inspire de l'élaboration théorique de M. Klein, W.R. Bion, D.Meltzer et D.W. Winnicott.
La question essentielle reste de savoir si le sujet malade peut préserver un minimum d'espace intérieur, physique et psychique, entre lui et son cancer. C'est dans cet espace transitionnel que peut intervenir un processus de changement, voire de métamorphose.
Le noyau cancéreux serait comme un objet psychique dans lequel se télescoperaient l'imaginaire et le réel. S'il existe pour le sujet un écran qui atténue le traumatisme, cela le protégerait d'une situation d'impasse. Ce traumatisme est un événement réel ressenti par le sujet comme une violence fondamentale faite à son psychisme et/ou à son corps. L'auteur se nourrit ici des travaux de Ferenczi.
Cette longue et riche réflexion conduit l'auteur à élaborer une théorie du "soma" et une réflexion "méta-bio-psychique" sur les conditions d'émergence de la "subjectivité corporéisée". Le cancer, comme moment de "turbulence émotionnelle" intense (Bion) représente aussi une chance de renouer avec les pulsions vitales essentielles. Reprendre corps, comme dit l'auteur, passe par plusieurs aménagements psychiques qui vont de la réaffectation des mots – tentative de réinvestir le langage et le corps - en passant par le rassemblage de l'intégrité corporelle meurtrie, supporter la castration réelle, supporter le doute, réinvestir son corps entre plaisir et souffrance, pour enfin "raviver l'étincelle".
Ces réflexions s'inspirent des œuvres de J. Lacan, F. Dolto et P. Aulagnier.
Le cancer est bien une clinique de la métamorphose, métamorphose au sens le plus originel du terme. Métamorphose : au-delà de la forme habituelle, au-delà de soi-même, de son image connue et réinventer une autre forme, se restructurer dans cette épreuve du passage.
C'est dans cette voie de transformation des repères intérieurs que nous emmène Danièle Deschamps dans la troisième partie de son livre. Métamorphose, transformation, pour inventer un langage commun jusque dans la souffrance.
"Quand quelqu'un est là, il fait moins noir". Et l'auteur de conclure : "L'offrande de la vie est multiple et paradoxale. Elle "passe" souvent par la souffrance, parfois par la mort. Restent alors les traces (...). Restent les mots qui habitent le cœur des vivants. Reste la mémoire pacifiée, quand le travail de deuil peut se faire rebondissement de vie".

*Cécile MARCANDELLA, Psychologue*
*CH Flers (61100) - Ligue contre le Cancer de l'Orne*

***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 : NOVARTIS***

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

*A renvoyer à la SFPO, FNLCC, 101 rue de Tolbiac 75013 Paris*

Imprimerie SIS - ARCUEIL - Tél. 01 46 63 43 03