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

dans ce N° 25
Janvier • Février • Mars • 2000

2 3
Situation pratique
LES SITUATIONS LIMITES EN CANCÉROLOGIE
LES DIFFICULTÉS DE LA DÉCISION

4 5
Libres propos
PSYCHOLOGUE EN CANCÉROLOGIE
UN TRAVAIL DE LIAISON

6 7
La psycho-oncologie dans le monde
PSYCHO-ONCOLOGIE AU PEROU

8 9
LE BURN-OUT CHEZ LES SOIGNANTS EN CANCÉROLOGIE ET SOINS PALLIATIFS
•
Formation

10
La recherche
LES MODIFICATIONS VAGINALES ET LA SEXUALITÉ CHEZ LES FEMMES AYANT DES ANTÉCÉDENTS DE CANCER DU COL UTÉRIN

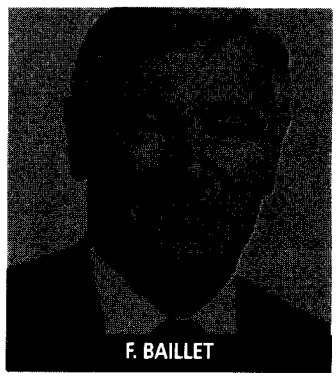
11
Compte-rendu de Congrès
"RECONNAISSANCE ET TRAITEMENTS DE LA DETRESSE PSYCHOLOGIQUE DANS LE CANCER : OBJECTIFS POUR LA PROCHAIN SIÈCLE"

12 13
Vie de l'association
COMPTE RENDU DES JOURNÉES DE DÉCEMBRE 1999
•
NOUVEAUX MEMBRES
•
FORMATIONS
•
A LIRE

14
NOUS AVONS LU POUR VOUS

16
Notes de Lecture
QU'EST CE QUE LA PSYCHOLOGIE MÉDICALE
•
VIVRE AUPRÈS D'UN PROCHE TRÈS MALADE

OBJECTIFS 2000


F. BAILLET

A vous toutes et vous tous, chères lectrices, chers lecteurs, je souhaite d'abord une heureuse année. Mais au nom de la Société Française de Psycho-Oncologie permettez-moi de formuler quelques voeux supplémentaires.

D'abord en direction des responsables administratifs médicaux et locaux, régionaux et ministériels, je formule le voeu que ces responsables mettent en place au plus vite une psycho-oncologie réelle, authentifiée, en milieu cancérologique pour répondre à la demande des malades exprimée lors des Premiers Etats Généraux des malades atteints de cancer en novembre 1998. Pour cela, il faut des psychiatres et des psychologues qui travaillent ensemble pour aider les malades directement, et indirectement, par une augmentation de la compétence psycho-oncologique des cancérologues et des autres membres de l'équipe soignante. Cette utilité est connue mais se heurte à l'absence de postes et, accessoirement, à la rareté des psychiatres. Ces postes correspondent à une activité nouvelle qui ne peut se faire au détriment des moyens consacrés au traitement du cancer. Ils ne doivent pas non plus déséquilibrer la psychiatrie. Il faut donc des postes nouveaux. Et pour les psychologues, particulièrement ceux travaillant en milieu libéral, il faut trouver un moyen de rémunération. La psycho-oncologie n'est pas un luxe, ni une activité secondaire dont on peut se passer comme autrefois. C'est une activité plus que jamais nécessaire, en particulier pour contrecarrer les effets néfastes des informations sur les éventuels effets pervers des examens et des traitements que l'on doit maintenant donner en abondance, sources d'anxiété pour le malade et de mauvaise observance des traitements. De plus, le bilan de ce qui aura été fait devra être présenté aux malades lors des 2èmes Etats généraux des malades atteints de cancer...

En direction des cancérologues (oncologues radiothérapeutes, médicaux, chirurgicaux, spécialistes compétents en cancérologie), je formule le voeu qu'ils demandent des postes de psycho-oncologues, même si cela paraît particulièrement difficile à obtenir, pour faire savoir à leurs responsables qu'ils en ont besoin pour améliorer la qualité de la prise en charge de leur malade, et pour éventuellement en obtenir !

Pour ceux, encore nombreux, qui n'ont pas l'expérience de l'utilité des psycho-oncologues, je formule également le voeu qu'ils demandent à ceux qui ont cette expérience ce qu'ils en pensent... car la psycho-oncologie se démontre comme la marche en marchant. Et ceux qui en ont l'expérience ne peuvent plus s'en passer...

Je formule enfin un dernier voeu : qu'ils incitent leurs internes et leurs chefs de clinique, pour ceux qui en ont, à suivre des formations en psycho-oncologie (par exemple le DU de Psycho-Oncologie Clinique de Broussais-Salpêtrière à Paris ou l'Attestation d'Etudes Complémentaires de Psycho-Oncologie de Lille). Ils amélioreront leur qualité de prise en charge des malades, leurs relations avec l'équipe soignante... et diminueront le risque de plainte contre eux provenant de leurs malades, risque qui, comme chacun sait, va grandissant, souvent pour des raisons psychologiques.

En direction des " psy ", je formule le voeu que leurs compétences soient reconnues (psychiatres de liaison en cancérologie, psychologues) et mises au service des malades et des équipes soignantes. Psychiatres et psychologues sont nécessaires (et non pas une de ces catégories professionnelles seulement). Leurs compétences en matière de dialogue, d'écoute, de résolution des difficultés psychologiques doivent leur permettre de s'entendre entre eux de façon exemplaire et de s'intégrer facilement aux équipes de cancérologie. Ils doivent être sur le terrain pour aider les malades, les médecins et les autres membres de l'équipe soignante. A côté de l'enseignement et de la recherche, leur activité sur le terrain doit rester prioritaire, en collaboration avec les cancérologues. Il ne faut pas oublier que la psycho-oncologie n'appartient pas qu'aux psycho-oncologues. Les premiers acteurs de la psycho-oncologie sont en effet les cancérologues suivis par les membres de l'équipe soignante. Mais les psycho-oncologues sont indispensables pour que tous les acteurs de la psycho-oncologie soient plus efficaces. Et dans beaucoup de domaines, leurs compétences sont irremplaçables.

En direction des membres de l'équipe soignante (infirmières, infirmiers, aides-soignantes, aides-soignants, manipulatrices et manipulateurs de radiothérapie, secrétaires médicales, agents hospitaliers, cadres, en Services d'oncologie ou en Services de spécialité traitant des cancers), je forme le voeu que, par leur propre jugement et par l'attitude des autres, ils comprennent bien à quel point ils ont un rôle important en psycho-oncologie (il n'y a pas de petit rôle en la matière). Pour assurer ce rôle au mieux, il faut qu'ils demandent la création de groupes de parole pour les soignants et des formations. Les groupes de parole, qui comprennent également les médecins, permettent à chacun de mieux se sentir à sa place et de percevoir à quel point les expériences des uns et des autres sont proches. Il en ressort plus de compréhension et une amélioration des relations interpersonnelles. Quant aux formations, elles permettent d'augmenter le niveau des compétences en psycho-oncologie.

En direction des membres de la Société Française de Psycho-Oncologie, je tiens d'abord à remercier tous ceux qui aident la Société à vivre, je forme le voeu qu'aucun ne se décourage devant les difficultés et qu'ils continuent avec enthousiasme. Je forme le voeu également que tous les autres membres de la Société se mobilisent pour trouver d'autres membres et participer à la vie de l'Association, en particulier à celle du Bulletin.

Au total, les voeux sont nombreux... Heureusement, que les bonnes volontés de manquent pas ! ◆

** Chef du service de Radiothérapie-Cancérologie, Hopital de la Salpétrière, Président de la Société Française de Psycho-oncologie.*

SITUATION PRATIQUE

Les situations "limites" en cancérologie. Les difficultés de la décision.

Jean-Yves GENOT

© D.R. Musée Rodin Paris, Le penseur / RODIN

L'activité médicale consiste quotidiennement à prendre des décisions.
Ces décisions concernent tout particulièrement la conduite thérapeutique devant une situation précise.
L'oncologie, au même titre que les autres disciplines médicales, n'échappe naturellement pas à cette contrainte de la décision thérapeutique.
Les paramètres entrant en jeu dans cette prise de décision sont multiples et extrêmement variés associant des critères "objectifs" (réunion de consensus, essais thérapeutiques, etc.) et une dimension "subjective", plus ou moins avouée (souhait du patient, opinion personnelle de l'oncologue etc.).
Un certain nombre de décisions sont prises dans le cadre d'un comité pluridisciplinaire et l'oncologue se fera alors "le porte-parole" auprès du malade de la "décision" retenue par le comité.

Les traitements en cancérologie associent les traitements dits " spécifiques " (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie, etc.), les traitements dits " non spécifiques " (transfusions, antalgiques, psychotropes, antiémétiques, etc.) et les traitements pour maladies associées (tonicardiaques,. antidiabétiques, etc.). Ces trois types de traitements s'intègrent globalement dans deux types de démarches:

1 - Une démarche dite " curative " où l'objectif est la guérison de la maladie cancéreuse. Les décisions thérapeutiques prises alors que cet objectif est clair, sont en général cohérentes, et ne posent pas trop de problèmes éthiques. Par exemple, on n'hésitera pas dans ces cas à mettre en oeuvre des thérapeutiques lourdes voire " à risques ", ceci avec, en général, l'adhésion du patient et son entourage.

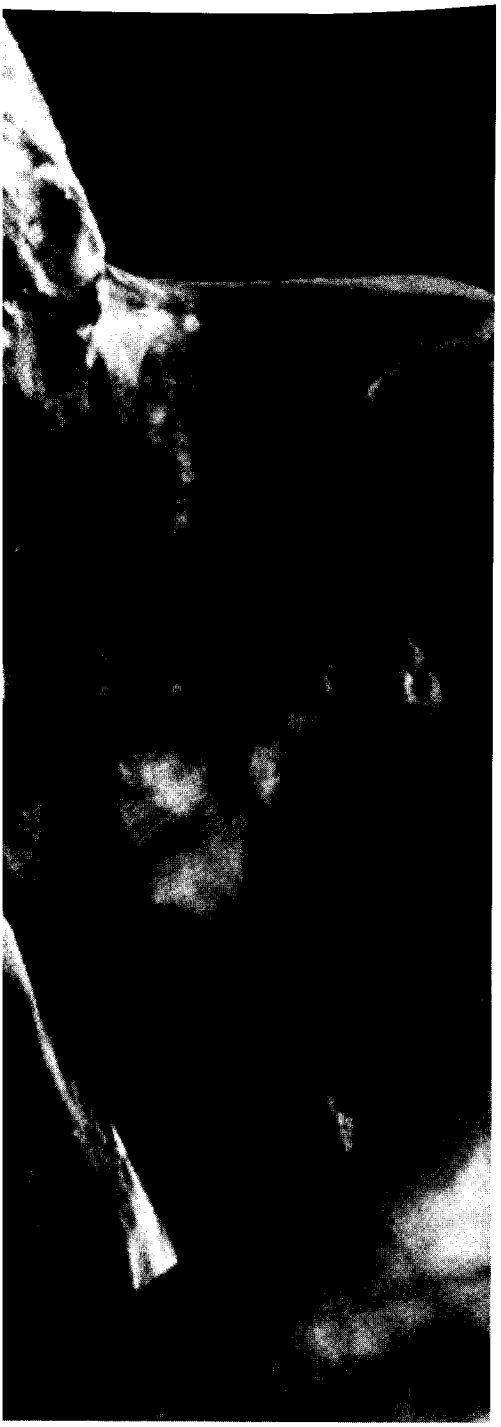
2 - Les traitements peuvent aussi s'intégrer dans une démarche dite " palliative ", terme imprécis et recouvrant de nombreuses situations.
Néanmoins, tout le monde s'accorde pour penser que dans ces situations, l'espoir de guérison n'existe plus. Cela ne veut absolument pas dire que l'on arrête tout traitement spécifique. Dans cette logique palliative, on peut être amené à proposer une chirurgie décompressive, une chimiothérapie ou une radiothérapie, par exemple à visée antalgique.

L'objectif dans ces situations est de trouver un équilibre constant entre la " quantité de vie " que l'on va chercher à augmenter et la " qualité de vie " que l'on va chercher à préserver au maximum.

Les décisions thérapeutiques prises dans ces circonstances doivent constamment viser à maintenir cet objectif de compromis entre " quantité " et " qualité " de vie. En marge de ces deux situations théoriques répondant à une logique soit curative soit palliative, il existe des cas où les décisions prises s'inscrivent dans une démarche beaucoup plus floue, où peuvent apparaître un chevauchement ou des hésitations entre ces deux logiques.

C'est dans cet espace que se situent ce que l'on pourrait dénommer " les situations limites ", dans l'analyse desquelles nous allons maintenant tenter d'entrer de façon plus précise.

Très schématiquement, on peut repérer quatre situations oncologiques répondant à cette définition où les décisions prises, et surtout la façon dont elles sont prises, méritent à notre sens que l'on y réfléchisse.



L'activité médicale consiste quotidiennement à prendre des décisions.
Ces décisions concernent tout particulièrement la conduite thérapeutique devant une situation précise.
L'oncologie, au même titre que les autres disciplines médicales, n'échappe naturellement pas à cette contrainte de la décision thérapeutique.
Les paramètres entrant en jeu dans cette prise de décision sont multiples et extrêmement variés associant des critères " objectifs " (réunion de consensus, essais thérapeutiques, etc.) et une dimension " subjective ", plus ou moins avouée (souhait du patient, opinion personnelle de l'oncologue etc.).
Un certain nombre de décisions sont prises dans le cadre d'un comité pluridisciplinaire et l'oncologue se fera alors " le porte-parole " auprès du malade de la " décision " retenue par le comité.

Les traitements en cancérologie associent les traitements dits " spécifiques " (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie, etc.), les traitements dits " non spécifiques " (transfusions, antalgiques, psychotropes, antiémétiques, etc.) et les traitements pour maladies associées (tonicardiaques,. antidiabétiques, etc.). Ces trois types de traitements s'intègrent globalement dans deux types de démarches:

1 - Une démarche dite " curative " où l'objectif est la guérison de la maladie cancéreuse. Les décisions thérapeutiques prises alors que cet objectif est clair, sont en général cohérentes, et ne posent pas trop de problèmes éthiques. Par exemple, on n'hésitera pas dans ces cas à mettre en oeuvre des thérapeutiques lourdes voire " à risques ", ceci avec, en général, l'adhésion du patient et son entourage.

2 - Les traitements peuvent aussi s'intégrer dans une démarche dite " palliative ", terme imprécis et recouvrant de nombreuses situations.
Néanmoins, tout le monde s'accorde pour penser que dans ces situations, l'espoir de guérison n'existe plus. Cela ne veut absolument pas dire que l'on arrête tout traitement spécifique. Dans cette logique palliative, on peut être amené à proposer une chirurgie décompressive, une chimiothérapie ou une radiothérapie, par exemple à visée antalgique.

L'objectif dans ces situations est de trouver un équilibre constant entre la " quantité de vie " que l'on va chercher à augmenter et la " qualité de vie " que l'on va chercher à préserver au maximum.

Les décisions thérapeutiques prises dans ces circonstances doivent constamment viser à maintenir cet objectif de compromis entre " quantité " et " qualité " de vie. En marge de ces deux situations théoriques répondant à une logique soit curative soit palliative, il existe des cas où les décisions prises s'inscrivent dans une démarche beaucoup plus floue, où peuvent apparaître un chevauchement ou des hésitations entre ces deux logiques.

C'est dans cet espace que se situent ce que l'on pourrait dénommer " les situations limites ", dans l'analyse desquelles nous allons maintenant tenter d'entrer de façon plus précise.

Très schématiquement, on peut repérer quatre situations oncologiques répondant à cette définition où les décisions prises, et surtout la façon dont elles sont prises, méritent à notre sens que l'on y réfléchisse.
Ces situations sont :

1 - Les cancers très graves d'emblée
2 - Les cancers associés à d'autres maladies
3 - Les aggravations liées à un accident intercurrent dans une situation palliative
4 - Les problèmes posés par la réanimation en milieu oncologique

Dans la première situation, il s'agit de patients adressés en milieu oncologique dans un état d'emblée très avancé. Ces circonstances se rencontrent de façon non exceptionnelle. Par exemple, certains malades nous sont adressés d'emblée avec un cancer polymétastatique dont la révélation symptomatique et le diagnostic sont très récents.
Ce contexte de brutalité contraste avec la représentation populaire habituelle de cancer " maladie longue et douloureuse ". Les patients peuvent alors exprimer des " regrets " d'avoir négligé tel ou tel symptôme ".

Il s'y mêle souvent une certaine " culpabilisation " de la part du malade et souvent de son entourage. Le sentiment " d'injustice " et le " déni " y sont très fréquemment observés. Les décisions thérapeutiques dans une telle conjecture sont difficiles à prendre. Se contente-t-on d'un traitement purement symptomatique (antalgique, corticoïde) ou bien met-on en oeuvre des traitements spécifiques plus lourds? Quel sera, pour le patient, le bénéfice réel apporté par telle ou telle attitude?

Le caractère " brutal " pose problème, le patient et l'entourage n'ayant pas eu le temps de " cheminer " comme c'est le cas habituellement en situation palliative. Les décisions prises sont lourdes de conséquences. Faut-il essayer quelque chose, par exemple une chimiothérapie? Selon quel protocole? Les paramètres déterminant les prises de décision dans ces cas sont alors très complexes. Y sont mêlées des considérations objectives sur les probabilités de réponse à tel traitement dans telle ou telle situation, des considérations entièrement subjectives liées à la personnalité du malade, à ses souhaits et à ceux de l'entourage et aux convictions intimes de l'oncologue.

Une deuxième " situation limite " mérite à notre sens d'être individualisée.

Celle-ci est constituée par l'association chez un même malade d'une pathologie maligne et d'une autre pathologie chronique mettant en jeu le pronostic vital à plus ou moins long terme.

Je citerais par exemple le cas d'une patiente de 60 ans en hémodialyse chronique non greffable atteinte d'un cancer du sein

Libres propos

Psychologue en cancérologie : un travail de liaison.

Sylvie PUCHEU*

C'est en cancérologie qu'a été inaugurée la pratique du psychologue clinicien dans des services traitant de pathologies physiques graves. Cette pratique est aujourd'hui clairement définie même s'il existe encore malheureusement des lieux où la place des psychologues n'est pas reconnue à part entière.

La liaison la plus courante est la suivante : on appelle le psychologue du service (ou un psychiatre, mais souvent extérieur au service) comme on fait appel à tout spécialiste pour donner un avis diagnostique et/ou thérapeutique, (soutien psychologique et/ou médicamenteux). Certains services ne fonctionnent que sur ce mode "médical" et appellent plutôt le psychiatre. En dehors de difficultés psychologiques ponctuelles, ils se "débrouillent" seuls.
Plus fréquente est l'intégration d'un psychologue à temps partiel ou temps plein dans une équipe (moins souvent un psychiatre) qui répond à la fois aux demandes ponctuelles, mais peut aussi faire un "travail plus en profondeur" que nous allons maintenant définir.

• Les liaisons intrapsychiques du patient (et du proche)

Le premier travail de lien est bien sûr celui qui peut se faire avec le patient et/ou son conjoint ou proche.
Schématiquement, une maladie grave ou même moins grave entraîne une déstabilisation de l'être, traumatique, une blessure narcissique avec des réactions normales d'anxiété et de dépression, voire d'agressivité. Pour surmonter le traumatisme de la maladie, des traitements, parfois pour réapprendre à vivre, un travail d'élaboration psychique s'avère indispensable. Ce cadre que nous offrons sous-entend que chaque individu a le droit de manifester sa souffrance à sa manière et nous sommes là pour le rappeler.

Mais ces réactions normales peuvent parfois devenir pathologiques, par leur intensité et/ou leur durée, ce qu'il faudra évaluer. Si le soutien psychologique ne parvient pas à contenir la douleur morale, il est alors nécessaire de faire appel à un psychiatre ou au médecin somaticien afin qu'il prescrive un traitement médicamenteux (liaison psychiatre-psychologue). On peut aussi proposer des aides spécifiques, ceci en fonction de la formation et des choix de chacun (psychothérapies psychanalytiques, techniques de relaxation, thérapies cognitivo-comportementales, thérapies systémiques).

Ce travail psychique engagé avec le patient doit tenir compte du contexte : gravité de la situation et donc respect des défenses psychiques face à l'angoisse de mort, avec la mise en place d'un cadre thérapeutique suffisamment contenant et tenant compte de la réalité de l'hôpital. Le patient est d'abord là pour soigner son corps, au-delà du soutien psychologique proprement dit, c'est de surcroît que le patient pourra trouver, s'il le souhaite, la possibilité d'un travail de sens. Cependant le psychologue doit lui en faire connaître le bénéfice potentiel (un peu différent sera le travail avec le couple ou le conjoint). Pour certains patients, cette rencontre avec le psychologue peut être l'occasion d'une véritable découverte sur soi, si on a pu mettre en place ce cadre psychothérapeutique. Quelquefois, c'est le travail en groupe qui peut faciliter la prise de conscience du fonctionnement psychique de chacun et offrir un espace contenant (groupe de patients type psychanalytique," gestion du stress", relaxation, thérapie systémique etc.).

• Les liaisons intersubjectives patient/équipe, psychologue/équipe

Le psychologue peut être considéré comme un médiateur entre patient et équipe.

Lorsque nous sommes appelés par une équipe en difficulté avec un patient ou une famille, il s'agit d'apprécier la situation de crise en étant attentif à la fois au vécu du patient et à celui de l'équipe. Dans quelle mesure leurs réactions sont-elles plus ou moins en miroir ? S'agit-il d'une réelle difficulté du patient ou d'un dysfonctionnement de la communication entre tel ou tel soignant, voire de l'équipe toute entière, avec le patient. De part et d'autre, il existe une souffrance souvent exacerbée dans des services traitant des pathologies graves. En permettant à l'équipe de mieux comprendre

© D.R.

son patient ou la famille (tout en respectant l'intimité du patient) en l'éclairant avec neutralité sur ses sentiments et attitudes contre-transférentielles éventuelles, le psychologue peut ainsi améliorer la communication. Le mode pédagogique qui consiste à expliquer en tentant de ménager les susceptibilités me paraît le plus efficace. Cela suppose que chacun se sente en même temps, non pas jugé, mais reconnu dans sa souffrance (même si elle n'est pas exprimée) et donc que le psychologue ait su auparavant gagner la confiance des différents membres de l'équipe.

• Les liaisons intrapsychiques du psychologue

Seule dans un service de cancérologie, telle fut ma pratique pendant plus de 10 ans.

Cette expérience qui peut-être tout à fait riche et fonctionnelle, nécessite cependant de trouver un "ailleurs" pour penser et faire face soi-même à une certaine solitude pour contenir au quotidien une réalité souvent difficile : réalité de la maladie grave, souffrance des patients, des familles, des équipes.

Eponger et contenir les souffrances des uns et des autres nécessite de se sentir soi-même solide. A chacun de juger ce que cela peut signifier mais le travail de lien et de sens qu'on peut effectuer sur sa pratique permet aussi de mieux l'assumer.
La théorisation par l'écriture sur des cas cliniques, la rencontre avec d'autres collègues pour échanger sur les pratiques, l'enseignement, la transmissions du savoir qui oblige à un recul nécessaire et clarificateur sur sa pratique, enfin si nécessaire une supervision peuvent y aider ; d'autre part, faire des recherches me semble tout à fait stimulant, de ce point de vue sachant qu'on doit aussi se préoccuper de leur valeur scientifique si l'on veut être entendu et pouvoir transmettre le fruit de ses découvertes.

Les recherches permettent d'appuyer notre savoir : par exemple en mettant en évidence les liens entre caractéristiques psychologiques et présence (et/ou évolution) de la maladie, en repérant les modalités psychiques et comportementales permettant de mieux faire face, et sans trop de souffrance, à la maladie, ou bien encore en éclairant à l'aide d'une étude de cas les liens subtils qui unissent le corps et le psychisme (travail de sens), etc.

Tout cet aspect de notre travail est censé être contenu dans le "tiers temps". La gestion du temps n'est pas toujours aisée car le travail clinique prend beaucoup de place et de plus en plus lorsqu'on est parvenu à faire sa place justement.

Le cadre dans lequel nous travaillons va favoriser plus ou moins notre travail intrapsychique. Le regroupement des "psy" (psychologues et/ou psychiatres) dans une unité fonctionnelle me paraît plus intéressant de ce point de vue : pouvoir "trouver et retrouver", au sein même de son lieu de travail, l'échange avec les collègues ce qui offre ainsi la possibilité de transmettre, de recevoir, de faire des recherches en collaboration, et qui soient par ailleurs valorisées, ce qui n'est pas négligeable !
Cela facilite notre intervention comme "psy" dans les services : faire partie tout en étant ailleurs, être dedans et dehors, permet un espace au sens Winnicottien et une souplesse plus grande au travail de lien personnel.

Dans l'idéal, pouvoir aussi avoir le choix d'intervenir dans au moins deux services où sont traités des pathologies différentes, permet d'enrichir le travail de pensée et de réflexion sur les caractéristiques psychologiques communes et divergentes des maladies graves. On retrouve de grandes constances dans le vécu de telles maladies mais chacune, au delà de l'angoisse de mort qu'elle suscite, a sa symbolique propre, une évolution spécifique où la place du non-dit en particulier peut être plus ou moins importante. Cela influence le travail de mise en sens que le patient peut alors faire sur son vécu.

Le regroupement des "psy" dans une même unité nécessite de réfléchir à l'articulation des fonctions du psychologue et du psychiatre.

• Les liaisons psychologues-psychiatre

Il me paraît important de développer ce point qui pose problème dans certains services ou hôpitaux. A l'hôpital, les services choisissent de travailler préférentiellement avec un psychologue ou un psychiatre ou les deux à la fois, en fonction de critères parfois mal définis. Certains sont rassurés par le statut de "médecin", d'autres au contraire sont rassurés par le statut de "psychologue" qui serait moins associé à la folie mais plus à la normalité.

Le retentissement d'une maladie grave, comme tout événement de vie malheureux ou heureux, a un caractère émotionnel le plus souvent "normal". Il s'agit avant tout d'aider les personnes à faire face à ce qui leur arrive. Dans une perspective psychologique orientée de manière psychanalytique, ou même cognitivo-comportementale, le rôle du psychologue et du psychiatre de liaison se superposent relativement, de même lorsqu'il s'agit d'effectuer des recherches cliniques et scientifiques (nos outils sont parfois différents). Nos évaluations diagnostiques peuvent être complémentaires (nos formations différentes permettent réciproquement d'affiner un diagnostic différentiel). Nos rôles sont complémentaires lorsqu'il y a nécessité d'une prescription médicamenteuse que seul le psychiatre peut donner. Des liens de bonne qualité ne seront possibles que dans un respect de nos statuts et formations réciproques avec comme sous-entendu que le psychologue n'est pas un para-médical ! Selon les institutions et le nombre de personnes concernées, il me semble indispensable que soit défini au préalable un cadre précis d'articulation afin d'harmoniser les liaisons et prévenir les conflits de pouvoir. En ce sens il est certainement important que psychologues et psychiatres aient chacun un représentant auprès du chef de service.
Enfin les collaborations psychologue-psychiatre ou psychologue-psychologue sont sous-tendues par les mêmes phénomènes que l'on trouve dans tout regroupement humain où, pour "faire le lien", il faut avoir plaisir à travailler ensemble. Cette complicité existera ou non. Je ne sais pas dans quelle mesure elle peut se créer de toutes pièces.

En conclusion

Il me semble que parmi les modalités de défense de notre statut, il soit nécessaire que nous transmettions notre expérience à l'extérieur au sein de notre hôpital ou plus loin, à travers des présentations diverses ou des communications dans les congrès, ou encore des recherches pouvant aboutir à des publications.

Cette pratique spécifique exige un certain "engagement" personnel. J'entends par là, que rien n'est jamais définitivement acquis quant au rôle du psychisme et il y va de l'habileté de chacun d'entre nous à mettre en valeur ce savoir par notre savoir-faire. Vis-à-vis des équipes avec lesquelles nous travaillons, au fond, c'est être dans une disposition d'esprit qui vise à transmettre sans relâche toutes les modalités du fonctionnement psychique de la personne dans ce qu'elles ont de général pour relativiser et contenir les débordements, mais aussi de particulier, pour préserver la dimension subjective. Il existe un grand mouvement de personnes, malades et soignants, et il faut donc beaucoup se répéter !

Il a fallu donc que les psychologues s'intègrent à la démarche médicale. En retour, les équipes médicales et soignantes ont appris à se servir de leurs compétences. Quand cette dynamique s'instaure, le plaisir de fonctionner ensemble diminue sans aucun doute le poids des difficultés émotionnelles rencontrées en cancérologie.◆

BIBLIOGRAPHIE

1-Pucheu S – La demande DU psychologue face aux demandes DE psychologue en cancérologie. Psychologie Médicale, 1984, 16, 2255-2257.

2-Pucheu S – Entre penser le corps et panser l'esprit : le psychologue en cancérologie, Rev Méd Psychosom.1992, 29 : 101-112.

3- Pucheu S – Bâtir sur de l'incertitude : ou le travail quotidien en psychologie de liaison avec des patients atteints de pathologies graves. La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, novembre 1997 . 12 : 48-51.

** Psychologue Clinicienne Psychothérapeute, Hôpital BROUSSAIS, Unité Médico-Psychologique*

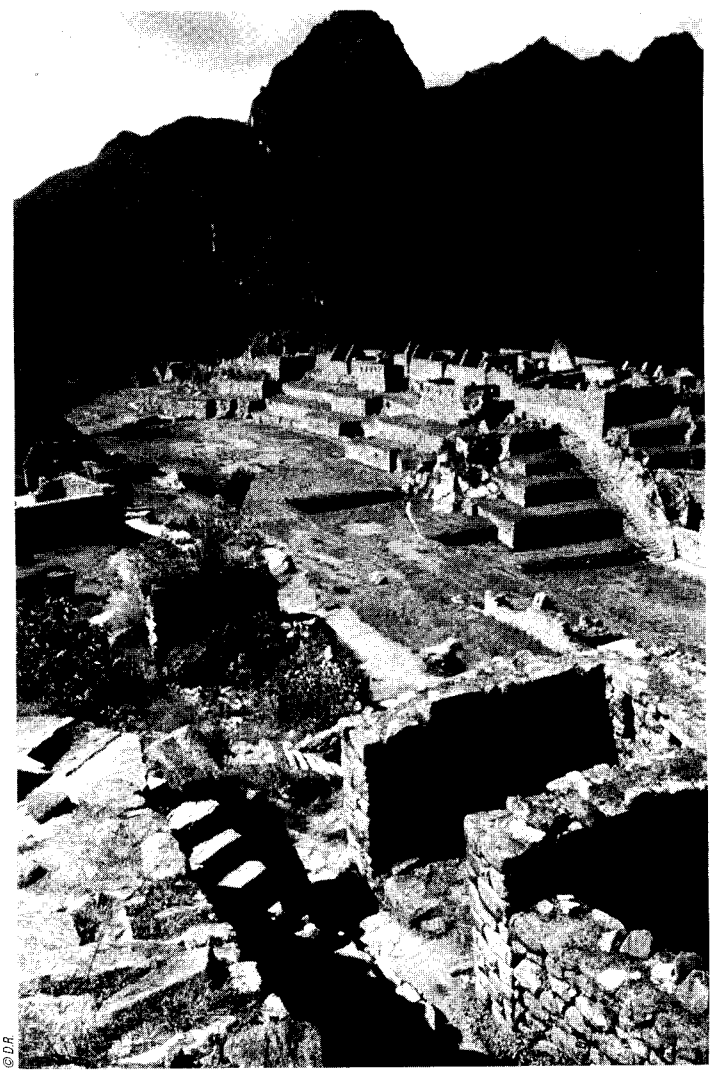
"La psycho-oncologie dans le monde

A propos de la Psycho-oncologie au Pérou

José AYLLON *

La Psycho-Oncologie Clinique est une discipline peu connue dans le milieu sud-américain, mais primordiale sous tous ses aspects: social, économique, culturel, humain.
Le côté psychologique est pris en compte en grande mesure dans les centres anticancéreux européens et nord-américains. Malheureusement les limitations sur le matériel et le personnel médical entraîné ne favorisent pas le développement de cette discipline dans les pays du "troisième monde", parmi eux le mien, le Pérou.

En France, j'ai pu voir que la prise en charge prend en compte les caractéristiques de chaque patient, avec une coordination entre les membres de l'équipe en fonction de la réaction psychologique du patient face à la maladie. Cela demande une adaptation des soignants au cas par cas selon le psychisme du patient.
La présence d'un psychiatre ou d'un psychologue, selon la structure médicale établie, implique une organisation et une coopération entre tous en fonction des paramètres connus. Le travail en équipe est donc le plus important.
Dans mon expérience personnelle pendant 3 ans de formation dans un service de Radiothérapie à Lima entre 1995 et 1998, j'ai pu voir et vivre les problèmes face aux limitations mentionnées.
Des problèmes économiques, le manque de réseaux de communication adéquats, l'isolement, le niveau d'éducation, la culture, les coutumes mais aussi un manque d'une politique sanitaire, ne facilitent pas l'accès aux soins des patients cancéreux. Si l'on ajoute le manque d'infrastructure médicale adéquate, de centres de dépistage, de prévention dans la population et de centres oncologiques spécialisés, nous pourrons comprendre que le défi face à la maladie et ses conséquences physiques et psychologiques est d'autant plus dur à surmonter. Il en résulte des compromis avec peu de ressources logistiques et économiques ainsi que peu de satisfactions professionnelles.
Le cancer est un problème mondial et chaque pays doit faire face à sa réalité en fonction de ses aspects territoriaux, de sa population et de programmes sociaux structurés. Dans les pays en voie de développement le cancer représente la deuxième cause de mortalité. L'incidence croissante dans le monde est en partie due à des conditions de l'environnement, mais aussi à une longévité plus grande.
Selon les rapports de l'OMS, entre 30 et 50% de cas devraient être traités avec radiothérapie dans les pays industrialisés. Dans les pays en voie de développement, 70% des cas devraient avoir ce traitement. On mentionne tous les cas en général, en traitement exclusif ou combiné. La raison en est malheureusement une plus haute incidence de cas détectés en stade avancé. C'est le cas le plus souvent au Pérou, car 80% de malades cancéreux environ sont admis en état avancé.


©D.R

Les mesures statistiques faites avant le recensement de 1993 indiquaient que 74% de la population pauvre ou en "extrême pauvreté" n'utilisait pas les ressources de santé existants, que 15% allait dans un service de santé publique et le restant 11% se servait de l'avis d'un pharmacien du village ou d'un "guérisseur" sans formation médicale. Plus de 40% de la population du pays (25 millions) est considérée en situation de pauvreté.
Dans le cas des maladies cancéreuses, la situation est similaire, avec un centralisme des moyens de traitement. 90% des installations de radiothérapie sont à Lima, la capitale. Ce fait donne une opportunité d'être traité à seulement 30% des malades, 70% n'ayant pas accès aux soins spécialisés. Des 23,100 nouveaux cas de cancer calculés en 1994, seulement 20% ont pu accéder à des soins adéquats (Instituto Nacional de Enfermedades Neoplasicas, Lima 1996). Plus de 50,000 cas sont estimés pour l'année 2000.
En faisant une analyse du problème on peut observer généralement un manque de connaissance et d'information du patient ainsi que l'absence d'un programme de

santé publique de la part des autorités de santé locales, faits qui ne permettent pas l'accès à la détection et au diagnostic précoce.

Les cancérologues latino-américains sont confrontés aussi à la difficulté d'établir une bonne communication entre l'équipe médicale et le patient car la langue parlée par celui-ci est souvent celle de son village d'origine. Différents patois sont parlés dans nos pays. Dans le cas péruvien, le Quechua, ancienne langue des Incas, est parlé par environ 50% des patients originaires de province. Ce patois est très différent de l'espagnol qui est la langue officielle du pays.

Cette difficulté est à l'origine d'une grande frustration pour le malade et son entourage, mais aussi pour l'équipe soignante. Ce seul fait est aussi à l'origine de:

- une passivité ou un "se laisser aller ou abattre" de la part du malade,
- un manque de confiance dans le corps médical et paramédical,
- un manque de continuité du traitement dans certains cas car il en résulte des abandons en cours de traitement,
- peur et angoisse de ne pas pouvoir exprimer ses idées, sentiments, douleurs,
- un auto-isolement et pour bon nombre de patients: la dépression.

Tous ces faits affectent d'une manière diverse la relation équipe médicale/patient et rend difficile la compréhension du problème de la part du malade et son entourage, mais aussi la compréhension réelle de l'état psychologique de celui-ci par l'équipe soignante. Il est assez difficile de faire comprendre au personnel l'impact psychologique sur le patient de l'annonce de la maladie et du type de traitement à faire. N'oublions pas que dans nos pays l'aspect économique à tout niveau affecte aussi la prise en charge. En effet, les difficultés économiques et sociales démotivent le personnel soignant qui, pour améliorer son niveau de vie, exercent souvent dans le secteur privé et public au même temps.

Compte tenu du système de couverture sociale limité et insuffisant, les problèmes de pauvreté et de chômage sont encore importants dans un pays comme le notre. La sécurité sociale couvre seulement les gens qui ont un travail fixe et leurs familles. Malheureusement, ce n'est pas la majorité de la population. L'accès aux soins est cependant possible pour tous à l'hôpital public mais la couverture des frais hospitaliers est variable en fonction des revenus et du type de traitement. Par exemple, une chimiothérapie coûteuse ne sera pas prise en charge par le système public.

Un autre problème qu'on trouve souvent est le manque de personnalisation de la prise en charge des patients, car tous les médecins d'un service peuvent éventuellement voir en externe les patients, en raison de la grande demande centralisée sur les structures sanitaires les plus importantes. Dans quelques centres la participation d'un psychiatre ou d'un psychologue existe mais elle est très limitée, sans un suivi adéquat pour les cas qui le méritent.

© D.R

Ce qu'il faudrait envisager, surtout dans les nouvelles structures et services que nous formerons avec nos collègues là bas, c'est d'avoir les ressources nécessaires pour donner un meilleur traitement spécifique mais aussi un traitement digne. C'est à dire une façon de pouvoir donner un support psychologique et psycho-oncologique en fonction des patients, de leur culture, de leur classe sociale, de leurs habitudes et coutumes. Déjà connaître et parler leur langue ou avoir des interprètes aiderait beaucoup à la prise en charge. Un entraînement en langue Quechua et Aymara, au moins au niveau basique, est possible et impératif de la part de l'équipe soignante. Et cela peut se faire avec le soutien et l'accord des universités publiques où l'enseignement est gratuit.

La présence d'un psychiatre ou d'un psychologue, pour organiser le soutien des malades mais aussi celui de l'équipe, est primordiale.

Il faut faire prendre conscience à l'équipe que le malade passe aussi par une étape d'adaptation obligée physique et psychologique.

Préciser un médecin référent et responsable pour chaque malade dans le service où il est traité. C'est important d'éviter des propos et avis discordants entre collègues du même service. Eviter les mots "dits ou non dits".

Respecter l'intimité des patients et leur procurer une structure de traitement personnalisée et adéquate mais pas complètement isolée.

La distribution de petites brochures informatives à propos du traitement en expliquant simplement ce qu'on fera pour le malade et son entourage aiderait aussi à la prise en charge. Cette proposition est faisable car les hôpitaux de santé publique ont des petites imprimeries qui produisent quelques textes qui sont distribués dans d'autres services.

Nous pouvons conclure en disant que, malgré le manque de ressources et les limitations, la prise en charge psycho-oncologique ne doit pas être négligée. Nous voyons une tendance à laisser le coté psychologique et ses conséquences comme "chose à part" dans nos hôpitaux publics. Mais il ne doit pas y avoir d'empêchement pour procurer un traitement intégral aux malades pris en charge. Le grand nombre de patients ainsi que la saturation des structures actuelles doit nous faire réfléchir à cela. Si nous considérons les effets du problème sur la qualité de vie des patients nous verrons que nous perdons beaucoup.

A mon retour j'espère pouvoir mettre en pratique la discipline psycho-oncologique et assurer son développement dans un nouveau service à l'Hôpital National "Cayetano Heredia" dans le nord de Lima.

La diffusion des principes de la psycho-oncologie clinique aidera à une meilleure prise en charge des malades par l'équipe, et permettra au patient de surmonter les conséquences de sa maladie dans son milieu familial et de travail. ◆

** Oncologue radiothérapeute*

© E. Robert

Marie-Frédérique BACQUE *

SITUATION PRATIQUE

Le burn-out chez les soignants en cancérologie et soins palliatifs

Le burn-out est une notion maintenant bien connue des équipes soignantes, un peu moins du côté des médecins.
Et pourtant, ils sont autant touchés que les autres soignants et connaissent aussi le découragement et le sentiment d'impuissance. Voyons quelles sont les composantes de ce "ras le bol", de ce "stress chronique" qui va malheureusement de pair avec déshumanisation et renoncement...Décrit pour la première fois en 1974 par Freudenberger, le burn-out résulte d'exigences relationnelles inconciliables (aimer, réparer) avec une vocation initiale forte (guérir à tout prix) et une efficacité diluée (maladies chroniques, décès à répétition). Le burn-out se manifeste dans trois domaines :
- *épuisement émotionnel : impossibilité d'acquérir de nouvelles informations cognitives ou émotionnelles.*
- *désinvestissement de la relation avec le patient : attitudes déshumanisantes, diminution du temps de contact.*
- *abaissement du sentiment d'accomplissement personnel.*

Pour Maslach et Jackson (1981), il s'agit d'un "échec de l'adaptation au stress émotionnel chronique du travail".

© D.R

La plupart des auteurs ont identifié ce phénomène parmi les professions d'aide: travailleurs sociaux, soignants et enseignants. Cependant, pompiers et policiers en sont aussi victimes, dans leur rôle de représentant de la loi. L'ambivalence liée au port d'arme ou à la violence nécessaire parfois pour sauver des vies est sans doute à l'origine des difficultés ressenties à l'occasion d'une surcharge de travail. Cette même ambivalence étreint inconsciemment le soignant qui possède potentiellement parmi ses instruments ou ses techniques de quoi être nocif au malade. Le maniement de produits dangereux, la détention d'information sur la mort éventuelle des patients, les expériences d'accompagnement plus ou moins douloureuses, tout ceci concourt à donner de la puissance, tout en s'en défendant. L'idéal du soignant est de réparer, de soigner, et de guérir...

Comment devient-on vulnérable au burn-out et comment s'en protéger ?

Les premières études (Amenta, 1984) comparant infirmières de soins palliatifs et celles d'autres unités médicales (cancérologie, soins intensifs) montrent chez les premières, une maturité émotionnelle et une philosophie de la vie plus développées ainsi qu'un plus grand attachement à la religion. Mary Vachon (1995) fait le point sur la vulnérabilité de certains soignants:
- rôle de l'âge: les jeunes ressentent plus de stress et présentent moins de ressources en termes de stratégies de coping (capacité à "faire face" à la détresse). Les plus âgés ont souvent plus de responsabilités qui leur donnent une plus grande satisfaction professionnelle.
- rôle du statut socio-économique: un meilleur statut financier est associé avec une meilleure adaptation intra et extra hospitalière.
- rôle de la famille: être marié et avoir des enfants apporte aussi plus de satisfactions au travail. Cependant, les jeunes enfants, les parents âgés dépendants engendrent plus de difficultés.

- rôle des événements de vie: ils renforcent l'angoisse de mort. Ainsi Krikorian et Moser (1985) montrent que l'absence de décès dans l'entourage des infirmières et des administrateurs en soins palliatifs est corrélé à une plus grande satisfaction au travail.
- rôle de l'expérience acquise: les plus expérimentés sont les moins déprimés et les plus satisfaits dans leur travail. Cependant, la longueur du temps passé en unités de soins palliatifs est corrélée, chez les Américains, à une augmentation du burn-out (Masterson-Allen, 1985). En revanche, on observe une corrélation favorable au degré de satisfaction au travail avec le niveau élevé de diplôme et l'identification sociale (comme dans le clergé par exemple).

Les facteurs de personnalité (développés dans Deuil et santé, Bacqué, 1997)

Les motivations initiales ont été particulièrement étudiées, puisque le décalage entre les attentes individuelles et la réalité est producteur de stress. Le choix de travailler dans un service de soins palliatifs relève en général plus d'une philosophie que d'une pulsion morbide. Des caractéristiques personnelles comme l'estime de soi, et une forme de contrôle interne permettent la lutte contre la détresse émotionnelle (Yancik, 1984). Enfin, on relève deux types de personnalité prédisposées au stress en soins palliatifs :

• les personnes très renfermées sur elles-mêmes ont tendance à se focaliser sur la compétition professionnelle pour échapper aux conflits engendrés par le travail.

• les personnes tournées vers les autres à l'extrême surinvestissent la relation aux autres et vivent la perte du patient comme un échec. Leurs défenses passent alors par des excès : comportements addictifs (cigarettes, alcool, travail) ou négligence des autres (surcharge émotionnelle qui les mène au déséquilibre). La prise de conscience des mécanismes de défense de chacun permet de mettre au point un système de prévention collectif du burn-out. La souplesse, la variété de ces mécanismes est un facteur de "bonne santé" du groupe. Ainsi, trop d'identification nuit : "J'ai cru voir ma mère, lorsque j'ai reçu cette malade", mais trop de distance est néfaste : "Il ne me touche pas du tout, nous n'avons rien en commun!". Il est normal qu'une projection immédiate ait lieu lors de la rencontre avec un patient. Elle doit faire l'objet d'une relativisation systématique. Refouler ses sentiments est courant : "J'oublie tout de suite. La mort ? Je n'y pense jamais!". Mais dans les moments de crise, le refoulement se transforme en de brusques poussées d'angoisse : "J'étais paralysée de peur", "Je me suis mise à courir en tous sens, à la recherche du médecin, je me suis même perdue dans les couloirs!". Angoisse "mentalisée" (perception d'un danger imminent) ou moins pensée comme lorsqu'elle se solde par un comportement désorganisé, voire par une somatisation (réaction neurovégétative, malaise, état de choc). Le soutien de l'environnement est crucial, mais peut être mal adapté dans un premier temps. Ainsi le néophyte se tourne d'abord vers sa famille et ses amis alors qu'ils sont plutôt désarmés. Les points précédents, l'information et la communication intra-équipe (Ramsay, 1995) sont des solutions à étudier. Un réseau élargi de soins limite l'enfermement et la sclérose. La venue, de l'extérieur, d'un superviseur ou régulateur (de formation psychanalytique) susceptible de pointer les processus inconscients du groupe permet la mise en pensées et en mots d'événements difficilement surmontables (Machavoine, 1990, 1999). Cette supervision n'est d'ailleurs pas toujours la panacée et doit elle-même être désidéalisée. Elle reste cependant la condition d'un travail qui prend sa place dans l'histoire de chacun et dans celle du service. Les effets de cette dynamique de groupe sont indéniables sur la vie des patients. C'est une des demandes prégnantes des États Généraux de la Santé: plus de communication et d'harmonie entre les membres du service, afin que les malades eux-mêmes ne servent plus de messagers entre les membres de l'équipe hospitalière! ◆

** Docteur en psychologie, Maître de conférence à l'Université Lille 3*

- Amenta M. M. Traits of Hospice nurses compared with those who work in traditional settings. Journal of Clinical Psychology, 1984, 40: 414-19.
- Bacqué M-F. Deuil et santé. Paris. Odile Jacob. 1997.
- Freudenberger H.-J. The staff burn-out. Journal of social issues, 1974, 30, 1: 159-65.
- Krikorian D. A. Moser D. H. Satisfactions and stresses experienced by professional nurses in hospices programs. American Journal of Hospices Care. 1985, 2, 1: 25-33.
- Machavoine J-L. Intérêt des groupes d'analyse de la relation soignant-soigné en cancérologie. Psychologues et Psychologies. 1999, 147: 13-15.
- Machavoine J-L. La souffrance des soignants face à la mort en cancérologie. Revue de médecine Psychosomatique. 1990, 23: 105-12.
- Maslach C. Jackson J. E. The measurement of experienced Burn-out. Journal of Occupational Behavior. 1981, 2, 2: 99-113.
- Masterson-Allen S. Mor V. Laliberte L. Monteiro L. Staff burn-out in a hospice setting. Hospice Journal 1985, 1: 1-15.
- Ramsay N. Sitting Close to Death: Observation on a palliative Care Unit. Group Analysis. 28, 1995: 355-65.
- Vachon M. L. S. Staff stress in hospice/palliative care: a review. Palliative Medicine 1995, 9: 91-122.
- Yancik R. Coping with hospice work stress. Journal

CONGRÈS

▶ ***Du 24 au 25 février 2000, Palais des Congrès, PARIS***
Risk and Prevention
Inscriptions et renseignements :
RAP General Secretariat,
1, rue Kléber, 92683 Levallois-Perret,
Tél : 01 41 34 37 37,
Fax : 01 41 34 33 78,
e-mail axelle.michelez@eurorscg.fr

▶ ***Du 6 au 9 Juin 2000, Palais des Congrès, PARIS***
EuroCancer 2000
8 juin 2000 après-midi
Session Psycho-Oncologie

▶ ***Du 11 au 14 Juin 2000, HELSINKI, Finlande***
UICC Breast Cancer Meeting ;
2nd Psycho-social impacts of breast cancer
Inscriptions et renseignements :
Congrex Switzerland SA,
3 rue du Conseil Général,
CH 1205 Genève
Tél : 00 41 22 809 18 70
Fax : 00 41 22 809 18 74
e-mail : congrex@congrex.ch

▶ ***Du 23 au 24 Juin 2000, STRASBOURG***
7ème Congrès Nationale de la Société Française de Soins Palliatifs
" Soins Palliatifs, Médecine et Société "
Inscriptions et renseignements :
Association Pierre Clément,
5 rue Jacques, 67000 Strasbourg
Tél : 03 88 31 42 75,
Fax : 03 88 31 28 04

▶ ***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

▶ ***Septembre ou Octobre 2001, CAEN***
17ème Congrès de la Société Française de Psycho-Oncologie :
"Place et intérêt des groupes en psycho-oncologie".

Recherche

Les modifications vaginales et de la sexualité chez les femmes ayant des antécédents de cancer du col utérin.

(Vaginal changes and sexuality in women with a history of cervical cancer. Bergma K, Avall-Lundquist E, Dickman PW, Henningsohn L, Steineck G, New Engl J Med 1999 ; 340 ; 1383-9)

Les conséquences sexuelles et psychologiques secondaires aux traitements du cancer du col utérin sont mal étudiées et la littérature est très pauvre dans ce domaine. Un groupe d'oncologues suédois a étudié ces conséquences dans un groupe de patientes traitées pour ce cancer en le comparant à un groupe contrôle.

Méthodes :

Les auteurs ont cherché à déterminer la prévalence des modifications vaginales et leurs conséquences sur les changements des conduites sexuelles et la psychologie de femmes traitées pour un cancer du col utérin. Ils ont comparé ces résultats à ceux obtenus chez des femmes sans antécédents de cancers cervico-utérins appariées sur l'âge et le lieu de résidence.

Les auteurs ont proposé un questionnaire à 332 patientes de moins de 80 ans, traitées pour un cancer du col utérin entre janvier 1991 et décembre 1992 et vivantes en novembre 1996. Ce groupe a été comparé à 489 femmes exemptes de ce type de cancer. Le questionnaire a été envoyé par courrier entre novembre 1996 et mai 1997. Les femmes devaient renvoyer une réponse pour donner leur accord à cette étude. En l'absence de réponse dans les 2 semaines, les femmes étaient relancées par un appel téléphonique. Sept cent huit femmes ont accepté de participer à l'étude. Le questionnaire était anonyme et les données relatives au traitement étaient fournies par les femmes pour conserver leur anonymat. Le questionnaire et l'étude avaient reçu l'approbation du comité régional d'éthique. Le questionnaire comportait 136 questions pour les femmes ayant un antécédent de cancer et 115 questions pour les femmes du groupe contrôle. Le questionnaire a étudié les dysfonctionnements sexuels, comme la diminution de l'attrait pour la sexualité, la diminution de l'excitation sexuelle, le rétrécissement vaginal, la diminution de l'élasticité vaginale, la fréquence des rapports sexuels, de l'orgasme ou du plaisir orgasmique. Les douleurs lors des rapports ont été classées en fonction du type de pénétration, superficielle, intermédiaire ou profonde. Les caractéristiques de chaque symptôme devaient être précisées (fréquence, intensité, durée et qualité). Les facteurs pouvant interagir avec les réponses étaient pris en compte : niveau d'éducation, statut social, antécédents d'abus sexuel, maladies intercurrentes, rechute du cancer et traitement hormonal substitutif de la ménopause. En Suède, le traitement du cancer du col utérin consiste en une colpo-hytérectomie avec lymphadénectomie élargie précédée ou non d'une curiethérapie préopératoire. Les patientes qui avaient un envahissement ganglionnaire métastatique recevaient une radiothérapie pelvienne postopératoire. Les femmes trop âgées ou ayant une maladie contre-indiquant la chirurgie pouvaient être traitées par radiothérapie exclusive.

Les résultats sont rapportés en termes de risque relatif, c'est-à-dire le rapport entre le nombre de réponses des femmes traitées pour un cancer du col utérin et le nombre des réponses obtenues chez les femmes du groupe contrôle. Le risque relatif (RR) est donné associé à intervalle de confiance à 95 % (IC95%) et la comparaison obtenue par la méthode de Mantel-Haenszel.

© RMN / Nu couché. E. DEGAS

Résultats :

Une réponse au questionnaire a été obtenue chez 256 (77%) des femmes traitées et chez 350 (72%) des femmes du groupe contrôle. L'âge moyen était comparable dans les deux groupes, 51 ans et 52 ans. Cependant la distribution par tranche d'âge était différente avec un plus grand nombre de femmes âgées de 41 à 60 ans dans le groupe traité, respectivement 58% et 39%. Dans le groupe traité, plus de femmes vivaient seules que dans le groupe contrôle, respectivement 19% et 10%. Plus de femmes du groupe traité avaient un traitement hormonal oral ou transdermique comparativement au groupe contrôle, respectivement 56% et 21%.

L'attrait pour la sexualité était le même dans les deux groupes (pour les femmes traitées, comparé à la période précédant le traitement, pour les femmes du groupe contrôle comparé à 5 ans avant le questionnaire). Cependant la réduction de la libido était plus cause d'angoisse chez les femmes opérées que chez les femmes contrôle (RR : 1,8 IC 95% [1,3-2,4]). La réduction de la lubrification vaginale était plus fréquente chez les femmes traitées, respectivement 28% et 15% (RR : 2,0 IC 95% [1,4-3,0]) et causait plus d'angoisse que chez les femmes contrôle respectivement 54% et 39% (RR : 1,2 IC 95% [0,9-1,6]). L'utilisation de lubrifiant durant les rapports sexuels était plus fréquente chez les femmes traitées que chez les femmes contrôle, respectivement 16% et 8% (RR : 2,0 IC 95% [1,2-3,4]). Trente six pour cent des femmes traitées et 25% des femmes contrôles précisaient qu'il n'y avait pas de tumescence génitale lors de l'excitation sexuelle (RR : 1,4 IC 95% [1,1-1,9]).

Trente pour cent des femmes dans chaque groupe n'avaient pas eu de rapports sexuels dans les 6 derniers mois. Deux fois plus de femmes dans le groupe contrôle précisaient qu'elles n'avaient pas eu de rapports dans les 5 dernières années, respectivement (RR : 0,6 IC 95% [0,4-1,0]). Plus de femmes du groupe traité vivaient mal la diminution des rapports sexuels, respectivement 50% et 35% (RR : 1,4 IC 95% [1,1-1,8]).

Une réduction vaginale était observée chez 26 % des femmes traitées contre 3% dans le groupe contrôle (RR : 8,1 IC95% [4,4-14,9]). Le résultat était identique pour la diminution de l'élasticité vaginale, respectivement 23% et 4% (RR : 6,7 IC 95% [3,6-12,5]). Trois fois plus de femmes traitées que de femmes contrôles souffraient de ces troubles, respectivement 26% et 8% (RR : 3,4 IC95% [2,2-5,2]). Cette souffrance diminuait avec l'âge des patientes.

La moitié des femmes dans chaque groupe n'avait pas d'orgasme lors des actes sexuels. Les dyspareunies superficielles ou profondes étaient plus fréquentes dans le groupe traité que dans le groupe contrôle, respectivement 16% et 2% (RR : 8,5 IC95% [3,5-18,6]) et 12% et 2% (RR : 5,2 IC95% [2,4-11,4]) alors que ces troubles étaient rarement connus 5 ans auparavant dans les deux groupes. Les saignements lors des rapports étaient plus fréquents dans le groupe traité, respectivement 8% et < 1% (RR : 20,6 IC 95% [4,8-88,7]). Cinquante sept pour cent des femmes traitées et 36 % des femmes du groupe contrôlé présentaient une souffrance psychologique secondaire à ces troubles (RR : 1,6 IC95% [1,2-2]).

Le traitement par chirurgie seule était plus souvent associé à des troubles de lubrification, de réduction de taille et d'élasticité vaginale qu'après les traitements radio-chirurgicaux, quelles que soient les modalités de la radiothérapie.

Trente quatre pour cent des femmes traitées en âge de procréer ont décrit une souffrance psychologique devant les conséquences d'infertilité secondaire au traitement. Onze pour cent ont reconnu une relation entre celle-ci et les difficultés sexuelles.

Trente deux pour cent des femmes traitées et 25% des femmes contrôles n'étaient pas satisfaites de leur sexualité lors du questionnaire mais la différence n'était pas statistiquement significative.

Commentaire :

Cet article a l'intérêt majeur de présenter les conséquences des traitements des cancers du col utérin sur la vie sexuelle des femmes traitées. Les dyspareunies sont le trouble le plus fréquemment souligné par les femmes traitées. Il n'y a pas de relations entre celles-ci et les troubles de lubrification, de longueur et d'élasticité vaginale. Le plaisir semble peu diminué et un clitoris intact permet celui-ci. La notion d'absence d'utérus a semblé avoir un rôle mineur. Les auteurs soulignent que la fréquence des rapports sexuels est un mauvais marqueur de l'effet du traitement sur la sexualité car bien que la fréquence des rapports ne soit pas différente dans les deux groupes, il est logique de penser que les douleurs ou les saignements diminuent le désir de rapport sexuel de ces femmes. L'infertilité post-thérapeutique est un lourd problème psychologique mais semble avoir un impact modéré sur la sexualité. L'âge ne semble pas avoir un rôle majeur dans les troubles ressentis et les médecins doivent prendre en compte ces données pour mieux préparer et accompagner les femmes qui doivent avoir un traitement du cancer du col utérin.

Analyse par C Salanoubat, G Noël. Goupe Pitié Salpétrière, Paris.

COMPTE RENDU

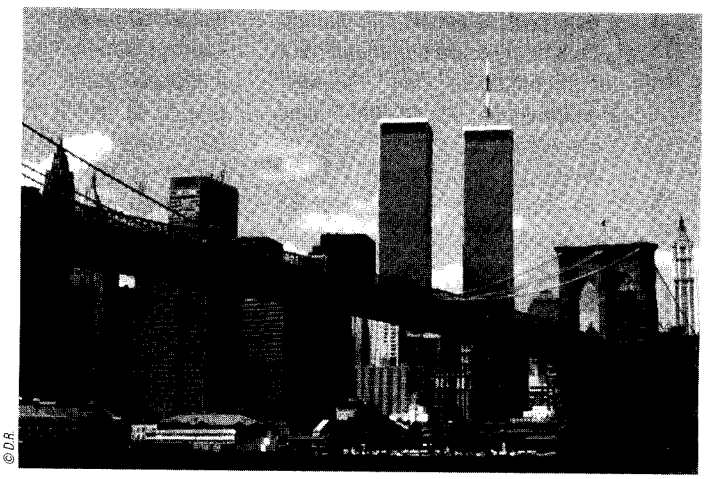
"Reconnaissance et traitement de la détresse psychologique dans le cancer : objectif pour le prochain siècle"

Jean-Luc MACHAVOINE *

Le Congrès Pan Américain d'oncologie psychosociale et comportementale s'est tenu à New-York du 20 au 23 Octobre 1999. Son titre était : " Recognition and Treatment of Distress in Cancer : Focus for the Next Century "

Jimmie HOLLAND, dans son propos d'ouverture, précisait que le terme Distress ("détresse" en Français), n'avait pas de connotation psychiatrique mais qu'il pouvait renvoyer aux préoccupations psychologiques, sociales et spirituelles. Et c'est justement tout ce qui n'est pas correctement reconnu chez les malades atteints de cancer, les laissant sans prise en charge ou traitement adéquat. Les barrières au diagnostic et au traitement sont présentes tant chez le patient, qui craint d'être catalogué " psychiatrique ", que du côté de l'oncologue (manque de temps, autres priorités, autres références). C'est pourquoi le National Cancer Network a entrepris, avec la collaboration de 18 Centres de Lutte Contre le Cancer Américains et d'un panel multidisciplinaire (travailleurs sociaux, infirmières, psychologues, psychiatres, religieux, avocats), de produire des standards de soins et de traitement, s'adressant à l'équipe oncologique primordiale (oncologue, infirmière, travailleur social) pour une meilleure reconnaissance et prise en charge de la détresse.

Au Canada, sous les auspices de la Canadian Association of Psychosocial Oncology, c'est le même souci et la même démarche, qui viennent de permettre à un groupe de travail, de développer des standards, finalement agréés en 1999, par le Canadian Council for Health Service Accreditation. Les 5 grands domaines identifiés étaient : l'organisation et la structure de la Psycho-Oncologie ; les questions professionnelles ; le travail avec les patients et les familles ; la recherche et l'évaluation ; l'éducation et la formation.



© D.R.

(NB : En France, rappelons la publication par la FNCLCC des " Standards, options et recommandations pour une bonne pratique en psycho-oncologie " (Bulletin du Cancer 1995, 82, 847- 864). La reconnaissance officielle de la Psycho-Oncologie en France passera sans doute aussi par la production de ce type de document qui réclame, il est vrai, un énorme travail d'évaluation, de concertation, d'écriture et de relecture.)

Par rapport au Congrès Mondial de 1996, également à New-York, une plus grande place semble avoir été donnée à des expériences cliniques individuelles ou groupales, auprès des malades ou de leurs proches. Il s'agit soit de programmes d'interventions structurés ou simplement de pratiques innovantes partant des besoins des patients et de leur entourage. Nombre de communications, dans les divers symposiums, abordaient des questions d'ordre psychosocial relatives aux membres de la famille des malades atteints de cancer.

Quelles sont leurs attitudes ?
Quelles aides leur apporter ?

Ainsi une remarquable étude de l'université de Pittsburgh soulignait l'influence de la détresse des épouses sur celle de leur mari atteint d'un cancer de prostate, à travers un excès de contrôle social et sanitaire qui n'améliorait en rien les comportements, au contraire !

Puisqu'il s'agira du thème du prochain Congrès de la SFPO, à CAEN, à l'automne 2001, nous avons été particulièrement sensibles aux expériences de groupes offerts soit aux patients, soit à leurs proches, adultes ou enfants.

Des études visant à évaluer l'intérêt d'interventions auprès de patients présentant un risque génétique de développer un cancer sont actuellement menées au Etats-Unis et au Canada. A New-York, une collaboration de divers grands centres a démontré l'impact positif d'un groupe de type psycho-éducatif sur l'anxiété et l'information de femmes concernées par le risque de cancer du sein. Une équipe de Toronto développe, standardise et évalue des interventions selon le modèle " supportive-expressive group " pour des patients ayant un prédisposition génétique au cancer du sein et/ou de l'ovaire, ou bien au cancer colorectal.

Au Memorial Sloan-Kettering Cancer Center de New-York, un groupe de soutien hebdomadaire est proposé aux proches, famille ou amis, de malades atteints de tumeur cérébrale. Animé par une infirmière / PhD. de l'unité de la douleur et des soins palliatifs, et par une assistante sociale du service de neuro-oncologie, ce groupe permet à l'entourage de ces malades de partager émotions et difficultés, mais aussi de recueillir des informations et conseils pratiques pour continuer à s'occuper du patient à domicile.

Aux Etats-Unis, il n'y a d'ailleurs pas qu'à l'hôpital que tels programmes ou groupes de soutien peuvent être proposés. C'est ainsi que des " Wellness Communauty ", insérées dans la cité, animées par des professionnels, psychologues, infirmières ou assistantes sociales, en lien avec les hôpitaux, se sont engagés dans cette voie. Dans une Wellness House de l'Illinois, un programme de groupe de soutien hebdomadaire sur huit semaines est organisé pour des enfants dont l'un des parents est malade. Il s'agit de leur permettre d'exprimer préoccupations et sentiments qu'ils n'ont pu partager en famille. En parallèle, se tiennent des réunions de parents.

Autant d'expériences et de dispositifs variés et innovants, répondant aux demandes des malades et de leur entourage, qui commencent à voir le jour en France, dans des grands centres et de plus petits hôpitaux, mais aussi à l'extérieur, en ville, le plus souvent à l'initiative et avec le soutien de la Ligue Nationale Contre le Cancer et de ses comités départementaux. La Société Française de Psycho-oncologie se doit d'accompagner ce mouvement en apportant son soutien et son expertise. ◆

* *Psychologue, Centre François BACLESSE, Caen*

VIE DE L'ASSOCIATION

Compte-rendu du XVI[ème]Congrès de la Société française de Psycho-oncologie

F. Baillet,
A. Renard, G. Noël

Ce Congrès a eu lieu à Paris les 6 et 7 décembre 1999 au Centre Chaillot Galliera avec pour thème : " La Psycho-Oncologie pour le malade, son entourage, son équipe soignante. Les acteurs de la Psycho-Oncologie ". Trente six communications orales ont occupé les deux journées plus trois communications dans le cadre d'un symposium consacré au traitement de la dépression chez le malade porteur de cancer. Dix sept communications affichées ont été associées. Malgré quelques difficultés pour diffuser les informations au bon moment, cinquante cinq propositions de communications orales ont été reçues montrant l'intérêt porté à tout ce qui touche à la Psycho-Oncologie dans de nombreuses équipes en France et en Europe francophone. Faute de temps disponible, les dernières propositions ont été acceptées en communications affichées. Plus de quatre cent personnes ont participé aux deux journées (médecins, infirmières, psychologues, assistantes sociales, manipulateurs de radiothérapie, etc...). Une cinquantaine de personnes n'ont pu être inscrites faute de places. Un livre des résumés a été donné aux participants. L'ensemble des communications, écrites et affichées doit donner lieu à la réalisation d'un ouvrage qui permettra de conserver et diffuser les travaux présentés.

La première journée a commencé par deux exposés introductifs, l'un pour rappeler qu'il n'est pas possible de faire de la psycho-oncologie sans psycho-oncologues (F. Baillet) et le second pour situer le malade dans son environnement interactif où la qualité de la prise en charge psychologique dépend pour beaucoup de la compétence et de l'organisation des professionnels (P. Guex). Puis la première demi-journée a été consacrée aux " besoins exprimés par les malades " avec un rappel du rôle de la Ligue Nationale Contre le Cancer (H. Pujol), un exposé sur les groupes de soutien psychologique pour les malades (J. L. Machavoine), un autre sur l'intérêt de la psychiatrie de liaison (S. Consoli) et sur le travail de liaison du psychologue (C. Lanzarotti). L'apport d'une formation universitaire en psychologie a été présenté (G. Noel). Une méthode d'investigation pour étudier le parcours du malade dans un service d'oncologie-radiothérapie (R. Behar, C. Maylin), les problèmes posés par les consentements éclairés (M. Housset) et les problèmes éthiques liés à la notion de besoin (N. Pelicier) ont terminé la session.

La deuxième demi-journée a été consacrée à " l'équipe soignante face aux problèmes ". Quatre communications ont d'abord concerné l'oncopédiatrie où des réalisations véritablement exemplaires ont été réalisées au bénéfice des enfants et de leurs familles (D. Oppenheim, S. Vasselon, C. Bulteau, D. Sommelet). Les communications suivantes ont concerné l'oncologie adulte avec 2 présentations sur les groupes de parole pour les soignants (M. Ruzniewski, A. Moraisin-Picgirard), une sur la difficulté de gérer à la fois des soins curatifs et des soins palliatifs (M. A. Proudhom) et une sur le rôle du manipulateur de radiothérapie (V. Frette). Un exemple de conduites à tenir tiré d'une analyse systématique de la littérature a été donné à propos des malades porteurs de cancer du sein (A. Gauvain-Piquard).

La deuxième journée a été entièrement consacrée au " contexte familial et social ". Une intervention a porté sur le secret médical et les secrets de famille (I. Piollet Calmettes, M. Martin), deux autres sur les enfants de malades porteurs de cancer (E. Seigneur, N. Dattée-Landry), deux sur une démarche anthropologique concernant le rôle de la famille dans le vécu des soins (H. Hoarau) et les variations bio-culturelles dans le dépistage de masse du cancer du sein (B. Barreau). L'impact psychologique et psychosocial des tests génétiques a été étudié deux fois (Y. J. Bignon, V. Bonadona). La prise en charge par l'assistante sociale a été également présentée deux fois (O. Frezet, H. Monira). A partir d'un cas, A Joos nous a montré l'importance d'une bonne écoute pour comprendre les répercussion sur les relations intra-familiales de la découverte d'une prédisposition génétique au cancer. L'intérêt d'une prise en charge globale et concertée pour les soins et le social a été illustré par la charte du Partenariat (R. Acker), puis celle de la détection et de la prévention de la détresse psychologique par les partenaires du soin (S. Dolbeault). Des communications ont également porté sur la réhabilitation (S. Schraub), la réinsertion socioprofessionnelle (F. Joly), le rôle des associations de bénévoles (F. Larra), un exemple de groupe de parole pour proches de personnes atteintes de cancers à localisation cérébrale (A. Gauvain-Piquard), les difficultés de la prise en charge en pratique libérale (E. Née) et enfin l'expérience d'un professionnel de la coiffure (B. Paul). Les communications dans le cadre du symposium sur la dépression (S. Dolbeault, N. Pelicier, C. Lanzarotti, G. Noel, S. Consoli) ont donné lieu à des échanges concernant les problèmes diagnostiques particuliers liés au contexte cancérologique.

Le public a fait preuve d'une grande assiduité et a montré un intérêt évident pour ces communications.

Les communications affichées ont également été riches d'informations et feront partie de l'ouvrage en cours de réalisation.

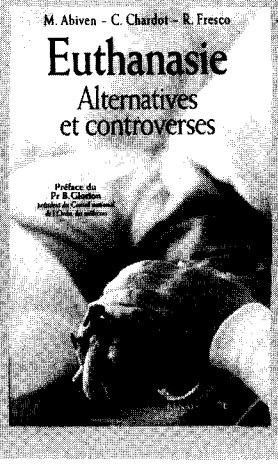
Ce Congrès a été organisé avec l'aide de Lotus Conseil et soutenu par la Ligue Nationale Contre le Cancer, les Laboratoires Rhône Poulenc Rohrer, Janssen Cilag, Smithline Beecham et Bristol Myers.

Des cassettes vidéo d'excellente qualité ont été réalisées qui couvrent l'ensemble des communications des deux journées
(Congrès Vision 01 48 37 98 98) ◆

A LIRE

Parution aux Presses de la Renaissance

Euthanasie
Alternatives et Controverses
Ouvrage réalisé par le Groupe sur l'euthanasie de la Société Française de Psycho-Oncologie



NOUVEAUX ADHERENTS

LISTE DES NOUVEAUX ADHERENTS

• Jean-Marie ANDRIEU, Médecin à Paris, parrainé par F. Baillet et N. Alby
• Brigitte BERNARD-DISTEL, Psychologue à Paris, parrainée par N. Pélicier et D. Nizri
• Patricia BESQUEUT, Infirmière à Grenoble, parrainée par JC Sage et R. Fresco
• Valérie BONNET, Psychologue à Lyon Sud, parrainée par N. Alby et F. Baillet
• Marie CARTON, Infirmière à Malzeville (54), parrainée par R. Fresco et A. Salimpour
• Geneviève CHOUTEAU, Infirmière à Grenoble, parrainée par J.C. Sage et R. Fresco
• Gilbert DESFOSSES, Président de l'Unité Mobile, d'Accompagnement et de Soins Palliatifs à la Pitié Salpêtrière, Paris, parrainé par F. Baillet et M. Abiven
• Patrick DESPREZ, Cancérologue à Vannes, parrainé par P. Bey et F. May-Levin
• Jacques DUBRUJEAUD, Médecin et Administrateur du Comité des Yvelines de la Ligue, parrainé par M. Abiven et H. Pujol
• Danielle DURIEZ, Infirmière à Montpellier, parrainée par A. Lehmann et R. Fresco
• Bruno FALISSARD, Psychiatre et Biostatisticien à Villejuif, parrainé par H.S. Garnier et A. Gauvain- Piquard
• Jean-Rémi GARBAY, Chirurgien à l'IGR Villejuif, parrainé par G. Marx et A. Piquard-Gauvain
• Brigitte GASNIER, Infirmière à Argentan, parrainée par J.L. Machavoine et J.Y. Génot
• François GUICHARD, Oncologue, radiothérapeute à Bordeaux, parrainé par F. Baillet et B. Hoerni
• Bernadette GUILLEMIN, Gynécologue à Grenoble, parrainée par J.C. Sage et R. Schaerer
• Michèle GUYADER, Médecin à Courbevoie, parrainée par R. Fresco et A. Salimpour
• Jean-Pierre HELLé, Médecin à Aubervilliers, parrainé par F. Baillet et P. Bey
• Martine JOUX, Kinésithérapeute à Grenoble, parrainée par R. Schaerer et J.C. Sage
• Anne LANGLOIS, Radiothérapeute à Paris, parrainée par F. Baillet et J.J. Mazeron
• Claudine LANZAROTTI, Psychologue à Villejuif, parrainée par F. Baillet et D. Oppenheim
• Jacques MANDET, Radiothérapeute à Mareul les Meaux, parrainé par F. May-Levin et A. Lehmann
• Catherine MASSOUBRE, Psychiatre en oncologie pédiatrique à Saint Etienne, parrainée par D. Oppenheim et P. Saltel
• Catherine MOCHET-FRONVAL, Infirmière en oncologie à Grenoble, parrainée par R. Fresco et J.C. Sage
• Sophie MOREAU, Oncologue médical à Paris, parrainée par J. Debray et M. Salamagne
• Brigitte MOTTIN, Infirmière à Clairefougère (61), parrainée par J.L. Machavoine et J.Y. Génot
• Vorlette MORTUREUX, Radiologue à Grenoble, parrainée par J.C. Sage et R. Schaerer
• François MORVAN, Oncologue à Pontoise, parrainé par F. Baillet et J. Brugère
• François MUET, Gynécologue Chirurgien à Grenoble, parrainé par J.C. Sage et R. Fresco
• Elizabeth OURY, Psychiatre à Flers, parrainée par J.Y. Génot et J.L. Machavoine
• Dominique PERIQUET, Gynécologue à Grenoble, parrainé par R. Schaerer et A. Salimpour
• Philippe REYS, Colmar, parrainé par F. Baillet et R. Fresco
• Pascale ROMESTAING, Oncologue à Lyon, parrainée par N. Alby et P. Saltel
• Martine RUSZNIEWSKI, Psychanaliste à Paris, parrainée par F. Baillet et R. Fresco
• Isabelle ROY, Psychiatre à Créteil, parrainée par F. Baillet et N. Pélicier
• Danielle STIOUI, Médecin Gynécologue à Grenoble, parrainée par J.C. Sage et C. Vrousos
• Sophie STEIN, Psychiatre à Gonesse, parrainée par F. Baillet et A.E.Roche
• Jean Michel TOURNEGROS, Radiologue à Grenoble, parrainé par R. Schaerer et J.C. Sage
• Jean Michel VANNETZEL, Oncologue à Neuilly, parrainé par F. Baillet et R. Fresco
• Daniel VAQUÉ, Chef de Service, Radiothérapeute à Pointe-à-Pitre, parrainé par R. Fresco et A. Salimpour
• Roger VETILLARD, Oncopneumologue à Toulouse, parrainé par B. Desclaux et F. Baillet ◆

FORMATIONS

▶ ***Vendredi 10 Mars 2000***
Formation Médicale Post-Universitaire, organisée par le Collège de Médecine de Paris et la Société Française de Psycho-Oncologie : " Intérêt clinique de la Psycho-Oncologie "
Renseignements et inscriptions :
Mme Catherine GRAGNON, Secrétariat
Collège de Médecine de Paris,
45 Quai de la Tournelle, 75005 Paris
Tél : 01 43 25 71 95,
Fax : 01 43 25 40 92

▶ ***17 Avril 2000, Institut Gustave Roussy, 94 Villejuif***
Formation de perfectionnement en Onco-Psychologie Adultes "Autour de la fin de vie"
Renseignements et inscriptions :
Mme Joëlle Guérry ,
Tél. : 01 42 11 46 30,
Fax : 01 42 11 52 10 ,
e-mail jguery@igr.fr

▶ ***Du 13 au 16 Avril 2000 à l'Institut Gustave Roussy, Villejuif***
Formation de Perfectionnement Douleurs et Soins Palliatifs Enfants-Adultes
Renseignements et inscriptions :
Mme Joëlle Guérry ,
Tél. : 01 42 11 46 30
Fax : 01 42 11 52 10 ,
e-mail jguery@igr.fr

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

▶ ***Formation et sensibilisation relationnelle en psycho-oncologie, Paris***
(Personnes concernées : Personnel exerçant dans des unités de soins cancérologiques ou s'occupant de malades atteints de cancers)
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 médicale, Paris***
(Personnes concernées : Tous médécins et autres personnels soignants s'occupant de malades atteints de cancers)
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 en santé"***
Renseignements : Dr Bruno FALISSARD, Tél : 01 45 59 50 10 ou 01 45 59 51 36

▶ ***Paris, 2000/2001 Diplôme Universitaire de Psycho-Oncologie,***
Renseignements et inscriptions :
Mme Pascale Van Vaeck,
Tél : 01 43 95 93 94,
Fax : 01 45 43 73 65,
e-mail consoli@hbroussais.fr

Nous avons relevé pour vous

"CANCER: SENS ET NON-SENS",

Le Journal des Psychologues, septembre 1999

Un numéro complet sur le cancer, vraiment riche. Un large dossier qui touche tous les aspects de la réflexion psycho-oncologique.
Nicole ALBY nous rappelle que le cancer est inquiétant parce que qu'il n'a pas de sens. Elle montre l'importance du travail psychothérapique pour renouer le fil de l'histoire du patient cassé par l'irruption du cancer. Elle met en garde cependant sur nos limites et nous rappelle qu'il s'agit d'un sens donné par le patient lui-même qui n'a rien à voir avec une interprétation psychogénétique.
Daniel OPPENHEIM reprend les différentes difficultés spécifiques au cancer de l'enfant. Les difficultés pour l'enfant confronté à la maladie et à la mort, les difficultés pour les parents, pour la fratrie. L'enfant n'arrive souvent pas à exprimer ce qui se passe en lui, parce qu'il manque de mots, parce qu'il craint de faire mal à ses parents, parce que l'environnement ne supporte pas d'entendre ce qu'il a à dire.
Daniel OPPENHEIM rappelle l'importance du psycho-oncologue dans ce temps de la maladie, mais aussi après, lorsque l'adolescent puis l'adulte devra négocier avec ses expériences passées pour continuer d'avancer dans sa vie.
Patrice GUEX donne un descriptif complet des activités et rôles du psycho-oncologue, les différentes techniques thérapeutiques qui sont à sa disposition, sa place dans la recherche.
Danièle DESCHAMPS, nous fait vivre, à travers des cas, le vécu de patients cancéreux et nous montre comment la maladie fait écho à des fantasmes, et comment le travail psychothérapique, en permettant de les reconnaître, redonne un sens à ce cancer qui surgit, et relance souvent une énergie créatrice.
Jean-Luc MACHAVOINE explore le champ de la communication en cancérologie. Emaillé de "non-dits" et de "malentendus", elle est souvent le creuset de souffrances psychiques des patients et aussi des médecins et des soignants. Elle est aussi la cause de quiproquos et altère la compliance des patients à leur traitement. Le psychologue, formé à l'écoute psychanalytique, apporte un espace d'écoute qui permet de renouer le fil des communications.
Jean-Luc MACHAVOINE rappelle que contrairement à ce qu'on serait tenter de penser, les cancérologues qui travaillent le plus avec les psychologues, sont ceux qui entendent le plus la souffrance de leurs patients.
Christine JANDET-BRUNET reprend dans un court article les conséquences psycho-cognitives des traitements anti-cancéreux sur les enfants.
Gloria SELVI touche le point délicat des "miracles et charlatans" qui trouvent une place

© D.R

importante dans le contexte d'une maladie inquiétante, pas "rationnelle", et dans un contexte de désillusion du public à l'égard des scientifiques impliqués dans des affaires politiques et financières.
Nadia CROTTI expose la place essentielle de la recherche en psycho-oncologie et démontre comment les réponses défensives à l'angoisse du cancer peut freiner la démarche du patient vers un psychothérapeute.
AER

" HAUT LES CŒURS ", UN FILM DE SOLVEIG ANSPACH,

Produit par Ex Nihilo

Est-il nécessaire de résumer ce film magnifique? Le public sait qu'il s'agit de l'histoire d'une femme enceinte et atteinte d'un cancer du sein, histoire vécue par la réalisatrice du film.
Nous n'en ferons pas ici la critique car nous ne sommes pas des professionnels du cinéma.
Non, ce qui nous intéresse, nous les psycho-oncologues, c'est que ce qu'un grand nombre de patientes évoquent dans les entretiens y est repris et magnifiquement imagé : l'amour du conjoint et les turbulences relationnelles qu'induit le cancer ; la maladresse de la famille qui aime mais a peur ; les réactions des amis, des collègues ; les réflexions de voisins, commerçants, inconnus, rencontrés aux hasards des occupations quotidiennes ; les gaffes de ceux qui " ne savent pas " ; le regard qu'on porte sur le monde et son existence quand on se sait atteint d'un cancer ; le regard qu'on porte sur son corps ; les mots qu'on peut dire à son enfant à propos du cancer.
Il n'y a pas de démonstration dans ce film, mais plutôt une narration, une espèce de " ça s'est passé comme ça pour moi parce que j'étais comme ça et que ma vie était comme ça".
C'est à la fois une œuvre d'art extraordinaire, et le récit ordinaire de tant de gens qui vivent cette maladie.
Solveig Anspach refuse d'être considérée comme quelqu'un qui triomphe : elle ne veut pas du statut d'héroïne, mais revendique celui de témoin.
Il ne reste qu'à nous féliciter qu'elle ait eu un tel talent pour médiatiser son histoire et permettre à tant de gens de la saisir.
C.L.

"D'UNE COLLABORATION POSSIBLE ONCOLOGUE-PSYCHOLOGUE DANS UN CENTRE DE LUTE CONTRE LE CANCER",

Jean-Luc MACHAVOINE,
La lettre du cancérologue, octobre 1999

Une réflexion importante, qui paraît en éditorial d'un journal qui s'adresse aux cancérologues.
Jean-Luc MACHAVOINE rappelle les besoins de "psy" ressentis en cancérologie, et la façon dont ces derniers trouvent leur place et s'adaptent aux particularités de la rencontre avec les cancérologues et leurs équipes.
AER

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,
Secrétariat : Evelyne Revelut
Fédération Nationale de Lutte Contre le Cancer
101, rue de Tolbiac
75013 Paris
Tél. : 01 44 23 04 75
psycho-onco@fnclcc.fr

NOTES DE LECTURE

Qu'est ce que la psychologie médicale ?

Par Guy Besançon
Collection : Les empêcheurs de penser en rond

L'auteur, le Dr Guy Besançon, psychiatre, ancien président de la Société de Psychologie Médicale, universitaire chargé d'un enseignement de psychologie médicale, nous propose ici un tableau d'ensemble du cadre pratique dans lequel peut se développer cette orientation.
Ce petit livre, à la fois clair et synthétique, est destiné à nous sensibiliser à la nécessité de se former dans ce sens. Il s'adresse aux jeunes médecins somaticiens tout comme aux " psy " qui se destinent à l'exercice en service de médecine. L'évolution de la relation thérapeutique, les images des traitements les plus sophistiqués, le retentissement psychologique des évènements qui jalonnent la maladie somatique sont ici abordés sous une forme théorique et à l'aide de cas cliniques commentés.
Une large place est faite à la psychosomatique avec une illustration appuyée de psyché et cancer, replaçant la pluralité des hypothèses devant la nécessité d'une clinique apte à aider les malades et leurs équipes.
L'auteur évoque les mécanismes de défense des patients atteints de cancers du coping au déni. Il montre au travers d'exemples cliniques quel peut être l'impact de la maladie et en quoi elle perturbe la relation avec l'environnement médical.
Les hypothèses psychogénétiques sont ici replacées dans le contexte d'angoisse qui les génère.◆
Nicole PELICIER

Vivre auprès d'un proche très malade

par Christophe Fauré
Editions Albin Michel

Depuis que j'ai découvert ce livre, je n'arrête pas de le conseiller autour de moi : aux malades, à des proches de malades, à des soignants et des médecins, à des collègues. Ce livre concerne tout le monde, même si au départ il était surtout écrit pour les proches des malades.
Dans un style très simple, comme s'il dialoguait avec son lecteur, l'auteur aide à comprendre ce qui est ressenti pendant la maladie de quelqu'un qu'on aime, ressenti par le malade et par ses proches.
Mais en plus de comprendre, ce livre enseigne aussi comment accompagner cette personne qu'on aime sans la surprotéger, sans prendre une position de toute-puissance par rapport à elle. Comment on observe celui qui est malade, comment on se demande ce qu'il pense, ce qu'il éprouve, pourquoi il dit certaines choses et n'en dit pas d'autres.
Il est aussi riche en conseils et recommandations : savoir communiquer avec " son " malade, savoir s'écouter soi-même et ne pas oublier de prendre soin de soi en tant que proche de ce malade, savoir communiquer avec les médecins, pouvoir parler de la maladie avec les enfants et les aider à traverser l'épreuve qui les concerne et qu'ils subissent de toutes les manières, quel que soit le désir de tout parent de l'en épargner.
L'ouvrage brasse l'ensemble de la traversée d'une maladie grave, depuis le moment des examens exploratoires précédant le diagnostic, à la rémission et ne fait pas l'impasse sur la rechute et la mort.
Avec le livre de Martine Ruszniewski (" Face à la maladie grave "), voici un autre ouvrage qui devrait être considéré dans le " patrimoine " de la psycho-oncologie française, comme un texte simple, accessible à tous et particulièrement aidant.◆
Claudine LANZAROTTI

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 : Marie-Frédérique BACQUE, Geneviève BORDE-MULLER, Jean-Yves GENOT, Claudine LANZAROTTI, Jean-Luc MACHAVOINE, Georges NOEL, 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