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

dans ce N° 26

Avril • Mai • Juin
2000

2 3 4
Situation pratique
ACCUEILLIR LES ENFANTS EN STRUCTURE HOSPITALIERE

5
EXPERIENCE DE PSYCHIATRES DE CENTRE DE LUTTE CONTRE LE CANCER

6
La psycho-oncologie dans le monde
UN PANORAMA SUR LA PSYCHO-ONCOLOGIE BUENOS-AIRES

7
Compte-rendu
LE SOMPS 2000
•
Erratum
SUITE DE L'ARTICLE DE J.Y GENOT PARU DANS LE N° 25

8 9
PREVENIR LE DEUIL ANTICIPE

10
Libres propos
PROBLEMES PSYCHOLOGIQUES POSES PAR LE CONSENSUS SUR LE FROTTIS DE DEPISTAGE

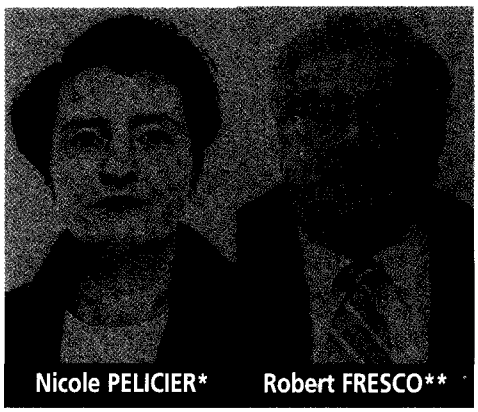
11
Compte-rendu
3ÈME JOURNEE MONTPELLIERAINE
•
Congrès

12 13
Formations
•
Nous avons relevé pour vous
•
Nouveaux adhérents

14
Compte-rendu
"REPENSER LA PSYCHIATRIE DE LIAISON"

16
Notes de Lecture

Place du psychiatre en oncologie



Nicole PELICIER* Robert FRESCO**

Cette place reste statutairement rare et précaire. Mise à part la situation particulière des CAC évoquée par le Dr Pierre Saltel dans ce même numéro, le psychiatre intervient dans le cadre d'une consultation de liaison émanant d'un service proche de psychiatrie, soit comme vacataire. Rares sont ceux qui sont considérés sur les CHU et CHR comme des référents d'équipe.

Les conditions de l'accréditation feront sans doute évoluer les choses mais la route reste longue malgré la reconnaissance de l'importance des missions.

Les images et le vécu d'ambivalence que suscite l'intervention du psychiatre servent de caution à la pénurie et à la rareté des créations de postes.

Ce sont cependant les membres de l'équipe de cancérologie qui sont demandeurs de ces consultations autant que les patients ou les familles.

C'est à l'occasion d'une situation de crise comportementale que la confiance en cette collaboration va se nouer. L'impasse d'un refus de traitement ou le risque suicidaire initient souvent en effet le parcours du psychiatre en cancérologie. La réussite procède nous semble-t-il, d'un " apprivoisement mutuel où tout se situe dans l'art de prescrire le psychiatre " selon le modèle médical, et dans l'art de la rencontre selon le modèle psychiatrique.

Faire sa place au psychiatre, référent de l'équipe, est une nécessité pour lui permettre d'installer le travail véritable de liaison avec l'équipe, c'est à dire la restitution clinique. C'est aussi la condition pour que le patient et son entourage s'y retrouvent et l'acceptent plus volontiers comme membre, à part entière, de son parcours thérapeutique.

Au psychiatre à prendre sa place en se formant à la psycho-oncologie ce qui n'est pas toujours possible et en s'intéressant à la cancérologie comme champ pluridisciplinaire, afin de ne pas être disqualifié dans ses interprétations et ses actions aux yeux des équipes ou des patients.

La formation médicale de base est ici précieuse et assez attractive pour les équipes.

En fait, l'aide effective et recherchée comme telle, que le psychiatre pourra apporter à propos d'une situation complexe, mêlant tous les intervenants, l'emporte sur les présupposés de réticence.

Pour les patients, le parcours nous semble tout aussi subtil. L'image de la compétence médicale rassure, l'image du trouble mental qui fait corps avec la fonction, inquiète. Cependant, dans notre expérience, l'intégration même du psychiatre auprès des autres soignants impliqués dans l'histoire du cancer et du malade, est libératrice de ces tensions. Il retrouve ainsi l'image de la proximité rassurante propre au psychologue sollicité sur toutes les scènes où vivent nos concitoyens, de l'école au lieu du dernier attentat !

En fait, quelle que soit sa formation, le recours au "psy" fait craindre les débordements prédits par le retour du refoulé et du subjectif.

Mais tout cela ne sert-il pas d'écran pour ignorer les vrais problèmes énoncés et dénoncés par les Assises des Malades du cancer en 1998 ?

Nos patients redoutent bien plus l'abandon à leur souffrance morale que l'intérêt diversifié qu'y portent les "psy". Ils redoutent aussi, et ils nous le disent, que le recours au "psy" ne les coupe davantage du référent qu'ils avaient choisi, au sein de l'équipe médicale. Celui-ci se décharge sur le "psy" de l'abord global du patient, des questions embarrassantes, des situations limites. A nous de les rassurer sur l'existence précise d'une liaison, d'un échange avec l'équipe médicale respectant les aspects confidentiels de toute consultation psychiatrique.

Le travail attendu du psychiatre trouve sa source dans le repérage des situations de détresse par l'équipe. C'est un travail d'évaluation, de décryptage où tous les partenaires sont impliqués. Les repères des équipes en matière de perturbations psychologiques, ou mieux psychopathologiques, sont peu spécifiés, faute de formation.

Les paramédicaux signalent surtout une surcharge comportementale qui les interpelle avec le risque reconnu d'une rupture de la communication : le patient est agressif, exigent, il est bizarre, distant. La surcharge symptomatique est propre au cancérologue : que signifie la grande asthénie de ce patient pourtant en rémission à la fin de ses traitements ?

Le psychiatre est donc interrogé, ce qui renvoie directement à une réponse à apporter à l'équipe.

Son travail d'appréciation sur la situation éclairée par l'équipe doit réinstaller le besoin réel du patient au cœur du débat. L'agressivité des patients renvoie plus à des dysfonctionnements de la relation avec l'équipe qu'à des troubles de la personnalité.

Associer le patient et l'équipe au cheminement fait pour cerner le sens d'une situation critique apparaît au cœur de la formation institutionnelle des équipes. Les interactions entre soignants et soignés à propos de la maladie grave sont en effet si fortes que mêmes les démarches légitimes de patients peuvent apparaître comme signes de détresse ou de vulnérabilité.

Le psychiatre prend en compte l'adaptation des équipes aux réactions émotionnelles que suscite sans cesse la maladie. Son travail de recherche et de prévention au sein des équipes sur les personnalités à risque, les intolérances aux traitements, les aménagements de la communication, la prise en charge des addictions, complète, sans être exhaustif, le champ de ses interventions.

Tout ceci s'opère sur la toile de fond d'actions thérapeutiques très diverses, des psychotropes aux psychothérapies spécifiques le plus souvent dans un partenariat avec les psychologues cliniciens permettant d'affiner la prise en charge des patients et de leur entourage.

Un recours précis au psychiatre comme prescripteur apparaît également nécessaire. Il s'agit, en respectant et en favorisant l'écoute du patient, d'éviter l'usage inapproprié ou au contraire insuffisant, des psychotropes. L'élargissement des prescriptions confond à tort la clinique du désespoir et la clinique de la dépression. La restriction des prescriptions banalise et censure la réalité et la fréquence des troubles psychopathologiques (est concernée plus de la moitié des malades hospitalisés en cancérologie).

Avec les psychologues, il contribue, dans une place reconnue, à signaler l'importance des actions conjointes auprès des patients et des familles en lien avec les équipes de la douleur, des soins palliatifs ou les médecins traitants.

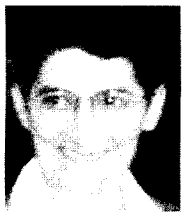
Le savoir sur la maladie mentale ou le champ de l'inconscient sont autant de clés offertes dans son insertion en cancérologie pour un travail d'alliance avec les équipes au service premier du patient atteint de cancer.◆

Nicole Pélicier, Psychiatre, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris
**Robert Fresco, Psychiatre, Marseille*

SITUATION PRATIQUE

Accueillir les enfants en structure hospitalière

© R.M.N. - Paris



Dr. Marie-Sylvie RICHARD*

Les adultes pensent protéger les enfants en les tenant à l'écart des situations difficiles, en particulier de la maladie et de la mort d'un proche. Ne méconnaissent-ils pas la perspicacité de l'enfant qui voit, entend, et s'inquiète de ce qu'on veut lui cacher en imaginant le pire.

"L'enfant sait toujours que quelque chose se passe. Quel que soit son âge, il capte consciemment ou non, toute modification, même subtile, de son environnement familier. Même si sa perception de la situation est confuse, il va essayer de communiquer son mal être et son besoin de savoir par des chemins détournés : troubles du sommeil, perte d'appétit, modifications de son comportement habituel (attention à l'enfant trop sage!), apparitions de peurs, perte d'acquisitions récentes, échec scolaire."

Le silence ou le mensonge ne protègent pas l'enfant, au contraire ils lui font perdre confiance en ceux qui sont pour lui garants de sécurité. L'enfant a besoin de parler à son parent malade - il le fait d'ailleurs avec beaucoup de spontanéité - de poser les questions qui l'assaillent à d'autres adultes et d'être préparé à l'évolution défavorable de la maladie.

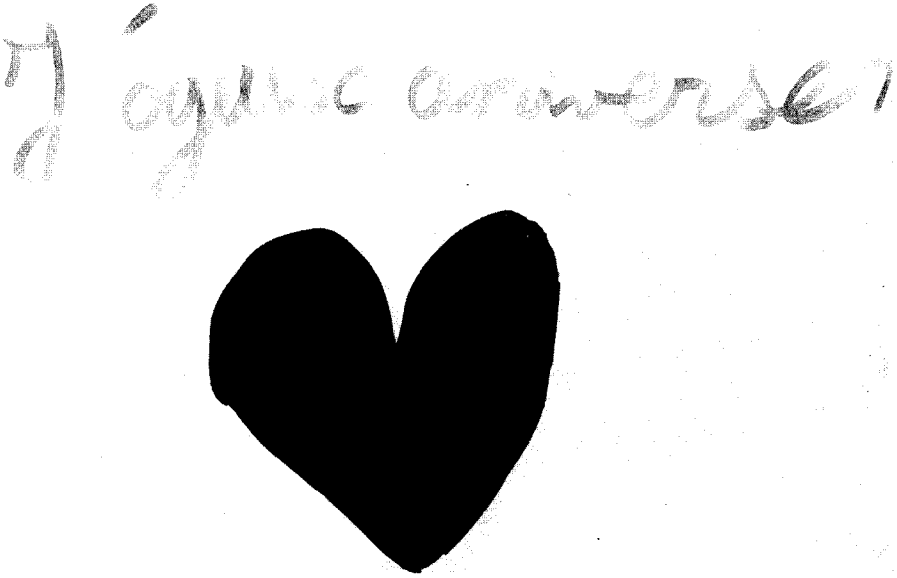
Quel choc pour lui d'apprendre brutalement que son "papa est mort", n'aurait-il aimé le revoir, lui parler, lui dire au revoir?

Comme dans toute unité de soins palliatifs et d'autres services, nous prêtons aux enfants une attention toute particulière. Quel que soit leur âge, ils peuvent venir et visiter leur proche, (parent ou grand parent, le plus souvent). Ils apprécient l'architecture de la maison avec ses grands espaces, les lieux de détente où ils trouvent des jouets, le jardin, l'atelier d'art-thérapie. Ils repèrent vite où sont les soignants, et sont heureux de les rencontrer.

Nous aimons les accueillir quand ils viennent. La première fois, nous nous présentons à eux et nous leur faisons visiter le service pour qu'ils s'y sentent à l'aise en leur disant qu'ils peuvent venir autant qu'ils le souhaitent. Si nous fêtons l'anniversaire des malades (à moins qu'ils ne s'y opposent) nous fêtons également celui des enfants s'ils sont dans le service ce jour là; gâteau, jus de fruits, et glaces sont toujours appréciés! A Noël, si le malade n'a pas la possibilité d'offrir un cadeau à ses enfants nous l'aidons en en faisant l'achat selon ses souhaits et en l'aidant financièrement si besoin. Quelle joie ils éprouvent lors de la remise et de la découverte du cadeau! L'enfant est ravi et parfois très ému.

L'atelier d'art-thérapie est un espace extraordinaire pour les enfants; ils peuvent à tout moment y faire du dessin, de la peinture ou modeler de la terre. Ils peuvent demander conseil à l'art-thérapeute ou parler tout simplement avec elle. Les enfants sont heureux de créer "quelque chose" qu'ils pourront offrir. Ils peuvent afficher leur dessin ou leur peinture sur le panneau de bois situé en face du malade ou exposer leur objet sur l'une des étagères ou sur la table de nuit. Au fil des jours la chambre est ainsi décorée!

Les dessins sont souvent très "parlants". Mais nous évitons de demander à l'enfant ce qu'il dessine ou veut exprimer. Il le dit parfois de lui-même, alors qu'il le réalise ou lorsqu'il vient nous demander du scotch

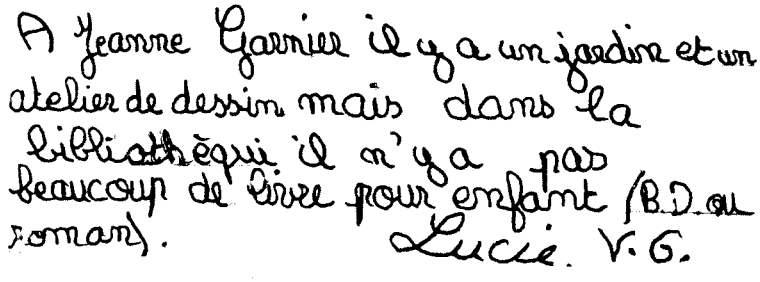


pour l'afficher. Les œuvres des enfants accompagnent le malade jusqu'au bout de son chemin, elles sont souvent mises avec lui dans le cercueil. Certains enfants préfèrent les garder en souvenir.
La communication avec l'enfant revient d'abord aux proches mais parfois ceux-ci ne savent pas comment faire. Ils apprécient les conseils des soignants ou de la psychologue.

reprendre la conversation avec lui quand il le voudra. "Une fois la maladie révélée et si possible nommée, il est important de prendre du temps pour laisser parler l'enfant, afin qu'il exprime ce qu'il ressent. Il aura peut-être envie de pleurer ou de poser des questions ou de se mettre en colère. Selon son âge l'enfant réagit différemment. Ce n'est que dans un deuxième temps qu'il faudra rassurer l'enfant, même s'il ne manifeste rien, en lui affirmant qu'il n'est pas responsable de ce qui arrive." Les médecins leur consacrent du temps pour répondre à leurs questions ou leur donner des explications.
Si la maladie s'aggrave et que la mort se profile, l'enfant est capable de "s'engager avec le reste de la famille dans une dynamique d'accompagnement de fin de vie". Il est important de demander à l'enfant ce qu'il ressent, et ce qu'il souhaite: aller ou non à l'hôpital, parler ou faire un dessin. "Comme les adultes il a besoin de mettre un terme à sa relation avec son parent ou l'un des membres de sa fratrie. Il a besoin d'être entendu dans sa peine et dans son processus de deuil." ▶

Je suis restée seule avec Léa (7 ans), auprès de ma fille, Sophie.
Léa me dit : "Tu crois vraiment que son cœur s'est arrêté ?". J'ai pris un temps d'arrêt et puis je lui ai répondu : "Mais, au fond écoute, tu verras, tu entendras". Léa a posé son oreille très fort sur le cœur de Sophie, un long moment, elle m'a regardé et m'a dit : "Il est arrêté".
Je lui ai répondu : "Eh bien moi aussi il faut que j'entende", je me suis penchée sur Sophie, j'ai bien écouté. On s'est regardées toutes les deux et j'ai dit : "C'est vrai, son cœur est arrêté, on peut lui dire au revoir".

(Extrait de la vidéo : Souffrance des malades, souffrance des familles. Carole Roussopoulos)


A Jeanne Garnier il y a un jardin et un atelier de dessin mais dans la bibliothèque il n'y a pas beaucoup de livre pour enfant (B.D. ou roman).
Lucie. V. G.

L'enfant a besoin qu'on lui parle de façon simple et naturelle, en lui donnant beaucoup d'explications, et en nommant les choses par leur nom. Ses réflexions sont parfois déroutantes .
Il n'intègre pas les informations données en une seule fois, il faut respecter son silence et

▶ L'enfant a besoin d'espace, d'entrer et sortir de la chambre du malade, il est capable de passer très rapidement d'une émotion forte au jeu. Il sait trouver ses propres gestes d'affection.
Il se confie assez souvent à l'un ou l'autre de l'équipe, à qui il peut tout dire sans risquer de faire de la peine. La qualité des relations établies avec lui le rassure sur la manière dont nous nous occupons de son parent.
Lors du décès, la famille nous demande parfois de l'aider à annoncer la mort aux enfants. Ceux-ci peuvent voir leur parent décédé s'ils y sont préparés. Parfois ils ont besoin de pleurer avant d'entrer dans la chambre. Après leur avoir demandé ce que signifie pour eux, "être mort", nous leur proposons de constater avec nous l'arrêt de la vie par des gestes simples : mettre la main ou l'oreille sur le cœur, écouter avec le stéthoscope, vérifier l'immobilité... L'émotion est alors intense. Les enfants nous surprennent souvent par leur spontanéité; certains vont faire de la peinture, d'autres ont besoin de boire ou de manger, d'autres encore de consoler les adultes en peine ou de poser des questions. La proximité et l'affection de ceux qui restent leur est essentielle. La psychologue rencontre les enfants qui le souhaitent ou que nous lui signalons. L'assistante sociale intervient en cas de problèmes familiaux et sociaux, elle se met en relation avec l'assistante sociale de l'école des enfants, ou fait intervenir le juge des tutelles ou le juge d'enfants. Elle rencontre la famille mais aussi l'enfant, la situation est particulièrement délicate quand il s'agit d'une famille monoparentale et que le parent est malade.
Un grand nombre de familles redoutent la présence des enfants à la chambre mortuaire, et aux obsèques, et parfois ils s'y opposent. Nous y réfléchissons avec eux. Revoir le parent décédé peut permettre à l'enfant de prendre conscience de la mort de son parent après la phase de choc, ou de lui dire au revoir. Les salons funéraires dans notre établissement sont spacieux, sobres, un bénévole aide l'agent de la chambre mortuaire à accueillir des proches, un espace de rencontre est prévu. Nous proposons aux familles d'afficher les dessins des enfants, de mettre des fleurs, des bougies, ou de la musique.
Un jeune enfant peut participer au temps de recueillement après la mise en bière, si certaines précautions sont prises : vérifier que le visage de la personne décédée ne soit pas impressionnant, veiller au décor de la pièce, faire participer l'enfant à un rite, lui permettre de sortir du salon funéraire quand il le souhaite, désigner une personne qui lui soit disponible. Nous encourageons les familles à permettre à l'enfant de participer aux obsèques s'il le souhaite.
Plusieurs mois ou années plus tard les enfants se manifestent parfois. Certains reviennent dans le service pour revoir l'équipe ou le soignant avec qui ils ont établi une relation privilégiée. D'autres nous écrivent souhaitant que d'autres bénéficient de ce que nous avions fait pour eux.. "Dans la chambre de papa, m'écrit Céline (9ans), j'espère qu'il y a un beau monsieur ou une belle madame! S'il a des enfants, donne leur de la glace et des gâteaux, n'oublie pas de leur poser tes devinettes!"
Il nous semble fort dommage d'empêcher la venue des enfants à l'hôpital. Cela est souvent néfaste pour les enfants mais aussi pour les malades et leur entourage. Par leur naturel, leur spontanéité et leur bon sens, les enfants savent poser les vraies questions, détendre l'atmosphère tragique d'une chambre, et rétablir la communication, en osant dire ce que les adultes n'osent pas exprimer. Ils passent de la tristesse au rire, du silence au jeu; ils osent des gestes d'affection, ils maintiennent la vie autour de celui qui la quitte!
"Protéger un enfant c'est lui parler avec tact et délicatesse, mais c'est surtout l'écouter et être persuadé qu'il a quelque chose à dire." ◆

PAPA,
Tu as été le meilleur père dont on puisse rêver

Je n'oublierai pas ce que tu m'as appris :
Ta joie de vivre,
Tes châteaux de sable et tes opéras,
Tes expressions délirantes et ta force surnaturelle
Dont j'espère avoir hérité.
Je t'aime.

Je voudrais remonter le temps
Pour saisir ta maladie plus tôt
Et la guérir
Et pour que mes enfants aient un grand-père de choc.

Quand j'étais petit
Je pensais que tu serais toujours avec moi,
Que tu étais insubmersible.

Tu me manques tellement,
Je t'aime et je voudrais pouvoir te le dire plus souvent.
Tchaô !

Samuel (14 ans)
Texte lu au Père Lachaise

** Médecin chef de service, Maison Médicale Jeanne Garnier, Paris.*
1 / Fauré Christophe "Vivre auprès d'un proche très malade", Albin Michel, Paris.
2 / Encrevé-Lambert Marie-Hélène "La mort", Bayard Editions, Paris.

Expérience de psychiatres de centre de lutte contre le cancer

Pierre SALTEL*

Plusieurs centres de lutte contre le cancer ont recruté ces dernières années des médecins psychiatres. La plupart d'entre eux sont devenus les responsables d'unités de psycho-oncologie, unités qui réunissent des psychologues, parfois des infirmier(e)s et des médecins " attachés " permettant ainsi de répondre aux nombreux et divers besoins, maintenant bien répertoriés, des patients, de leurs familles ainsi que des soignants impliqués dans le soin en cancérologie

Il est habituel de souligner l'ambivalence de la demande des patient(e)s à l'égard de la "Psy", à tel point que bien souvent celle-ci est plutôt liée à l'incitation plus ou moins directive d'un tiers. L'expérience témoignant de ce que c'est peut être celui-ci qui est en fait, le plus en difficulté ! D'autres fois l'attente d'un soutien se manifeste à l'occasion du traitement d'une maladie cancéreuse mais ne porte pas sur la spécificité de cette situation ni sur ses conséquences et relève donc surtout d'une prise en charge dans un autre cadre (libéral, dispensaire...). Par ailleurs ce ne sont pas toujours les patients les plus en détresse, on le sait, qui se manifestent..

Afin de limiter l'ambiguïté de telles démarches et surtout le risque du peu d'efficacité dans un champ où pourtant celle-ci doit être à la mesure des enjeux, nous nous efforçons de développer des offres qui s'attachent à des difficultés que l'expérience de la psycho-oncologie a permis de mieux circonscrire. Une bonne connaissance de problèmes préalablement définis est une condition pour tenter de les prévenir et à défaut d'en limiter les effets néfastes à court et moyen terme. Ainsi notre présence au sein des équipes soignantes représente une opportunité, gage de réussite.

Par exemple :

• Mise en place de " petits groupes " d'information et de conseil sur les enjeux émotionnels, les répercussions familiales...proposés systématiquement à de nouveaux opéré(e)s (cancer du sein, colostomies...)

• Evaluation systématisée menée conjointement avec les diététiciennes, des difficultés de nutrition pour les malades ORL

• Proposer une rencontre individuelle ou en groupes, avec les jeunes enfants de parents malades.

• Préparation psychologique du patient, de sa famille à une amputation (ostéosarcome chez l'adolescent...)

• Evaluation "systématisée" des représentations, des attentes du patient, de sa famille quant au mode de prise en charge, au lieu de soin (domicile, institution...) lorsque l'évolution de la maladie doit faire envisager une dimension plus palliative ...ou dans des maladies au potentiel d'emblée grave (tumeur cérébrale, pancréas...)

On le voit, les situations sont nombreuses, elles varient selon les particularités de chaque centre, mais on peut assez facilement "sélectionner" ainsi quelques circonstances qui permettent d'appréhender la plupart des causes de souffrance et sur lesquelles une action "simple" est possible !

Pour ce qui est du dernier exemple, la coopération étroite (elle est au Centre Léon Bérard, organisée dans le cadre hebdomadaire d'un Comité Soins Complémentaires) avec les médecins, en particulier ceux responsables des soins terminaux, de la douleur, de la nutrition, des soins d'urgence, des infirmières, des assistantes sociales, crée une synergie où l'action de chacun est renforcée, la répartition des tâches se fait tout naturellement. Les indications à propos de la consultation psychologique de tel patient, de tel proche deviennent évidentes ! La question de déposséder de leur dimension humaine les " somaticiens " s'évanouit, bien au contraire cet aspect essentiel de leur mission se structure, se renforce.

Le patient perçoit cette dynamique, se trouve conforté dans sa confiance que des discours par trop hétérogènes interrogent.

De telles actions, par ailleurs s'inscrivent très bien dans des démarches d'évaluation, de recueil systématisé qui crédibilisent, justifient le travail quotidien. Elles sont en outre la garantie d'une formation réciproque continue et d'une culture commune qui progresse...

Le dépistage précoce des troubles psychopathologiques, la réponse adaptées aux "crises émotionnelles" ne se fait à temps que du fait de cette intégration des psycho-oncologues aux procédures de décision et de soin.

Le retard de la psycho-oncologie en France est stigmatisé par beaucoup, les médias en témoignent, nos édiles s'en émeuvent sans que cependant les causes en soient réellement explicitées. Notre ministre s'est engagé récemment à donner des moyens dans le cadre de Réseaux.

En effet les durées d'hospitalisation sont de plus en plus courtes, les actes médicaux se feront pour la plupart près du domicile. Il faut donc penser l'accompagnement, le soutien psychologique du patient et de ses proches selon une articulation entre :

• des psycho-oncologues travaillant à l'hôpital, expérimentés, capables de définir les besoins propres à telle situation , de proposer les modalités d'aide les plus utiles dans le cas particulier du patient,

• et des intervenants "psy" de statuts et de compétences variés peu spécialisés mais connaissant néanmoins l'expérience et les méthodes de la psycho-oncologie qui interviendront à l'occasion pour tel patient domicilié près de leur lieu de travail. Les prises en charge psychologiques impliquant habituellement des rencontres répétées.

Ce sera à l'évidence le travail de ces prochaines années de constituer des collaborations en réseau plus ou moins formalisées par des conventions. Cette concertation de praticiens intervenant à des niveaux et dans des lieux différents mais selon un projet de soin discuté et coordonné répondra à la diversité des attentes. Elle devra impliquer les libéraux qui sont nombreux et bien répartis sur le territoire (il reste à inventer des modalités de financement particuliers). Ceci évitera les risques de sclérose institutionnelle et corporatiste dont notre pays a le secret et qui n'est pas pour rien dans l'état de carence actuel ! ◆

*Docteur, Centre Léon Bérard, Lyon

Un panorama sur la psycho-oncologie à l'hôpital d'Oncologie "Marie-Curie" de Buenos-Aires.

Lic. Marcelo E. GATTO* Lic. Ana MARINO*

L'hôpital d'Oncologie "Marie Curie" est un hôpital qui dépend du Secrétariat de la Santé du Gouvernement de la Ville de Buenos Aires. Il se spécialise dans le diagnostic et le traitement du cancer.

Son service de Psychopathologie et Santé Mentale, qui fonctionne sous la direction du Docteur Viviana Sala, développe une importante activité d'assistance et d'enseignement. Etant donné les difficultés propre à cette maladie, l'accent a été mis sur une approche interdisciplinaire, avec l'inclusion de professionnels de la santé mentale dans l'équipe de l'hôpital.

José Schavelzon est pionnier de cette spécialité dans notre pays. L'intérêt pour la psycho-oncologie est né d'une série de réunions faites à Buenos Aires en 1952/53. Y ont participé, parmi d'autres, des professionnels remarquables tels que Maria Langer, José Bleger, Isaac Luccina. On parlait de médecine psychosomatique et des différentes approches qui existaient à ce moment-là.

À partir de l'activité notable de l'hôpital "Marie Curie", il a été organisé des réunions avec d'autres professionnels pour l'étude des "aspects psychologiques des patients atteints de cancer". Ce n'est que plus tard que cette réflexion a pris le nom de "psycho-oncologie". Ces rencontres donnaient lieu à des études bibliographiques de textes, encore rares sur ce sujet à l'époque.

Puis la Société Argentine de Cancérologie a organisé ses premières journées de travail consacrées au sujet "Psychologie et Cancer". Les actes de ce colloque sont parus sous la forme d'un livre : "Psychologie et Cancer", paru en 1956 (Paidos. Buenos Aires). Il faut remarquer que le sujet a été alors très attaqué par le discours médical dominant.

Ensuite des cours ont été organisés par les psychologues à l'hôpital. Ce sont les médecins du service de pathologie mammaire qui ont été le plus disposés à inclure le travail des psychologues dans le traitement des patients.

Maintenant l'intérêt porté à la santé mentale du patient atteint de pathologie cancéreuse a donné au psycho-oncologue une place incontestable dans la prise en charge du malade.

En 1990 a été créé le comité de Psycho-Oncologie de l'Association Médicale Argentine, et la création des premières Études de Spécialisation en Psycho-Oncologie a été programmée pour l'an 2000.

En 1998, un groupe de professionnels indépendants et membres de différentes institutions s'est réuni afin de constituer un réseau de psycho-socio-oncologie ayant comme but principal le développement d'un dossier médical commun, afin de permettre la constitution d'une base de données pour des recherches épidémiologiques. L'étude et la prévention du stress professionnel et la constitution d'un réseau électronique d'échange sont nos prochains objectifs.

Même si en Argentine il y a un grand nombre de psychologues, il n'y existe pas encore d'institution réunissant tous ceux qui se consacrent à la psycho-oncologie. Il n'y a que quelques groupes dans des institutions médicales et psychologiques.

Actuellement :

À notre avis, on peut trouver dans la psycho-oncologie, deux positions conceptuelles différentes.

• La première prend en compte les conséquences psychologiques du cancer chez les patients et leurs familles, et dirige son activité vers l'amélioration des possibilités de "coping" en s'appuyant sur des techniques de psychothérapie cognitive et comportementale.

• La seconde position, à laquelle nous adhérons, vise à l'intention permanente d'intégration des notions apportées par la psychosomatique et la métapsychologie psychanalytique, afin de permettre l'élaboration des mécanismes psychiques concomitants à la production et au développement du cancer.

Il faut remarquer la forte influence de la psychanalyse européenne dans notre formation universitaire.

Ceci influence notre approche du fonctionnement du psychisme et se répercute dans notre pratique clinique.

Sans se borner à un simple soutien, nous cherchons à offrir un espace qui rend propice l'élaboration subjective de la souffrance spécifique de chaque patient.

Nous proposons actuellement dans notre Service de Psychopathologie et Santé Mentale les activités thérapeutiques suivantes:

1) Assistance thérapeutique précoce : les patients nous sont adressés pour une rencontre avant et pendant le traitement carcinologique (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie). Ces rencontres visent à évaluer l'impact émotionnel pouvant interférer dans l'efficacité de ces traitements et dans la qualité de vie des patients.

2) Psychothérapie demandée par le patient lui-même, ou suggérée par le cancérologue. En plus des traitements individuels, nous disposons de groupes thérapeutiques de patientes opérées de cancer du sein et gynécologique.

3) Assistance psychiatrique : l'intervention du psychiatre est sollicitée quand les symptômes persistent ou deviennent trop importants et requièrent la prescription adéquate de psychotropes.

4) Inter-consultation médicale-psychologique : elle constitue l'outil essentiel du travail interdisciplinaire à l'hôpital. La rencontre du discours médical et psychologique permet une vision globale et en même temps personnalisée. Cela permet une prise en charge qui tient compte non seulement des anxiétés et des craintes du patient et de sa famille, mais aussi de celles de l'équipe soignante.

Nous avons pu mettre en place une activité d'enseignement. Nous avons organisé des cours de psycho-oncologie qui intègrent les différents apports des multiples approches actuelles. Chaque année ont lieu des présentations cliniques réalisées par des professionnels de l'hôpital et/ou des invités réputés.

Le Secrétariat de la Santé offre aux nouveaux diplômés en Psychologie la possibilité de faire un stage de cinq ans qui leur permette de côtoyer des patients atteints de pathologie cancéreuse et ils partagent toutes les activités du Service : réunions d'équipe, supervision clinique, groupe de réflexion.

Nous avons beaucoup de projets de recherche, mais malheureusement c'est là le domaine le moins développé du fait de l'insuffisance des budgets qui leur sont alloués.

Malgré les ressources financières limitées pour la santé publique en Argentine, nous avons la conviction que nos efforts peuvent contribuer à améliorer la qualité de vie des patients et des professionnels en cancérologie, et permettre d'accéder à une médecine plus humanisée. ◆

** Psychologues du Service de Psychopathologie et Santé Mentale à l'Hôpital d'Oncologie Marie Curie",Buenos Aires, Argentine, cbmg@arnet.com.ar.*

Les auteurs sont les auteurs du C.D. ROM "Psycho -socio-oncologie" (bientôt édité) appartenant à la collection Bibliothèque Médicale Digitale - Ed. Mac

COMPTE-RENDU

Le SOMPS 2000

Nicole PELICIER

La troisième journée de psycho-oncologie du SOMPS s'est déroulée à Paris en Février 2000 sous l'égide de la Société Française de Psycho-Oncologie.

Les quatre thèmes choisis cette année ont suscité beaucoup d'intérêt. Il s'agissait de parler des patients résilients, des groupes de parole, de l'impact de la chirurgie et des problèmes tournant autour de la rémission ou de la guérison.

La notion de "*résilience*" désigne en physique la résistance d'un matériau au choc, elle est de plus en plus retenue en psychologie médicale pour rendre compte des patients qui tiennent le choc confrontés à la maladie grave. Ces patients qui vont bien, doivent susciter notre intérêt pour distinguer ceux qui aménagent réellement leurs défenses et ceux qui masquent leurs souffrances pour ne pas décevoir leur entourage, y compris les soignants.
Les groupes de parole proposés aux soignants sont encore rares dans nos institutions. Ils constituent avant tout une démarche d'équipe même si l'aval du chef de service ou du cadre infirmier est indispensable. Le groupe de parole permet ainsi au soignant de reconnaître et de faire partager son vécu. Par un travail de parole et d'écoute supervisé par un leader de formation analytique, les soignants évitent les banalisations et la culpabilisation face à leurs réactions vis à vis des patients et de leur travail.
La table ronde sur l'impact de la chirurgie a permis d'évoquer les sentiments contradictoires qui agitent les patients désirant l'exérèse la plus complète mais redoutant la mutilation.

L'impact sur la qualité de vie a été repris sur l'angle de la communication en matière d'information sur le déroulement de la chirurgie, ses suites voire ses séquelles. Des expériences pilotes en chirurgie ORL ont été rapportées pour aider les soignants à cerner et à limiter cet impact.

Enfin, le thème "Rémission ou guérison" a permis de soulever l'ambiguité des termes et de leur usage à la fin des traitements.

La rémission annoncée inaugure une nouvelle phase de relations avec l'équipe de cancérologie marquée par le balancement espoir-doute à la faveur des bilans de surveillance ou des informations médiatisées. Là aussi la communication selon une éthique de précaution est indispensable.

L'ensemble de ces sujets reprenait donc un thème récurrent de psycho-oncologie : comment s'adapter à la situation , comme s'ajuster à l'autre ? ◆

ERRATUM

**A la suite d'un problème technique chez notre imprimeur, nous publions la suite de l'article de Jean-Yves GENOT, malencontreusement amputé de sa fin.
Nous présentons toutes nos excuses à l'auteur ainsi qu'à nos lecteurs.**

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

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 métastatique. Les décisions thérapeutiques sont alors à la fois difficiles sur le plan technique et difficile sur le plan psycho-oncologique, les " objectifs " à atteindre n'étant pas toujours très facile à définir. Dans ces situations, les décisions prises doivent faire la synthèse entre la pathologie sous-jacente et son propre pronostic, et la pathologie maligne et les moyens thérapeutiques par lesquels on va pouvoir la combattre, mais aussi tenir compte du niveau d'information du patient et de ses souhaits. Qui doit prendre les décisions et comment doit-on les prendre? Quelle est la part respective dans ces prises de décisions entre par exemple l'oncologue et le néphrologue? Ces situations ne sont pas rares et posent à chaque fois des problèmes complexes que nous souhaitions ici souligner.

Une troisième situation a retenu notre attention. Ce sont les cas de patients traités en oncologie dans une optique dite " palliative " mais avec une " quantité de vie " espérée encore relativement importante, et qui présentent brutalement un accident intercurrent pouvant mettre en jeu très vite le pronostic vital. C'est par exemple, le cas d'une patiente traitée par une chimiothérapie de 2ème ligne pour un cancer du sein métastatique et qui présente une embolie pulmonaire gravissime. Le problème posé est alors de savoir si on met en jeu tous les moyens diagnostiques (y compris invasifs) et thérapeutiques (réanimation) jugés nécessaires pour tenter de sortir de la situation aiguë. La difficulté dans cette situation est en grande partie liée à " l'urgence " de la prise de décision. Concrètement, elle se résume souvent à l'appel ou non du réanimateur. Qui prend la décision d'appeler le réanimateur? Comment est prise cette décision en garde la nuit ou le week-end ? Lequel d'entre nous n'a pas été confronté un lundi matin, à la découverte d'un de ses patients en secteur de réanimation, intubé, ventilé, décision que nous n'aurions peut-être pas prise si nous avions pu être consultés au moment où le problème se posait de façon aiguë. Ces situations posent le problème de la compatibilité de l'urgence médicale et de la délibération éthique. Les décisions doivent y être prises rapidement et l'équipe concernée par cette décision n'est pas forcément celle que, " à froid ", on aurait pu juger la plus adaptée pour les prendre. Pourtant, les conséquences sont souvent très lourdes. Ce problème est d'autant plus crucial que l'accident intercurrent peut survenir en un endroit éloigné de la structure de soins oncologiques habituelle du patient. D'où la nécessité de bien définir, par anticipation et dans la mesure du possible naturellement, les objectifs à atteindre propres à tel ou tel malade.

Nous rejoignons là la 4ème situation qui est celle des malades oncologiques pour lesquels la décision de transfert en réanimation a été prise et chez lesquels, pendant le séjour en réanimation, des décisions quotidiennes, voire pluri-quotidiennes doivent être prises. Je citerai par exemple le cas récent d'une patiente de 50 ans en cours de chimiothérapie palliative de 3ème ligne pour un lymphome malin, transférée en service de réanimation pour une pneumopathie aspergillaire présentant après 8 jours de réanimation une insuffisance rénale et chez laquelle se posait la question non pas technique, toujours possible, mais éthique, de l'indication d'une dialyse. Lorsque le patient est inconscient, comment est prise la décision de dialyser la malade? L'analyse approfondie des mécanismes de la prise de décision dans ces circonstances en secteur de réanimation oncologique et de l'articulation avec l'équipe oncologique et la famille du patient sera abordée lors d'un prochain article.

Ainsi, à travers ces 4 exemples où les décisions thérapeutiques posent problème en milieu oncologique, on peut s'apercevoir que les questions éthiques font finalement partie intégrante de l'activité oncologique. Il convient à notre sens de réfléchir, dans ces situations " limites ", à des structures d'aide à la décision pouvant être consultées de façon rapide et urgente. Celles-ci commencent à faire l'objet d'une réflexion dans certains hôpitaux. On voit en effet à travers ces quelques lignes combien ces discussions autour de certaines décisions proches, par nature, des questions habituellement soulevées lors des débats sur l'euthanasie, revêtent de l'importance et ne peuvent être ignorées, à la demande même des équipes cancérologiques. ◆

* *Cancérologue, Centre François Baclesse, Caen*

Prévenir le deuil anticipé

© E. Robert

Marie-Frédérique BACQUE *

• Qu'est-ce que le deuil anticipé ?

Le travail de deuil est un processus psychologique d'intégration puis d'acceptation (douloureuse) de la perte d'un proche. Après l'état de choc souvent provoqué par la rupture du lien d'attachement et caractérisé par l'impossibilité de se livrer aux activités essentielles de la vie (manger, dormir, penser, travailler), apparaît un profond chagrin. Le vide, le manque, la détresse sont les principales manifestations du deuil, mais aussi la quête de repères et d'éléments de compréhension dans le processus de la mort et l'histoire de celle du défunt.

Beaucoup discutent le fait que le deuil qualifie aussi la rupture et pas seulement la mort. Y a-t-il deuil pour toute perte ? Certainement. Cependant la mort d'un être cher reste le principal pourvoyeur de perturbations générales, allant de la souffrance "normale" causée par la difficulté à accepter l'absence, jusqu'à la dépression chronique, les troubles somatiques et comportementaux.

Le deuil anticipé est constitué par l'apparition de toute la symptomatologie du deuil avant même la perte réelle de l'être cher. C'est la mort de l'être aimé qui est vécue comme si elle s'était produite alors qu'il n'en est rien. Le deuil anticipé apparaît le plus fréquemment lorsqu'une personne voit son proche mis en danger de mort par un diagnostic porté de façon brutale, ou lorsqu'un membre de sa famille atteint d'une pathologie chronique agonise ou encore lorsque son enfant est le porteur connu d'une affection létale à plus ou moins terme. Des changements physiques majeurs peuvent aussi être à l'origine d'un deuil anticipé : handicap, perte d'un organe ou d'une partie esthétique du corps, modification de l'enveloppe externe (chez les grands brûlés par exemple).

La notion de menace de mort est fondamentale dans le diagnostic de deuil anticipé (Bacqué, 1988), elle déclenche, non pas la dépression classique du travail de deuil, mais plutôt un détachement, une anesthésie émotionnelle, une indifférence totale à la personne malade, pourtant aimée antérieurement.

La modification du corps de la personne aimée est un changement qui induit également une perte et signifie l'importance de l'investissement partiel et narcissique du sujet.

• Médecine et deuil anticipé

Bizarrement, l'évolution des connaissances médicales a augmenté la fréquence des deuils anticipés. Le conseil génétique en est un grand pourvoyeur, mais aussi la diffusion des savoirs (rarement discutables par le grand public).

L'évolution d'une société pour qui le vieillissement, le handicap voire la laideur sont rejetés favorise également ces réactions contre les "hors normes". Un exemple bien connu est le diagnostic anténatal : "si mon enfant n'a que trois doigts à chaque main, je préfère l'avortement thérapeutique", cet enfant qui survit risque le deuil anticipé de ses parents. Dans le cas des amputations, on retrouve ces modifications de l'objet, dont l'apparence passée est idéalisée "Depuis que ma femme a un sein en moins, c'est une autre" ou encore "Je ne retrouve plus mon compagnon dans cet homme mutilé". Le bébé, l'épouse, le conjoint sont désinvestis, le sujet n'en veut plus, ils sont "comme morts pour lui", ils ne satisfont plus l'image idéale qu'il s'en était forgé.

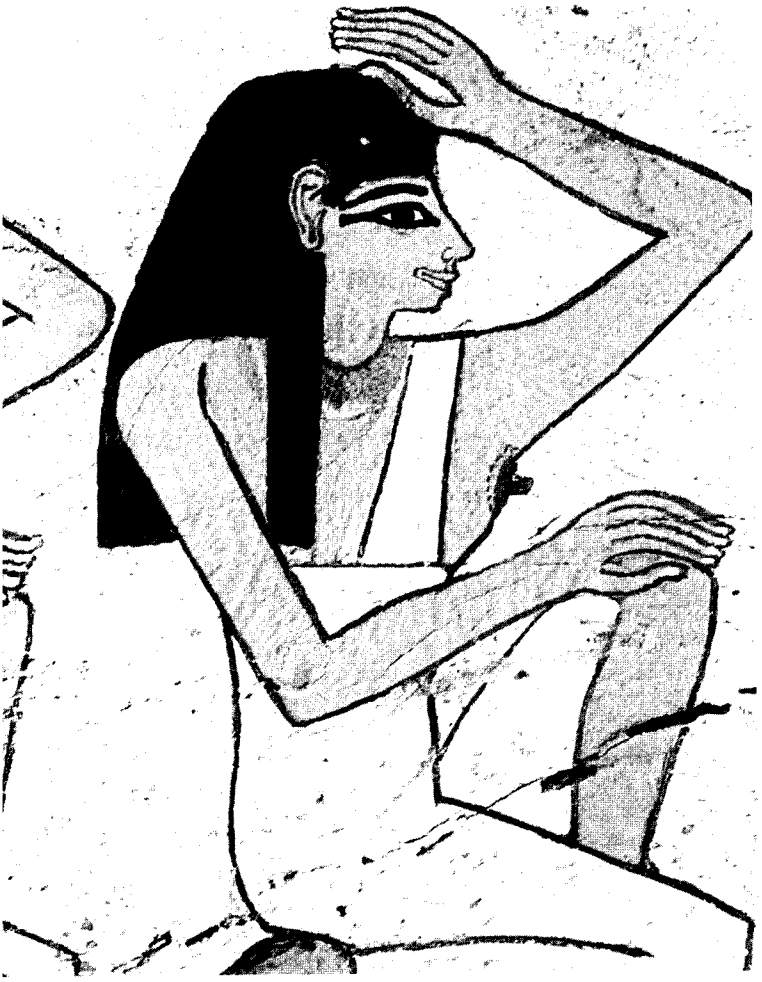
Ce qui frappe ici, c'est l'apparente absence de souffrance du sujet présentant un deuil anticipé. L'absence de plainte n'est toutefois pas totale, mais prend plutôt une allure incidente (douleurs, signes fonctionnels). Le plus fréquemment, la personne constate les changements actuels et les regrette : "il était si beau avant...", "quand elle n'était pas malade, c'était comme un rêve", "si seulement je ne le savais pas condamné...". Parfois, des photos viennent à l'appui de cette nostalgie. Ces paroles peuvent être prononcées au lit du malade, sous ses yeux, comme s'il n'était pas là. Le malade, le bébé, deviennent comme transparents aux yeux de celui qui les a aimés jadis.

© RMN - Paris

Les soignants sont le plus souvent choqués par ce refus de considérer la réalité : le malade n'est pas encore mort. Même si la maladie réduit la longévité de cet enfant, il est bien vivant aujourd'hui et peut parfaitement partager des projets avec ses parents. La dureté avec laquelle les personnes considèrent leur proche "perdu d'avance" ne favorise pas la tentative de compréhension d'une équipe soignante, qui, malgré elle, a tendance à "juger" la personne (J. Pillot, 95). Et ce, d'autant plus qu'elle ne présente pas, à proprement parler, de symptômes psychiatriques ou somatiques.

La dépression du deuil est absente. Pas de tristesse, pas de pleurs, pas de désespoir. Les visites au malade se réduisent en nombre et en temps, les questions aux soi-

gnants disparaissent, ni aide, ni chaleur ne sont données au patient ou à l'enfant handicapé. Il n'y a pas non plus de délire, c'est un déni de vie temporaire qui évolue à bas bruit. Un psychiatre à qui serait confié ce patient serait bien embarrassé, en effet, les psychotropes semblent inefficaces sur ce trouble. L'écoute psychologique se heurte, quant à elle au refus circonstancié, la personne justifiant qu'elle va très bien et ne présente aucun signe de la dépression ou d'anxiété. Seul son comportement par rapport à l'être aimé est significativement altéré : chute de la fréquence des visites, indifférence à l'état du malade. Ce sont donc plus des indicateurs psychosociaux qui vont nous faire prendre conscience d'un deuil anticipé.



• Mais que se passera-t-il lorsque la personne disparaîtra vraiment ?

Et bien le deuil sera également inapparent dans un premier temps. Différer les affects tristes et l'expression du chagrin est fréquent dans le deuil anticipé. L'endeuillé se retrouve sans deuil, non qu'il l'ait fait auparavant, mais par la quasi-absence de changement par rapport aux moments où la personne aimée était encore vivante. En revanche, le risque pour l'endeuillé est de développer une dépression chronique larvée (se manifestant essentiellement par un ralentissement psychomoteur et tous les signes physiques de la dépression) ou un accès dépressif majeur lors d'une réactivation du manque de l'autre (maladie personnelle ou, surtout, de toute autre perte). Enfin, les signes du deuil resteront souvent infra-cliniques sur le plan psychique ou au contraire spectaculaires, mais masqués dans le déclenchement d'une douleur chronique ou d'une toxicomanie (alcoolisme principalement).

• Comment éviter les phénomènes d'anticipation ?

Trois axes nous paraissent susceptibles de limiter les phénomènes délétères du deuil anticipé.

La révélation du diagnostic : tous les médecins connaissent les risques de la révélation brutale ou non préparée d'un diagnostic de maladie mortelle ou gravement handicapante. Je ne peux qu'insister pour une formation à la communication du diagnostic (P. Kaye, R. Buckman, Bacqué, 1997). Par ailleurs, lors de la révélation, il vaut mieux laisser le choix au malade de l'expliquer à qui bon lui semble plutôt que de s'adresser directement à sa famille. Si le malade n'est pas placé par le médecin dans une position passive, sa famille pourra l'intégrer parmi les vivants. Restent tous les diagnostics concernant des mineurs ou des déficients.

Malgré ces conditions, il reste louable d'impliquer au maximum le malade ou de trouver un tiers qui puisse intercéder pour lui. Plutôt que de se limiter à un unique interlocuteur, développer un réseau de relations avec le maximum de membres, voire d'amis du patient.

• Le soutien de l'équipe :

Le deuil anticipé doit être connu de tous les services où des patients à risque mortel sont fréquemment hospitalisés.

Toute équipe confrontée à la perte de ses patients doit bénéficier d'un soutien et de possibilités de créer (des études, des publications, de nouveaux traitements...) pour dépasser ces événements constamment stressants. Ce soutien permettra d'éviter les réactions négatives à l'égard des familles qui délaissent leur malade. Une tentative de compréhension peut donner lieu à des conseils, voire à la mise en place d'un soutien pour les victimes du deuil anticipé.

L'accompagnement psychosocial de toutes les nouvelles biotechnologies : qu'il s'agisse du conseil génétique ou de toute thérapeutique induisant une menace de mort ou au contraire, la rendant moins présente (maladie mortelle guérie), il est indispensable de proposer un accompagnement médical et psychologique. Nous l'avons vu pour le sida, les patients eux-mêmes, ont dû retrouver une pulsion vitale disparue (leurs jours étaient auparavant comptés) et réinvestir une vie normale grâce aux plus récents médicaments. Ici, le groupe familial et le patient partageaient le même deuil anticipé.

Finalement, malgré la faiblesse de la littérature médicale sur le sujet, le deuil anticipé fait l'objet d'une description clinique précise. Rencontré quel que soit l'âge du patient (y compris in utero), le deuil anticipé a des conséquences graves puisqu'il aboutit effectivement à la mort anticipée du patient faute de soutien familial. Dans d'autres circonstances (le patient est un véritable rescapé), la famille éprouve des difficultés à réinvestir celui qu'elle avait cru perdu. L'intervention de l'équipe soignante est délicate car elle se trouve juge et partie. Un tiers, psychologue, médecin, autre soignant, pourra aider famille et patient à s'adapter à l'évolution de la pathologie : guérison subite ou diagnostic mortel entraînent des changements de statuts des uns et des autres. Un soutien psychologique adapté favorisera ce passage difficile.◆

RÉFÉRENCES

- *Bacqué M-F. Deuil et santé. Paris, Odile Jacob, 1997.*
- *Bacqué M-F. Représentations de la guérison en milieu hospitalier aigu. Traitement pathogène, maladie thérapeutique.*
Psychologie médicale, 20, 9, 1998 : 1305-07
Buckman R. S'asseoir pour parler.
L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades. InterEditions, 1994.
- *Kaye P. Breaking bad news. Northampton, EPL Publications, 1995.*
- *Morasz L. Le soignant face à la souffrance. Paris, Dunod, 1999.*
- *Pillot J. Comment aider les endeuillés ? Bulletin de la Société de Thanatologie. 1995, 103-104 : 17-32.*

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

Libres propos**

Problèmes psychologiques posés par les consensus sur les frottis de dépistage.

Dody BENSAID-MREJEN *

Le cancer du col de l'utérus est la deuxième cause de cancer féminin dans le monde. On sait que les facteurs de risques sont liés à l'activité sexuelle. Les cancers épidermoïdes, les plus fréquents, sont dans leur majorité évitables.

Les facteurs épidémiologiques du cancer du col sont :

l'âge précoce des premiers rapports sexuels, le nombre des partenaires sexuels, les antécédents de maladies sexuellement transmissibles, les conditions socio-économiques et les facteurs immunologiques en rapport avec l'immuno-suppression. Enfin il apparaît que le risque relatif prioritaire de développer la maladie est l'infection à papillomavirus. Ainsi parlent les gynécologues responsables, dont le seul but est de préserver leurs patientes du cancer invasif et si celui-ci survenait, de tout faire pour le traiter et pour qu'il laisse le moins de séquelles possibles.

Depuis 50 ans, le frottis est utilisé comme test des lésions précancéreuses et des cancers débutants du col utérin chez la femme asymptomatique. La détection de ces anomalies va déboucher sur le traitement des lésions précancéreuses et assurer ainsi une prévention du cancer. Mais si le frottis est un bon moyen de dépistage, seules 50% des femmes y ont recours. Pour faire le dépistage d'une population plus importante et pour trouver les moyens nécessaires, en accord avec la commission européenne, la Conférence de consensus de Lille en 1990 indiqua qu'un frottis tous les trois ans serait suffisant après deux frottis normaux à un an d'intervalle. Cela a provoqué une grande colère chez les gynécologues qu'ils ont transmise à leurs patientes.

Les frottis sont destinés à dépister les lésions précancéreuses (ou dysplasies) et cancéreuses du col de l'utérus; c'est le travail quotidien de tout gynécologue. Si les 50 % des femmes qui consultent, sont suivies excessivement mais pas toujours de façon efficace, les autres femmes ne consultent que lorsqu'il est déjà trop tard. D'où les conférences de consensus de 1990 et 1995 qui ont préconisé la diminution de la fréquence des frottis chez

© D.R.

les unes pour permettre aux autres d'avoir un dépistage plus précoce et ainsi d'être vues au stade de pré-cancer et non de cancer évolué. Ainsi les économies effectuées seraient destinées à mener une politique de santé plus cohérente permettant à toute la population d'être surveillée régulièrement.

Quelles sont les retombées psychologiques : cela dépend du côté où on se place.

- Soit on se place du côté de la femme à qui on dit seulement qu'on veut dépister le cancer sans lui dire ni lui expliquer comment ce cancer peut arriver. C'est sans doute un sujet tabou et la femme n'a pas l'habitude d'entendre qu'un cancer du col peut être lié à la sexualité !
- Soit on se place du côté du médecin gynécologue (homme ou femme), le cancer est un domaine où seules les dernières techniques de diagnostic et de traitement sont envisagées mais jamais ou presque jamais la relation médecin /malade ou la relation de la femme et de son partenaire n'est prise en compte ni même envisagée.
- Il est important d'ajouter le combat actuel de certaines gynécologues femmes qui font du dépistage des cancers une chasse gardée féministe. Cette lutte a eu un effet que les protagonistes ont sous-estimé ; les femmes entrent actuellement dans les cabinets de leur gynécologue et semblent vouloir dire que si la gynécologie médicale venait à disparaître ou si les frottis sont confiés à des médecins généralistes, eh bien il ne resterait personne pour leur dépister leur futur cancer...
- Que dire des pouvoirs publics et de la politique de santé qu'ils souhaitaient entreprendre ?
- Ils voulaient instaurer les frottis de dépistage tous les trois ans après deux frottis normaux à un an d'intervalle chez les femmes de 25 à 65 ans. Ils ont fait marche arrière puisque le texte de 1998 des RMO (Références Médicales Opposables) ne mentionnait plus rien concernant les frottis.
- Peut-être avaient-ils des sujets plus brûlants ou avaient-ils été intimidés par les gynécologues qui réclamaient pour leurs patientes des frottis annuels pour ne pas les laisser mourir d'un cancer invasif sans entamer avec elles la moindre réflexion sur l'origine et le déroulement des lésions précancéreuses du col.

Le cancer du col de l'utérus est liée à une infection à Papillomavirus humain (HPV). Le HPV est le marqueur de l'activité sexuelle. Ce virus est un agent nécessaire mais non suffisant pour le cancer du col.

Des cofacteurs entrent en jeu tels que :

- les premiers rapports sexuels avant 16 ans,
- les partenaires multiples,
- d'autres maladies sexuellement transmissibles, le tabac, l'alcool
- et sans doute aussi une prédisposition génétique.

Comme toute maladie sexuellement transmissible, les lésions précancéreuses du col nécessitent une information honnête et une relation de confiance entre le médecin et sa patiente pour que celle-ci se fasse soigner en connaissance de cause et qu'elle puisse partager cette information et cette réflexion avec son partenaire sexuel. 1 % des dysplasies légères, 5 % des dysplasies moyennes et 12 % des dysplasies graves évoluent vers un cancer invasif. On sait que 80 % des dysplasies légères régressent spontanément au bout de 2 ans.

On voit donc combien, en fait, les retombées psychologiques du consensus sur les frottis de dépistage sont liées à l'incompréhension des patientes par manque d'explication de la part des médecins qui n'arrivent pas à dépasser certains sujets, toujours restés tabous et de faire en sorte que la sexualité ne soit plus qu'une série d'agressions liées aux examens et aux traitements. ◆

** Gynécologue et psychiatre,83 Bd Saint Michel. 750005 Paris, Responsable de la consultation de colposcopie et de suivi des femmes infectées par le VIH à la maternité de l'hôpital Rothschild et la Pitié-Salpétrière.*

*** NDLR : cette rubrique est destinée à suciter des débats. Les auteurs s'y expriment librement. Le comité de rédaction est conscient que certaines prises de position peuvent troubler. Nous serions heureux de connaître les réactions des lecteurs et, les ayant obtenues par écrit, de pouvoir en publier des extraits.*

COMPTE-RENDU

Troisième journée Montpellieraine de l'antenne du Languedoc-Roussillon de la Société Française de Psycho-Oncologie.

Pierre BALMES*

Cette journée sur le thème "Le cancer entre espoir et désespoir", s'est déroulée le 22 janvier 2000 sous la présidence du Professeur F. Baillet qui a, dans un premier temps, rappelé les objectifs et le cadre de notre action. Il a montré la nécessité d'un état d'esprit, d'une formation des spécialistes, et d'une participation de l'ensemble des intervenants pour une meilleure continuité de la prise en charge des patients.

© D.R.

Les mots de désespoir et d'espoir permettent une réflexion sur les notions qu'ils recouvrent. De nombreux penseurs, de Dante et Spinoza à Kafka et Bernanos ont mis en évidence les balancements entre ces concepts et les sentiments de crainte et de sécurité (Cl. Rabant, philosophe et psychanalyste).

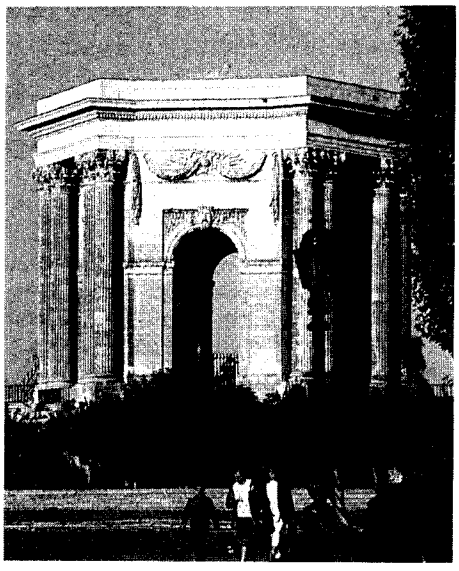
Des réactions d'espoir et de découragement peuvent être induites par différents médicaments du fait de leur action pharmacodynamique, mais aussi par les connotations plus ou moins péjoratives qui leur sont attachées. Une fréquence notable de suicides au cours des traitements du cancer a été relevée et on doit évoquer le rôle de la médiatisation des thérapeutiques et des médecines parallèles (R. Fresco).

La notion de l'information due au malade a évolué et notre situation actuelle de soignants est souvent difficile entre des dispositions légales bien intentionnées mais mal applicables et une pratique clinique réaliste (R. Regal).

Les habitudes et la culture différentes des anglo-saxons entraînent des approches plus directes, et G. Pageaux a rapporté ses réflexions sur la parole des soignants à la lumière de ce qu'il a vécu dans un hôpital londonien.

La cancérologie gynécologique a des implications multiples sur la féminité, la sexualité et la procréation aussi bien du fait de la pathologie elle-même que de ses traitements (P. Benos). C'est notamment le cas des cancers du sein (A. Lehmann).

P. Guex enfin a fait une vision et une approche originale prenant en compte non seulement le patient mais aussi l'entité familiale qui réagit non pas comme une somme de personnalités mais bien comme un ensemble autonome.◆



© D.R.

* *Docteur, Clinique Saint Roch, Montpellier*

CONGRÈS

▶ ***Du 6 au 9 juin 2000, Palais des Congrès, PARIS***
EuroCancer 2000
8 juin 2000 après-midi.
Session Psycho-Oncologie de la Société Française de Psycho-Oncologie,
Inscriptions et renseignements :
Tél. : 0800 204 408,
email : faek@eurocancer.com

▶ ***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 National 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 2000, MARSEILLE***
XXVème Anniversaire de l'Association Psychologie et Cancers " Vingt-cinq années de psycho-oncologie " et XVIIème Congrès de la Société Française de Psycho-Oncologie

▶ ***Du 28 novembre au 2 décembre 2000, PARIS, Cité des Sciences, Parc de la Villette***
8ème Salon International Psychiatrie et Système nerveux central
Renseignements : NHA Communication, Tél 01 42 66 46 46 Fax 01 42 66 45 45

▶ ***Du 4 au 6 octobre 2001, Caen***
Congrès de la Société Française de Psycho-Oncologie : "La place du groupe en psycho-oncologie".
Renseignements : Dr J.Y. Génot et Mr J.L. Machavoine, Centre François Baclesse, Caen, Tél. : 02 31 45 50 30.

FORMATIONS

▶ ***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,***
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

▶ ***Les 11 et 12 mai 2000, CHU de Nantes***
Séminaire commun aux DES de Cancérologie et aux DES de Psychiatrie Inter Région Ouest " Psyché et Cancer "
Renseignements : Pr Guy Besançon,
Tél.: 02 40 84 63 95, Fax : 02 51 70 03 54

▶ ***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

▶ ***13-14 Octobre et***
14-15 Décembre 2000
Formation en psycho-oncologie médicale, Paris :
(Personnes concernées : Tous médecins, chirurgiens, oncologues, radiothérapeutes, omnipraticiens, etc.. 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

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

Recherche

RÔLE DE L'EXERCICE DANS LA RÉHABILITATION DES FEMMES AYANT ÉTÉ TRAITÉES POUR UN CANCER DU SEIN

(BM Pinto et NC Maruyama, Exercise in the rehabilitation of breast cancer survivors ; Psycho-onc, 1999;8:191-206)
Les traitements du cancer du sein sont souvent lourds, et fréquentes sont les conséquences telles que dépression, prise de poids, ménopause prématurée, atteinte de l'image corporelle, et fatigue. Ces symptômes atteignent durement la qualité de vie.
Parmi les diverses méthodes proposées pour aider ces femmes à se restaurer, l'exercice physique s'est montré bénéfique, tant pour la fatigue que pour les troubles émotionnels.
Les auteurs (de Providence USA) ont revu et analysé la littérature consacrée à ce sujet.
Il s'agit d'une revue générale d'études de méthodologie très hétérogènes, tant dans leur recrutement, essentiellement basé sur le volontariat des patientes, que dans le type de l'exercice physique (le plus souvent vélo et marche, mais aussi gymnastique aérobic, exercices de souplesse, yoga) exercé soit en groupe, soit de façon individuelle. Ces activités ont le plus souvent débuté alors même que les patientes étaient sous chimiothérapie.
Dans toutes les études retenues, les résultats ont été évalués par la comparaison d'un test précédant la session, à un test de clôture. Les résultats signalés portent sur :
• L'état psychique, et il a été noté, dans une étude, une amélioration de l'angoisse et de l'état dépressif, et chez les sujets avec un programme de marche régulière durant 7 semaines, un degré de fatigue inférieure et moins de nausées que chez des femmes ayant le même traitement du cancer, mais sans exercice physique.
• Il est important à noter que cette activité est tout à fait réalisable et bien supportée chez des patientes en cours de traitement (soit chimiothérapie, soit radiothérapie).
• Plusieurs études prospectives s'accordent pour constater un effet bénéfique de l'exercice physique sur la fatigue, en prenant toutefois les précautions pour s'assurer que les patientes ne présentent pas de facteur de risque contre-indiquant cette activité.

Quant au mal-être lié aux modifications de l'image corporelle, une amélioration a été constatée par une équipe qui a étudié la "self-estime corporelle" des patientes entrées dans un groupe suivant un programme de réhabilitation par rapport à celle de témoins.
En conclusion, cette revue, si elle n'a pas la rigueur scientifique habituelle des méta-analyses, a le mérite de proposer aux équipes soignantes des méthodes et des sujets de recherche dans le but d'améliorer la qualité de la vie après l'accomplissement des traitements.
Françoise May Levin

ETUDE LONGITUDINALE DES RÉACTIONS PSYCHOLOGIQUES À L'ÉVALUATION DU RISQUE FAMILIAL DE CANCER OVARIEN

(Ritvo P. and al; A longitudinal study of psychology adjustment to Familial Genetic risk assessment for OvarianCancer; Gynec.Onc. 1999; 74;331)
Tandis que progressent les méthodes de prédiction du risque génétique des cancers du sein et de l'ovaire, se pose avec acuité le problème de l'importance des conséquences psychologiques d'un tel test par rapport à ses éventuels bénéfices.
Les résultats d'études antérieures ont déjà prouvé l'absence de rationalité dans de telles réactions, telles celle de Lerman et coll. qui ont montré que les réactions anxieuses et dépressives dans les mois suivant le test sont plus importantes chez les femmes qui ont refusé d'être informées du résultat.
• Une équipe canadienne a suivi 65 femmes dans le cadre d'une consultation génétique consacrée à l'évaluation du risque de cancer ovarien chez des femmes à plus ou moins haut risque.
Ces 65 femmes, d'âge moyen 42,5 ans (+/- 8,5) ont été classées selon les critères habituels (histoire familiale clinique et/ou présence familiale de BRCA1 ou 2) comme étant à haut, bas ou intermédiaire risque familial de cancer ovarien.
Outre l'examen de dépistage clinique, échographique et biologique (Ca125), elles ont toutes accepté d'avoir une évaluation psychologique en remplissant au départ, puis à 6 puis 12 mois deux questionnaires validés évaluant l'un l'anxiété (20 items), l'autre la dépression (19 items).
Les résultats sont quelque peu surprenants : alors que l'on a informé chaque patiente de la catégorie du risque estimée par l'équipe médicale, la grande majorité s'est spontanément reclassée dans une autre catégorie :
• Sur les 14 classées à faible risque, 2 l'ont intégré tandis que les 12 autres se surestimaient dont 6 se pensaient à haut risque.
• A l'opposé, des 25 femmes à haut risque, seules 12 l'ont intégré tandis que les 13 autres se sous-estimaient.
• Sur les 12 à risque modéré, 7 se sur-estimaient et une se considérait à faible risque.
Sur le plan de la dépression, elle était significativement corrélée au degré du risque autoestimé ($p< 0,1$), mais non pas à celui qui leur a été donné. Le degré d'anxiété varie de façon parallèle. Il faut noter l'absence de variation significative en fonction du temps (6 ou 12 mois).
Parmi les divers facteurs pouvant entrer en jeu dans cet état, seul était lié de façon significative ($p< 0,02$) le souci du risque éventuel couru par leur fille.
Conclusion : Cette étude est particulièrement intéressante car elle démontre l'absence de lien rationnel dans l'image que se fait la personne de son avenir qui est liée d'emblée à sa structure psychologique Elle est un puissant argument sur l'importance de l'accompagnement psychologique indispensable dans un tel domaine où se projette l'avenir non seulement de la personne mais de sa descendance.◆

Françoise May Levin

Nous avons relevé pour vous

N° SPECIAL DE "L'AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION."

Juin 1999, Vol 30, N°6.

Nicole Alby nous a signalé cet excellent numéro de l'APA (American Psychological Association), consacré au thème qui nous est cher. L'éditorial, et la forme même des articles, les photos très naturelles de tous ces psychologues et autres chercheurs, donnent envie de lire l'ensemble de ces points de vue. Soins, qualité de vie, prévention, soutien des familles, communication des soignants, recherche fondamentale, pas un domaine n'échappe à la collaboration équipe, psychologue, famille et patient. Richard M. Swinn, le président de l'APA, décrit le thème "psychologie et cancer" comme le meilleur exemple d'intégration de la science et de la pratique médicale. Mais il insiste: "More is needed ! " (Il faut aller plus loin !). Il cite l'American Cancer Society: "la combinaison des médicaments et de la psychothérapie peut améliorer l'état psychologique (peur, anxiété, dépression) et réduire la souffrance, tout en augmentant la qualité de vie".
Il s'adresse spécialement aux minorités américaines menacées (ce qui nous fait singulièrement penser à notre épidémiologie française des cancers). Ainsi, les noirs américains ont 30% de risques supplémentaires de mourir d'un cancer que les blancs. Les cancers du col atteignent deux fois plus les femmes d'origine vietnamienne, tandis qu'elles sont suivies de peu par celles d'origine hispanique... Mais que peut faire la psychologie ? Question encore trop souvent posée par la population et par... certains collègues médecins...
Aider à la prise de décision curative et palliative, expertiser les déficits cognitifs induits par les traitements (surtout chez l'enfant), examiner les influences sociales et environnementales sur les décisions du patient, conseiller et soutenir malades et familles, faciliter l'approche du patient et comprendre ses voies décisionnelles, enfin, aider les soignants à permettre aux patients de se laisser soigner ou de renoncer. Il cite une expérience personnelle: "un ami gravement malade m'a dit: "maintenant, je suis prêt à mourir et ma famille est prête à me laisser partir...".
L'histoire de la recherche en cancérologie commence en 1838 avec l'individualisation des cellules cancéreuses, elle marque une étape en 1997. Sept millions d'américains ont eu un cancer dans leur vie. Le National Cancer Institute, fondé en 1937 par le président Roosevelt s'unit, aujourd'hui, à la Coalition Nationale des Survivants du Cancer pour promouvoir la recherche clinique. Pour les médecins, la meilleure prévention contre les cancers reste le changement de comportements cancérogènes. Ces derniers résultent d'une intrication dépendance psychologique-sédation de l'angoisse par l'utilisation du tabac ou de l'alcool ou encore d'une mauvaise information concernant l'alimentation ou des environnements dangereux. Si les années soixante-dix étaient axées sur des programmes de modification des comportements délétères, les années quatre-vingt développaient les recherches sur la communication médecin-malade et les campagnes pour des styles de vie plus sains. Les années quatre-vingt-dix se tournent vers les sciences du comportement, le soutien psycho-social et l'information.
Plusieurs études ont porté sur les effets des thérapies de groupe sur la survie. Dès 1989, Spiegel avait montré une augmentation moyenne de survie de patientes avec un cancer du sein métastasé de 18 mois, chez les femmes qui participaient à un groupe de soutien (Lancet, 2, N¡ 8668, p. 888-891) et deux autres études appuyaient ces résultats. Cependant, A. J. Cunningham et al. (Psycho-oncology, 7, p: 508-517), ne trouvait pas de différence, dans son groupe plus petit... Cette équipe montrait pourtant que les femmes les plus motivées et les plus actives (un sous-échantillon de son groupe initial) vivaient deux fois plus longtemps que les prédictions des oncologues, tandis que les plus motivées vivaient trois fois plus longtemps. Mais le plus important, n'est-il pas que "Spiegel et de nombreux chercheurs ont trouvé que le groupe thérapeutique incluant une éducation et un soutien social, améliore la qualité de vie des patients, incluant l'humeur, les interactions familiales et le niveau général d'énergie (...) la plupart des nouvelles chimiothérapies ne changent pas la longueur de la survie. En fait, la moitié des femmes atteintes d'un cancer du sein ne dépasseront pas cinq années. Mais la période sans effet de la maladie s'allonge. Aussi, la qualité de vie de cet intervalle libre de 24 mois (au lieu de 12 mois auparavant) a une très grande importance ! affirme Barbara Andersen de l'Ohio State University. D'autres articles évoquent l'anxiété qui empêche les personnes à risque de procéder à des tests génétiques. La psycho-neuro-immunologie est également abordée, tandis que la survie d'enfants atteints de cancer est traitée aussi bien au niveau de leurs parents que de leur futur (stérilité, déficit intellectuel, angoisse de mort). Les troubles psychiques induits par les cancers et les traitements font l'objet de plusieurs articles et les témoignages de psychologues, eux-mêmes atteints par le cancer, montrent l'humilité nécessaire pour prétendre apporter des résultats. Ce document est une source de résultats, mais surtout un élément de réflexion sur la politique de la recherche, qui, aux Etats-Unis, n'a pas oublié le sujet, dans son milieu. Cette approche multi-centrée a le mérite de dédramatiser et de relativiser les polémiques sur qui, du psychisme ou du corps, occupe le centre de nos investissements. L'Homme global est enfin retrouvé ! ◆

Marie-Frédérique BACQUE

NOUVEAUX ADHERENTS

LISTE DES NOUVEAUX ADHERENTS au 10 mai 2000

- Françoise MAYER, Oncologue à Dijon, parrainée par R. Fresco et A. Salimpour
- Maître ASSUS JUTTNER, Avocat à Nice, parrainée par R. Fresco et A. Salimpour
- Régine MAY-SCHMUCK, Psychiatre à Mulhouse, parrainée par C. Chardot et R. Fresco
- Edith LOMBARDI, Psychologue à Besançon, parrainée par C. Vrousos et S. Schraub
- Francine ELETTO, Secrétaire Médicale à Grenoble, parrainée par J.C. Sage et R. Schaerer
- Claudine LAUDREN, Infirmière à Grenoble, parrainée par J.C. Sage et R. Schaerer
- Jean-Marie VIGUIER, Médecin à Nancy, parrainé par I. Krakowski et C. Chardot
- Daniel SERIN, Sénologue à Avignon, parrainé par R. Fresco et H. Pujol
- Marie-Françoise MARREL-BOYER, Radiothérapeute à Narbonne, parrainée par H. Pujol et H. Sancho-Garnier
- Véronique REBOULLET, Chimiothérapeute à Dôle, parrainée par N. Pélicier et N. Alby
- Jean-Pierre KAHN, Psychiatre à Toul, parrainé par S. Consoli et C. Chardot
- Danièle FRIC, Radiothérapeute à Grenoble, parrainée par R. Schaerer et J.C. Sage
- Marcelo Esteban GATTO, Psychologue, Buenos Aires, parrainé par F. Baillet et J. Schavelzon
- José AYLLON, Radiothérapeute, Lima, parrainé par F. Baillet et N. Pélicier
- Bruno SALICRU, Radiologue, Grenoble, parrainé par R. Schaerer et J.C. Sage
- François MORVAN, Oncologue, Pontoise, parrainé par F. Baillet et J. Brugère
- Jacques MANDET, Radiopthérapeute, Meaux, parrainé par A. Lehmann et F.M. Levin
- Jean-Michel LOUKA, Psychanalyste, Paris, parrainé par F. Baillet et A. Lehmann
- Annie CHABERT, Psychologue, Chambéry, parrainée par N. Pélicier et J.L. Machavoine
- Laurence DAVID, Infirmière, Ponthierry, parrainée par F. Baillet et R.Fresco.

COMPTE-RENDU

"Repenser la psychiatrie de liaison"

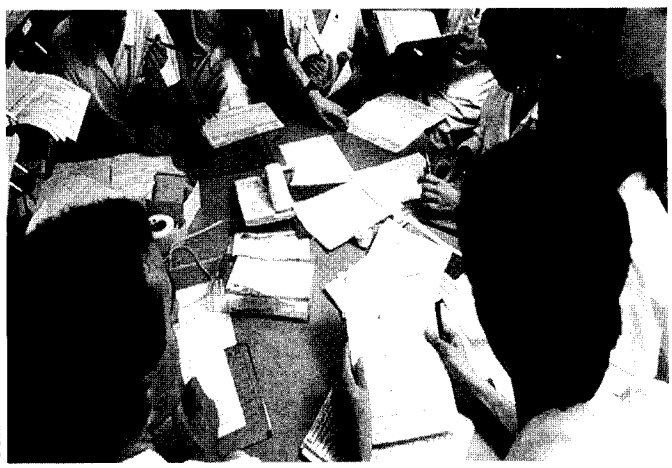
Georges NOEL *
et Anne Emmanuelle ROCHE **

Le 29 janvier 2000, le ministère de la santé a accueilli la journée nationale de l'Association Française de Psychiatrie, sur le thème : "repenser la psychiatrie de liaison". Sous la présidence du Dr Christiane Charmasson se sont réunis principalement des psychiatres mais aussi des psychologues, des médecins généralistes, des oncologues, des infirmiers, et des représentants d'association d'usagers (dont la Ligue Contre le Cancer).

D'emblée, le Dr Kipman, président de l'AFP, a resitué la psychiatrie de liaison dans le cadre de la politique de santé et principalement de la santé publique. Le besoin de psychiatres et de psychologues dans les services de médecine somatique se développe du fait d'une prise de conscience des difficultés psychologiques rencontrées par les malades, et une meilleure attention à faire le diagnostic de troubles psychopathologiques. La demande des patients eux-mêmes devient un élément de pression, demandes de prise en compte et de moyens, soutenues par les associations d'usagers. Les équipes soignantes, vivant au quotidien la souffrance psychologique des patients, incitent les médecins à collaborer avec les psychiatres et psychologues. Il s'y associe une demande propre de ces équipes qui souhaitent être aidées eux-mêmes pour faire face aux situations humainement pénibles comme la confrontation quotidienne à la souffrance et à la mort, à la répétition trop fréquente de deuils.

Cependant, il est nécessaire de mieux préciser ce qu'englobe la terminologie "psychiatrie de liaison". La psychiatrie de liaison consiste à mettre à la disposition des services généraux les compétences d'équipes psychiatriques, et de contribuer à développer la collaboration entre les somaticiens et les psychiatres. Le psychiatre se voit investi des rôles d'expert, de consultant et de thérapeute.

La difficulté de l'équipe de psychiatrie de liaison est de trouver sa place dans le système de soins déjà existant. Il lui faut arriver à une indépendance qui lui permette cependant d'utiliser les structures déjà en place, dispensaires de secteur ou consultations de l'hôpital, avec la souplesse de recourir, pour le suivi des patients, à l'un ou l'autre selon les cas. Elle doit trouver sa place entre les demandes des somaticiens et les réticences des milieux psychiatriques à céder du temps médical et infirmier pour une activité qui n'est pas à la disposition immédiate du service de psychiatrie. Il y a donc un travail d'évaluation à faire pour montrer l'intérêt de son activité, intérêt médical, humain, et même financier.


© D.R.

La réflexion sur la nécessité de la collaboration et des interrelations médecins/psychiatres a pris un essor nouveau avec le développement du SIDA. Du fait des troubles fréquents de la personnalité chez les patients séropositifs, de leur détresse psychologique, et aussi de la pathologie neuropsychologique, le SIDA a un peu forcé la nécessité de "repenser" un système de soins qui favorise l'approche des deux aspects.

La psycho-oncologie est aussi une forme de psychiatrie de liaison qui a ses spécificités. Du fait des particularités des conséquences psychologiques et psychopathologiques de la maladie cancéreuse, l'équipe de "psy" trouve naturellement sa place au sein d'un système qui a déjà l'habitude du fonctionnement pluridisciplinaire. Il y a cependant encore peu de service de cancérologie qui cherchent vraiment à intégrer une réflexion psychologique et psychopathologique à leur activité. Mais quand les oncologues sont sensibilisés à cet aspect de la prise en charge, la demande est vite importante, et les résultats souvent satisfaisants.

Les difficultés de collaboration peuvent apparaître dans la capacité de chacun des intervenants oncologue et psychiatre à se comprendre, pas seulement dans le langage, mais parfois dans les objectifs médicaux concernant le patient. Cela incite à penser à une formation spécifique des psychiatres et psychologues qui seront amenés à travailler en oncologie. Il existe maintenant des formations à la psycho-oncologie destinées aux médecins, cancérologues, psychologues, psychiatres qui ont suffisamment d'années d'existence pour être solides. Ces formations ont pour objectif d'affiner les capacités de l'oncologue à la détection des problèmes psychologiques du patient et ainsi à éviter un retard dans la prise en charge et au psychiatre de connaître les situations oncologique, et les difficultés spécifiques à chacune, tant pour le patient et sa famille que pour les équipes.

L'expérience montre aussi la nécessité d'une présence réelle des "psy" dans les services. Les passages éclairs de "psy" ne disposant que de quelques heures par semaine ne permettent pas de vraiment comprendre les situations et de prendre le temps d'évaluer le point de vue de chacun. Il semble important d'avoir un même correspondant, un même interlocuteur, des systèmes de réflexions qui se seront adaptés, et le développement progressif d'une confiance réciproque.

Cela signifie aussi que chacun n'oublie pas les spécificités de sa spécialité. Dans ce milieu cancérologique très scientifique, pressés par les administrations de rendre des comptes chiffrés de leur activité, les psychiatres risquent d'oublier le sujet malade qui, loin des difficultés comptables, cherche à renouer les fils de son histoire brisée par la maladie cancéreuse.

Cette journée a été très fructueuse et a permis de mettre en place un groupe de réflexion sur la place de la psychiatrie de liaison dans le système de soin. La cancérologie gagnera à cette réflexion et nous remercions Madame le Docteur CHARMASSON de nous avoir offert cette opportunité de nous exprimer sur les spécificités de la psychiatrie de liaison en cancérologie. ◆

** Cancérologue, Centre de Protonthérapie, BP 65 91402 - Orsay Cedex*
*** Psychiatre, Hôpital Caremeau, 30009 - Nîmes.*

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

Les temps du cancer

Marie MENORET
CNRS éditions, Paris, 1999

Tout soignant en cancérologie doit lire "Les temps du cancer" de Marie MENORET. C'est un travail original et érudit, fondé sur l'observation au quotidien de tous les acteurs, soignants et soignés d'un Centre de lutte contre le Cancer.
Son choix du temps comme organisateur de sa réflexion prouve combien elle a compris la question primordiale des patients en oncologie "combien de temps ?". Question qui renvoie les patients à la brutale découverte des limites de leur vie et les soignants aux limites de leur savoir et de leur pouvoir. Ce livre contient des réflexions théoriques sur la gestion du risque le rôle du temps par les patients et l'institution comme dans les processus thérapeutiques.
M. MEMORET analyse les propos de chacun, il s'agit d'une clinique de la temporalité en cancérologie, patients et soignants étant pris dans le même processus. Elle ne perd jamais ni son objectivité ni sa proximité de la réalité quotidienne de l'institution et révèle les attitudes défensives sans agressivité.
Ce livre témoigne de la sympathie humaine de l'auteur pour les parcours si difficiles des patients et des soignants, en cancérologie. Il est nourri par une réflexion théorique et un savoir ethno-sociologique qui enrichit le lecteur. Il situe la relation médecin-malade dans le contexte de la relation à la vie, à la mort, au savoir et au pouvoir. Ses réflexions sur les mots et les options proposés lors des rechutes sont des modèles d'observation neutre mais combien éclairante sur les obstacles à la communication dans ces moments d'échec partagé. On suit les temps et les "trajectoires du cance". Ses observations doivent pouvoir être utilisées en travail de groupe pour une réflexion sur la relation soignante en oncologie.
Un tel ouvrage montre combien l'observation clinique en sciences humaines comme ailleurs apporte un éclairage que rien ne peut remplacer. La modestie de M.MENORET est celle de la compétence. Son livre mérite une large diffusion. ◆

Nicole ALBY

La mort vue autrement

François DAGOGNET
Tobie NATHAN. Coll.
Les empêcheurs de penser en rond. 1999, 141p

Un philosophe et un psychanalyste se renvoient la balle sur un thème solide : la mort. Tous deux critiquent la "psychologisation" de la mort, au détriment de ses aspects anthropologiques et philosophiques. François Dagognet, médecin à l'origine, développe d'abord "ce que la science nous dit de la mort". Nous mourons, parce qu'un vieillissement supplémentaire s'avère totalement inutile après la transmission de nos gamètes (et pour les animaux supérieurs après celle de l'autonomie des jeunes). Cette terrible nécessité a longtemps été acceptée avec fatalisme, puis combattue avec rationalisme. Aujourd'hui, elle est souvent déniée et, surtout, "la mort corporelle et objective" est séparée de l'expérience humaine de la mort. L'épicurisme a installé ce refus en adage : tant que la mort n'est pas là, je ne peux la comprendre. Elle arrive ? Je ne suis plus ! Au contraire, Platon a "pactisé" avec la mort en jetant le discrédit sur la vie, "véritable vallée de larmes ". Il donnera corps aux nihilistes qui y trouveront un moyen de quitter la vie sans regret : "Qu'il est heureux que cette ultime certitude et ce lot commun n'aient presque aucun pouvoir sur les hommes... Cela me rend heureux de voir que les hommes ne veulent absolument pas penser la pensée de la mort !". Voilà les mots de Nietzsche dans "Le gai savoir", cependant, cette fuite de la pensée est commune aux partisans de l'euthanasie qui veulent tout maîtriser, y compris l'arrêt des trois coups du destin. François Dagognet réprouve heureusement cette position, cependant, il reste matérialiste dans le fond. Ainsi, qui a donc la tâche la plus importante ? Ni le médecin, ni l'ordonnateur des pompes funèbres, mais... le notaire ! "Il permet au mort non seulement de revenir dans la société mais de la consolider ou de la remodeler. (...) La relation des vivants et des morts est rétablie, matériellement et spirituellement assurée". Et F. Dagognet de citer l'exemple d'Yves Montand et de sa volonté bafouée post-mortem. Finalement, notre notaire universel, c'est l'Etat qui possède de nos corps, nos gènes et qui donne, ou pas, son assentiment pour les prélèvements les plus matérialistes, voire les plus honteux... Heureusement Tobie Nathan, moins cynique, mêle sa riche expérience personnelle à celles de ses patients, vus dans le cadre de sa consultation d'ethnopsychiatrie. Il recollectivise la mort et refuse d'appliquer les concepts freudiens aux deuilleurs béninois ou togolais... Il a raison, mais Freud ne souhaitait sans doute pas appliquer de façon univoque sa conception du travail de deuil à toutes les cultures. La notion de reconstruction de la relation avec le mort est évidente en effet, socialement, elle permet au groupe de "récupérer" l'individu perdu pour lui, comme s'il l'avait seulement prêtée aux membres de sa famille. Belle analogie, qui répond à l'interrogation : les activités funéraires rituelles passent-elles derrière l'intériorisation psychique ?
Les exemples fournis par T. Nathan sont passionnants, ceux de F. Dagognet, plus provocateurs, remettant en cause les positions les plus assurées sur notre destinée.◆

Marie-Frédérique BACQUE.

Le bulletin de la Société Française de Psycho-Oncologie
Association Psychologie et Cancers
Directeur de publication : Francois BAILLET
Rédacteur en chef : Anne-Emmanuelle ROCHE
Comité de rédaction : Marie-Frédérique BACQUE, Geneviève BORDE-MULLER, Jean-Yves GENOT, Claudine LANZAROTTI, Jean-Luc MACHAVOINE, Georges NOEL, Nicole PELICIER.
Annonceur : BRISTOL MYERS-SQUIBB

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