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

dans ce N° 30

Avril • Mai • Juin 2002

1 2
PSYCHO-ONCOLOGIE ET « SOINS DE SUPPORT »

Congrès et Formations

3 4 5
IMPACT D'UNE PREMIÈRE CONSULTATION SOCIALE EN CANCÉROLOGIE

6 7 8
PSYCHOLOGIE, PHYSICIEN ET TECHNICIEN MEDICAUX EN PROTONTHÉRAPIE

9 10 11
Recherche
TROUBLES PSYCHOLOGIQUES DANS LES CANCERS INOPÉRABLES DU POUMON

LE TAMOXIFÈNE AUGMENTE-T-IL LE RISQUE DE DEPRESSION ?

LE BURN-OUT DES RADIOTHÉRAPEUTES

12 13 14
Vie de l'association
EUROCANCER-COMPTE RENDU

LE DIT, L'ÉCRIT ET L'ENTENDU

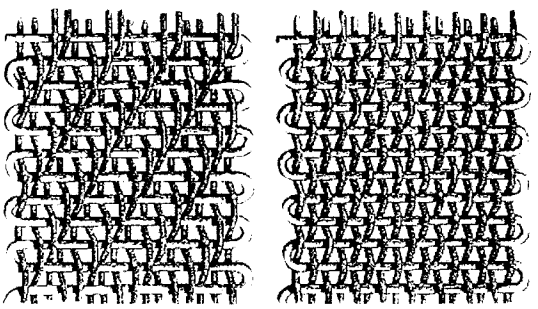
Notes de Lecture
VÉGÉTAL

16
Nouveaux adhérents

Psycho-oncologie et « soins de support »

Par P. Saltel*

« Rien n'est plus invincible que ce qui n'existe pas... »
C. Rosset - « L'anti-nature »



Soiries lyonnaises (trame)

Au cours de l'année 2001 un groupe réunissant plusieurs cancérologues, anesthésistes, psycho-oncologues, spécialistes de Soins palliatifs, de la Douleur et assistantes sociales appartenant à différents Centres de Lutte Contre le Cancer, a réfléchi à la possibilité d'une organisation institutionnelle nouvelle. Celle-ci pourrait permettre de mieux répondre, tant aux besoins des malades et des familles qu'aux évolutions rapides du système de santé français qui privilégie les soins ambulatoires, réduit de plus en plus la durée des séjours hospitaliers et ainsi change nos rythmes, exige que nous nous organisions en réseaux. Il s'agissait donc d'esquisser un "cahier des charges" pouvant faciliter l'insertion dans les projets d'établissements et les contrats d'objectifs (ARH , CRAM...), d'actions relevant de ces domaines proches et qui, spécificité de la cancérologie, doivent intervenir tôt dans l'évolution de la prise en charge.

D'autre part les derniers cadres juridiques, comme par exemple la nouvelle loi circulaire DGOS du 19 février 2002, insistent sur la nécessité de créer des structures de coordination pour les réseaux de soins palliatifs (financements spécifiques prévus).

Le concept de "Soins de Support" c'est-à-dire "l'ensemble des soins et du soutien nécessaire aux personnes atteintes de cancer parallèlement aux traitements spécifiques" (Définition de la M.A.S.C.C. - 1990) répondant en fait, aux exigences de "Soins continus" définis comme "soins appliqués tout au long de la maladie, quels que soient son stade et son issue, de façon continue et coordonnée par une même équipe ou des équipes différentes", constituait le cadre de cette réflexion.

La Psycho-oncologie, quels que soient ses lieux d'action, est donc ainsi interpellée tant à propos de la discussion de ses objectifs prioritaires que du mode de participation à la dynamique de pluridisciplinarité qu'implique plus particulièrement le travail en Cancérologie.

Un constat critique des modes de fonctionnement les plus habituels a été fait :

1- Les divers intervenants du champ psycho-social, se situent le plus souvent en quelque sorte en "aval" comme "prestataires de service" pour le cancérologue et/ou l'équipe de cancérologie ce qui aboutit toujours peu ou prou à des processus de sélection des patients ou des problèmes, tant de la part des "demandeurs" que, pour ce qui nous concerne, des psycho-oncologues qui risquent de privilégier au sein d'un "flux" d'appels souvent hétérogènes, le profil, la situation quand ce n'est pas le "demandeur" qui leur assure une certaine efficacité... Ainsi de nombreux patients sont exclus de la prise en compte de leurs besoins !

2- Les moyens attribués au système de santé seront, dans le futur et sans dramatiser, caractérisés par une pénurie évidente en personnels et en structures, au moins pour un temps. C'est une révolution culturelle pour nous tous. Les concepts de "soin global" et de "soin continu" n'ont de sens que si on recourt à une démarche en "réseau", à un maillage par les différents intervenants permettant de prendre en compte l'ensemble des facteurs déterminants, des contraintes mais aussi des moyens et assumer la nécessaire proximité, l'abord de la dimension familiale, la complexité des soins...

3- Une meilleure "éducation du public" est nécessaire, consommateurs non avertis, "usagers" terme de la nouvelle loi dite de "modernisation sociale", le patient et ses proches s'exposent à bien des frustrations... et insatisfactions ! Une évaluation systématisée des dimensions psychologiques, sociales permet d'anticiper et de prévenir les difficultés prévisibles. Le cadre d'un "contrat" devrait pouvoir être établi : que proposent les soignants ? Que peuvent-ils assurer ? Et expliciter bien sûr assez tôt ce qu'ils ne font pas ! Certes on n'est plus alors dans le domaine du Don, ni de la

CONGRÈS

▶ ***19 septembre 2002, AVIGNON, Palais des Papes***
Pré-congrès de la Société Française de Psycho-Oncologie : " Les formations relationnelles en psycho-oncologie : avantages et bénéfices pour les malades et les institutions "
Centre de Congrès Palais des Papes
Renseignements et inscriptions : Dr Robert FRESCO – Tél. 04 91 62 34 33, Fax 04 91 50 58 02, email : robert.fresco@free.fr

▶ ***Du 19 au 21 septembre 2002, AVIGNON, Palais des Papes***
XIXe congrès de la Société Française de Psycho-Oncologie : " Cancers et Sociétés "
Centre de Congrès Palais des Papes
Renseignements et inscriptions : R.M.G. Mme Cabaret, 6, rue Pente Rapide, 84000 Avignon, Tél. 04 90 27 50 57, Fax 04 90 27 50 58

FORMATIONS

▶ ***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 email : martine.bosserelle@reims.fnclcc.fr

▶ ***D.U. de Psycho-Oncologie,***
Centre Oscar Lambret (sous l'égide de la Faculté de Médecine) – LILLE
Renseignements : Dr M. Reich, Centre Oscar Lambret, Tél. 03 20 62 68 53, email : depfrnc@univ-lille2.fr

▶ ***Certificat et Master Éthique et Fin de Vie***
" Soins palliatifs et thanatologie " Début des cours en Novembre 2002
Renseignements et inscriptions : Institut Universitaire Kurt Bösch – Soins Palliatifs et Thanatologie, CP 4176, CH 1950 Sion 4 (Suisse), Tél 41 27 205 73 00, Fax 41 27 205 73 01, email : spt@iukb.ch

▶ ***Formation et sensibilisation relationnelle en psycho-oncologie réservée aux médecins, Paris : 10, 11 octobre et 5, 6 décembre 2002***
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 05 64, Fax : 01 45 84 66 82

▶ ***Formation et sensibilisation relationnelle en psycho-oncologie, Paris : 24, 25, 26 janvier – 21, 22, 23 mars – 23, 24, 25 mai 2002***
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 05 64, 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, 2001/2002***
Renseignements et inscriptions :
Mme Pascale Van Vaeck
Tél. 01 56 09 33 71, Fax 01 56 09 31 46, e-mail : silla.consoli@egp.ap-hop-paris.fr

Dette, et bien sûr ceci ne va pas sans le fantasme d'une certaine prolétarisation des soignants, face à des "usagers"...

4- Enfin, en systématisant des interventions en synergie entre les différents acteurs du soin, il importe de limiter les risques de "clivage", d'oppositions permettant à chacun des "spécialistes" d'auto-justifier ses propres pratiques... La confrontation (quotidienne) des pratiques, des besoins dans leur diversité, contraint à une plus juste hiérarchisation de l'urgence et de l'importance relative des diverses actions ou projets, appelle à une collaboration de chacun des acteurs et inscrit les décisions dans une véritable continuité, permettant de mieux anticiper sur les étapes ultérieures..

5- Il est habituel de souligner la difficulté des procédures d'Évaluation dans le domaine des "Soins de Support", en particulier quant à l'efficacité des démarches. Elles sont cependant indispensables pour justifier les moyens... Le seul exposé des objectifs, sans réelle connaissance des besoins et des stratégies les plus utiles, ne peut qu'enfermer ces pratiques dans un "sous développement" durable.

6- "Last but not least", les "Soins de Support" participent à l'élaboration et à l'analyse de la "trajectoire" des patients, ce qui devient une nécessité pour les institutions de "court séjour" ...

L'enjeu essentiel est donc bien de tendre à assurer à chaque malade, assez tôt dans sa "trajectoire" de patient, des contacts "pluri-professionnels", indispensables pour permettre que soit prise en compte la diversité de ses besoins. Mais, et c'est tout aussi décisif, de faire que chaque infirmière, chaque médecin reste investi, partenaire de la prise en charge au long de toutes les étapes de la maladie. Le patient et sa famille quant à eux, aujourd'hui, doivent "accepter" une organisation du traitement qui est discontinue mais coordonnée, articulée. La prise en compte des besoins n'est pas complètement prise en charge, mais plutôt aide à la décision, aux choix et orientation en fonction des préférences et possibilités...

Le principe d'un nouveau type de département médical réunissant les différentes unités que l'on rencontre dans la plupart des établissements de cancérologie, c'est-à-dire Unité de traitement de la Douleur, Unité de "Soins Palliatifs", Unité de Psycho-oncologie, Accompagnement social mais aussi éventuellement Accueil des Urgences, Nutrition, Coordination des soins à domicile, est apparu au groupe de travail comme une modalité efficace de coordination et de meilleure "lisibilité".

En effet, d'une mise en commun des moyens (locaux, secrétariats, acteurs "bi-appartenants"...) mais surtout d'une pluridisciplinarité effective, mais sans confusion des rôles et/ou des unités, étendue au sein de ce champ des Soins de Support et donc pas seulement aux discussions diagnostiques et des protocoles thérapeutiques, on peut attendre un développement mobilisateur conduisant à l'émergence d'une connaissance, de pratiques, en phase avec les besoins actuels. Chacun, dans son propre cadre de référence, peine à répondre à la multiplicité des situations, à appréhender les rapides changements des modalités de soins et de l'environnement social (société multi-culturelle, précarité).

Les équipes qui, dès à présent, travaillent avec cette volonté d'intégration et de synergie des actions, même si la création d'un département "Soins de Support" pour lequel le groupe propose la dénomination "DISS-PO"(Département Interdisciplinaire de Soins de Support au Patient en Oncologie) n'est pas encore aboutie, témoignent de ce qu'en effet, outre une meilleure efficacité dans leur travail quotidien grâce à la coordination des interventions, la communication de données plus rapidement pertinentes, c'est bien la dimension de "compagnonnage", de formation réciproque qui affine et développe à l'évidence la compétence de chacun.

Comme notre pratique se fait dans une nécessaire "ouverture" sur l'extra-hospitalier, avec le souci d'organiser la prise en charge au plus près du domicile, en fait, bien souvent, la principale difficulté rencontrée participe d'une dimension de "rythme" : il est extrêmement délicat d'accompagner les étapes de prise de conscience, d'information, d'expression des choix, alors que le patient va et vient entre plusieurs lieux et différents soignants. La structure en département veut répondre à la complexité d'une telle mise en harmonie ; elle représente pour toutes les parties un cadre légitime, incarné, de partage et de confrontation et elle témoigne de l'importance accordée par l'institution à cette composante du travail.

Socrate, nous dit Cicéron (Tusculanes V,10) "fit descendre du ciel la philosophie, l'installa dans nos villes, l'introduisit même dans nos maisons...", il est nécessaire que la psycho-oncologie s'inscrive dans une pratique qui soit en phase avec de tels changements.

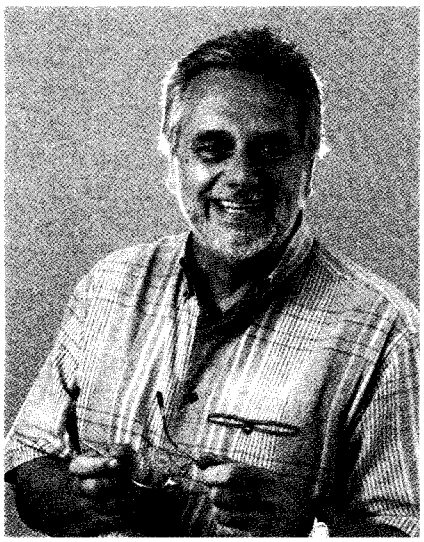
Certes, ses missions sont diverses et ne se limitent pas à un tel "accompagnement", mais son rôle dans le recueil des données nécessaires à l'élaboration d'un projet de soin adapté, dans l'aide à la décision tant auprès des patients, des proches que des soignants et dans le soutien apporté à des moments plus particulièrement éprouvants, constitue un fondement principal de sa place. Son appartenance "instituée" à ce type de département, au moins par des acteurs bi-appartenants nous paraît essentielle, évitant les vertiges des "Pourquoi" elle nous conduira à une meilleure connaissance des "Comment"...

R.L. Stevenson, qui à la fin du XIXe siècle, traversa mes montagnes natales au cours du "Voyage avec un âne dans les Cévennes" et en fut ébloui, rapportait l'aphorisme suivant : "Il vaut mieux voyager avec espoir, qu'arriver à destination...", mais pour nos patients atteints de cancer, demain, c'est souvent trop tard... Quant à l'ânesse, elle s'appelait "Modestine", modeste mais efficace ! ♦

* *Médecin psychiatre Unité de Psycho-oncologie Centre Léon Bérard - LYON*

Impact d'une première consultation sociale en cancérologie

J.M. Dilhuydy[1], M.H. Monira[1], N. Perrié[2], O. Frezet[3], G. Prince[3]
GRAMSA (Groupe de Recherche en Action Médico-Sociale en Aquitaine)
Institut Bergonié[1], CHU de Bordeaux[2], MSP Bagatelle[3]



J.M. Dilhuydy

La prise en charge sociale des patients traités en cancérologie revêt une dimension aussi importante que le soutien psychologique et la prise en charge médico-technique proprement dite par l'impact qu'elle peut avoir sur les conditions de vie du patient et de son entourage. Le patient et sa famille peuvent être confrontés à une éventuelle désinsertion sociale et professionnelle liée à une diminution des ressources financières, facilitée par une société en mutation socio-économique où les acquis sociaux sont remis régulièrement en question.

L'aide sociale apportée par l'assistante sociale semble primordiale. Cette problématique n'est pas toujours prise en compte et n'a jamais fait l'objet d'une évaluation systématique pour en connaître toutes les caractéristiques.

Quels sont les domaines de l'action sociale ? Existe-t-il un décalage entre les demandes formulées par les patients et les problèmes réels identifiés par le service social ? Le retard à la consultation sociale par rapport au diagnostic médical a t-il des conséquences délétères sur le traitement social ? Une consultation sociale inaugurale doit-elle être organisée de principe ?

Pour répondre à ces questions nous avons évalué cette première consultation sociale en institution sans préjuger d'autres consultations possibles près du domicile du patient auprès d'une cohorte de 200 personnes traitées pour un cancer sur une période de 3 mois (dans 45 cas la consultation a été dédiée à un membre de la famille en raison du décès du patient le jour de la consultation sociale). Une grille d'investigation a été établie à partir de l'observation quotidienne des situations sociales ; elle collige tous les domaines possibles qui peuvent entraîner des problèmes particuliers : domaine administratif, professionnel, familial et éducatif, juridique, financier, domaine concernant le logement, médico-social qui intègre l'aide au retour à domicile ou l'orientation vers d'autres structures de soins de suite et de réadaptation avec les conséquences psychologiques provoquées par la rupture du projet de vie. La nécessité d'une organisation de relais a été également identifiée.

Aucun patient n'a bénéficié d'une consultation sociale systématique ; 61,5 % des patients sont adressés par un professionnel de santé pour répondre à une demande ; 35 % se présentent spontanément. 3,5 % sont orientés par un tiers non professionnel.

Le délai entre la première consultation sociale et le diagnostic médical a permis de définir 4 groupes : 73 patients ont bénéficié d'une consultation sociale dans un délai inférieur ou égal à 3 mois ; 42 dans un délai de 3 à 12 mois ; 54 dans un délai de 1 à 5 ans ; 27 dans un délai supérieur à 5 ans.

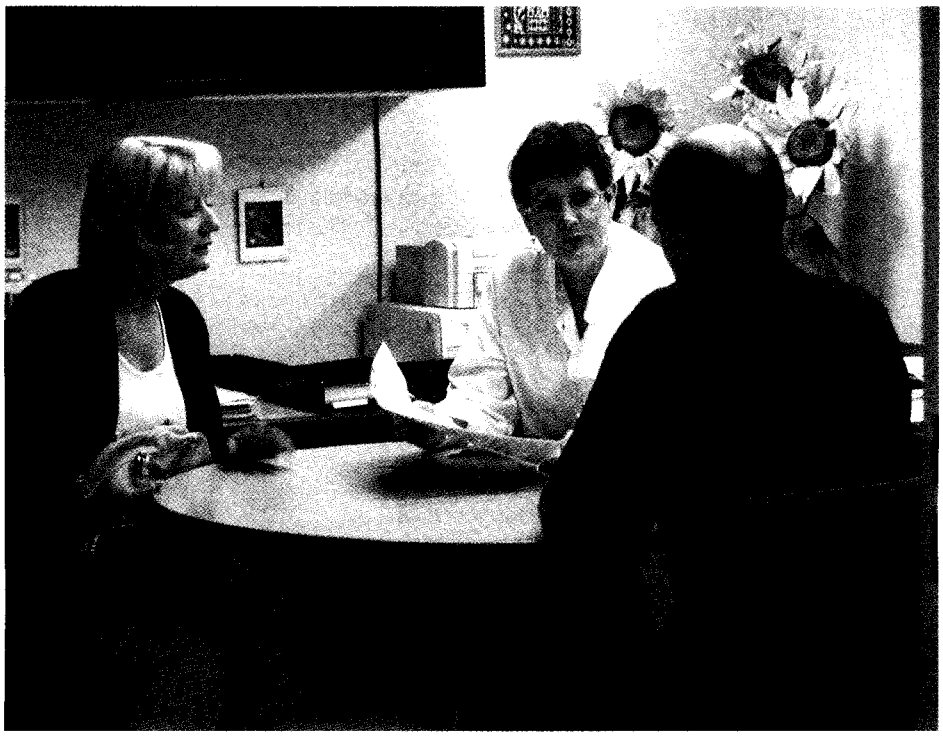
Parmi les motifs de recours à la consultation sociale, on note une nette prédominance des domaines médico-sociaux (47,5 %) et administratifs (44 %) ; dans le domaine médico-social 61 % des demandes sont liées à une orientation vers une autre structure et 40 % à l'organisation du retour à domicile.

Il n'existe pas de différence dans les demandes selon le type de cancer bien que les problèmes professionnels soient évoqués plus souvent chez les patients non métastatiques (9,5 %) que chez les patients avec une maladie évoluée (1,4 %).

Avec l'allongement du délai entre la consultation médicale et la consultation sociale on note une augmentation des demandes sur le plan juridique.

Il existe un net décalage entre les demandes formulées par les patients et les difficultés évaluées par l'assistante sociale. Les difficultés administratives (86 %), psychosociales (53 %), médico-sociales (50 %), financières (43 %), juridiques (25,9 %) sont bien plus nombreuses que les demandes spontanées. Parmi les patients non-demandeurs pour tel ou tel domaine, l'assistante sociale met en lumière de nombreuses difficultés non exprimées, administratives dans 76 % des cas, financières dans 37 %, d'ordre juridique dans 21 %. Ce décalage reste constant quelle que soit la localisation tumorale.

On observe des différences évidentes entres les femmes et les hommes. Les difficultés pour un retour à domicile sont plus importantes pour les patientes : 55,5 % versus 38,1 % ; elles affrontent en effet de plus grandes difficultés d'ordre familial : 18,2 % versus 7.9 %. Cette notion est encore plus prononcée pour les patientes avec un ou



plusieurs enfants à charge (41,6 %). Le retard à la consultation sociale entraîne toujours une majoration des difficultés sur le plan juridique.

Dans le sous-groupe des patients décédés le jour de la consultation sociale, les membres de la famille ont rencontré de façon quasi-constante des difficultés d'ordre administratif (94 %). Les difficultés d'ordre psychosocial (85 %) ou juridique (69 %) sont nettement plus importantes que pour les patients en cours de traitement médical (68,9 % et 12,9 %).

L'action sociale engagée est ciblée et isolée dans 66 % des cas et nécessite dans 34 % des cas des interventions multiples. La mise en place d'un partenariat est nécessaire dans 65 % des cas en moyenne quel que soit le domaine d'intervention, le statut métastatique ou non du patient, le retard à la consultation sociale. Ce partenariat nécessaire en raison de la complexité des situations, implique un seul relais dans 70 % des cas et des relais multiples dans 30 % : relais médicaux (8 %), sociaux (13 %), associatifs (5,5 %), administratifs (73,5 %). Les relais administratifs concernent les mairies, les différentes administrations, les caisses de sécurité sociale, les différentes structures d'accueil (soins de suite et de réadaptation, unités de soins palliatifs, maisons de retraite, etc.). Quel que soit le délai de la consultation sociale, les domaines administratif, financier, médico-sociaux et psychosociaux ont un poids constant ; la problématique juridique devient de plus en plus prégnante avec l'augmentation de ce délai.

Le rôle primordial de la réinsertion sociale et professionnelle des patients guéris ou stabilisés a été souligné par de nombreux auteurs.

La littérature anglo-saxonne évoque plus le soutien psychosocial que le soutien social proprement dit en insistant sur l'aide psychologique apportée par la psychothérapie, les interventions d'information, de conseils et d'éducation, la place actuelle très spécifique des groupes de parole.

Dans les échelles de qualité de vie en recherche clinique, il existe bien une prise en compte d'une dimension sociale de la maladie à côté des dimensions physiques et psychologiques. Les échelles génériques et spécifiques comportent toutes une dimension sociale, dans le sens, certes limité, du soutien ou de l'isolement social avec pour les questionnaires QLQ-C30 et FLIC une dimension concernant la limitation possible ou l'impossibilité d'une activité professionnelle. Il n'existe pas d'étude sur une réelle évaluation de l'action sociale avec des indicateurs précis spécifiques, telle qu'elle doit être organisée au quotidien, avec ses multiples facettes et ses actions pragmatiques au bénéfice du patient et de sa famille.

De cette étude nous avons retenu essentiellement la prédominance des problèmes administratifs et des problèmes soulevés par l'organisation du retour à domicile ou de l'orientation vers des structures de soins adaptés, liées au degré de dépendance du patient et aussi à l'intensité de l'épuisement de son entourage. Ces priorités occultent de fait d'autres difficultés d'ordre financier, éducatif, juridique, etc., qui vont émerger au décours de l'entretien social, ce qui explique le net décalage entre les demandes des patients et l'identification des problèmes par le service social. Ces difficultés médico-sociales sont plus fréquentes chez les femmes car elles vont retrouver leurs charges

habituelles au sein d'un foyer mono- ou bi-parental qu'elles ne peuvent assumer complètement.

Chez les patients non métastatiques en âge de travailler, on observe plus de demandes liées à la réinsertion professionnelle qui doit être rapidement prise en compte pour éviter le risque d'une perte d'emploi. Les patients métastatiques présentent de nombreuses difficultés d'ordre administratif, juridique, psychosocial avec un retour à domicile plus difficile à organiser en raison des handicaps souvent majeurs qui nécessitent l'aide d'une tierce personne ou des soins en milieu spécialisé.

Dans le sous-groupe des patients décédés, les familles sont confrontées à des difficultés administratives et juridiques en raison des démarches à faire après le décès et des problèmes d'assurance et de succession qui restent à éclaircir et à résoudre rapidement. Les difficultés psychosociales liées au vécu du deuil ne peuvent être ignorées.

Si l'action sociale peut être ponctuelle, elle nécessite la plupart du temps des actions multiples qui obligent l'assistante sociale à organiser le traitement social au-delà de la première consultation sociale. Des relais deviennent de plus en plus nécessaires en raison d'une durée d'hospitalisation de plus en plus courte. Ces relais multiples impliquent un travail en réseau avec d'autres collaborateurs et d'autres organismes ou structures.

Dans notre étude, on peut remarquer qu'il n'y a pas eu de saisie systématique du service social : si 118 patients ont été adressés dans l'année du diagnostic de la maladie, 54 l'ont été 1 à 5 ans après et 28 après 5 ans. La pratique d'une consultation systématique est-elle souhaitable et à quel moment dans le parcours thérapeutique ?

Au fil du temps, avec un retard au diagnostic social, les difficultés sont plus difficiles à évaluer et à traiter. Les problèmes juridiques et les problèmes d'assurance restés latents se complexifient. Une solution rapide voire préventive aurait permis aux patients d'éviter d'entrer dans un dédale de démarches administratives difficile à appréhender. Nous pensons que cette consultation sociale doit être plus systématique et la plus précoce possible pour apporter une offre de service et réaliser un repérage rapide des situations à risques et mener ainsi des actions préventives avec des relais adéquats.

Cette consultation sociale systématique pourrait être proposée à des périodes reconnues comme particulièrement critiques pour le patient afin de l'accompagner socialement soit après le diagnostic soit en début de traitement. Le suivi social au cours des différentes étapes du traitement et pendant sa surveillance peut être aussi très utile car c'est souvent à ce moment que se posent les problèmes dits "périphériques" difficiles à accepter. Deux semaines après le retour à domicile l'équipe de Van Harteveld a noté que 93 % des patients présentent des problèmes de réinsertion physique et des problèmes psychologiques relationnels avec leurs proches ; 70 % ont besoin d'informations supplémentaires, 47 % d'un soutien émotionnel, 40 % de conseils pour régler leurs problèmes sociaux. Les patients les plus demandeurs sont les plus âgés, ceux qui n'ont pas de soutien social naturel et ceux dont le diagnostic remonte à moins de 6 mois.

Nous pouvons envisager aussi dans une perspective d'efficacité comme certaines équipes d'infirmières et de travailleurs sociaux aux États-Unis, un suivi téléphonique après le retour à domicile, suivi périodique personnalisé pré-enregistré pour identifier les difficultés des patients. Le suivi téléphonique pré-enregistré comporte des questions multiples sur tous les problèmes que peuvent rencontrer les patients. Ces derniers font part de leurs difficultés qui vont se résoudre soit par une réponse téléphonique adaptée soit par un contact direct avec le service médico-social.

La prise en charge globale du patient implique une prise en charge sociale dans le respect de son projet de vie avec une orientation autant préventive qu'éducative pour lui permettre une réinsertion précoce, retrouver son autonomie et éviter ainsi l'installation d'une véritable "gangrène sociale" qui mettrait en jeu sa qualité de vie et celle de ses proches. Une consultation sociale systématique et précoce doit être instaurée pour faciliter la résolution de problèmes souvent difficiles qui vont se complexifier au fil du temps.

Cette première consultation sociale doit être suivie d'autres consultations si nécessaire au cours des différentes étapes du traitement et de la surveillance. Il serait souhaitable que l'aide psychosociale soit confortée par un abord interdisciplinaire associant plus systématiquement assistante sociale, cancérologue, psychologue, psychiatre si nécessaire.

Il ne faut pas oublier que demain "les services de santé seront structurés en fonction des services rendus aux consommateurs de plus en plus informés et avertis".

L'organisation de la réinsertion est appelée à connaître un développement considérable ; dès aujourd'hui elle est prise en compte dans la démarche d'accréditation des structures hospitalières.♦

Références

Dilhuydy JM, Monira MH, Perrié N, Frezet O, Prince G. Évaluation d'une première consultation sociale en cancérologie à propos de 200 situations. Bull Cancer 2000 ; 87 : 348-54.

Majnoni D'Intignano B. La protection sociale. De Fallois, Paris, Le Livre de Poche, 1993, 1997 : 287 p.

Martin J. Le patient de demain et ses relations avec les professionnels de santé. Méd Hyg 1997 ; 55 : 2101-5

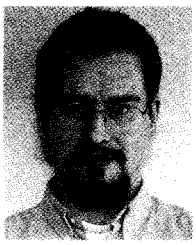
Mosse P. Le lit de Procuste. L'hôpital : impératifs économiques et missions sociales. Eres, Ramonville Saint-Agne, 1997, 163 p.

Sorensen M, Liu ET. With a different voice: integrating the psycho-social perspective into routine oncology care. Brest Cancer Res Treat 1995 ; 35 : 39-42.

Van Harteveld JT, Missiaen PJ, Dukkers van Emden DM. Home visits by communauty nurses for cancer patients after discharge pour hospital: an evaluation study of the continuity visit. Cancer Nurs 1997 ; 20 : 105-14.

Psychologie, Physicien et Technicien médicaux en protonthérapie

Interview de R. Ferrand et S. Meyroneinc par G. Noël



G. Noël, CPO
Radiothérapeute

R. Ferrand, CPO
Physicien

S. Meyroneinc, CPO
Ingénieur en chef

Centre de Protonthérapie, BP 65, 91402 Orsay cedex, France

Le centre de protonthérapie d'Orsay (CPO) est un centre hospitalier de jour qui traite des patients atteints principalement de mélanomes oculaires et de tumeurs rares de la base du crâne. Du fait de la haute technicité des traitements effectués au CPO et la spécificité du site, il nous a paru intéressant de connaître la réflexion psychologique d'un physicien, Régis Ferrand, et de l'ingénieur en chef Samuel Meyroneinc, inhérente à leurs activités.

Q : Quelles sont vos fonctions au sein du CPO ?

RF : J'ai deux rôles : celle de physicien médical (routine clinique, suivi et calcul des dossiers, dosimétrie) et celle d'ingénieur et responsable du développement technique.

SM : Je suis le responsable d'une équipe technique qui a deux missions : maintenir en état fonctionnel le synchrocyclotron délivrant le faisceau et développer et entretenir les systèmes utilisés dans les salles de traitement : mécanique, automatique, robotique, informatique, électronique, ...

Q : Quelles approches psychologiques vivez-vous dans votre activité ?

RF : Il y a deux approches possibles, celle concernant le patient et celle plus personnelle liée à mon activité de physicien.

SM : Être acteur médical aujourd'hui est donc d'abord un motif de sain accomplissement. Cependant, en tant que technicien, je tiens à rester un "acteur de l'ombre" vis à vis du patient.

Q : GN à SM : Pouvez-vous préciser ce qualificatif "acteur de l'ombre" ?

SM : J'estime que ma relation au patient ne peut et ne doit être directe. J'ai pour mission de mettre à disposition des systèmes fonctionnels. Le patient doit donc être, de ce point de vue, traité en tant que dossier, c'est à dire être ramené à des données rationnelles, en faisant totalement abstraction de l'individu lié à ce dossier.

Q : GN à SM : Quels sont le(s) argument(s) qui vous pousse(nt) à faire abstraction de l'individu ?

SM : J'estime que la performance du traitement en termes de données physiques ne peut être qu'altérée si le technicien a en considération des facteurs émotionnels en rapport avec le patient. Je pense que le mécanicien n'a pas à être responsabilisé sentimentalement sur le travail à réaliser. En l'occurrence, j'ai senti, chez certains mécaniciens, une gêne, voire une angoisse, à faire ce travail quand ils se sentaient directement impliqués dans la réussite du traitement.

Q : GN à RF : L'information du patient est-elle facile dans un centre où la technicité est si importante ?

RF : Les traitements au CPO sont des traitements d'une très haute technicité, réservés à un nombre de patients sélectionnés pour lesquels un bénéfice curatif est presque toujours attendu. Ces patients sont particulièrement bien informés : d'une part parce que les patients rentrent souvent dans le cadre d'un protocole régi par la loi Huriet. D'autre part, parce que la procédure et le traitement qu'ils suivent sont si spécifiques qu'une information exhaustive est nécessaire pour obtenir une bonne implication du patient. De plus, les patients sont eux-mêmes particulièrement curieux vis à vis de ce traitement "rare".

Q : GN à RF : Du fait de cette information donnée ou recherchée, le contact avec le patient est-il plus aisé ?

RF : Le contact avec le patient est donc facilité par ce contexte :

- Comme nous avons, nous aussi, la conviction d'un bénéfice potentiel du traitement, nous pouvons leur faire partager cet espoir de guérison et par-là même installer les patients dans de bonnes dispositions psychologiques pour la suite de la procédure.
- Comme le traitement est d'une grande précision et requiert une coopération importante du patient, il est important que celui-ci comprenne parfaitement le déroulement des étapes. Une explication technique détaillée est donc le plus souvent nécessaire avec un effet bénéfique sur la coopération du patient.

Q : GN à SM : N'y a-t-il pas une volonté de vous protéger devant la souffrance humaine alors que vous êtes constamment en relation avec des machines sans "âme" ?

SM : Il est vrai aussi que personnellement je ressens une incapacité à supporter la réalité même du patient en tant que personne humaine, dans sa douleur, dans son angoisse. Les cas traités dans notre centre sont, à mon sens, des pathologies très lourdes. Je ne me sens pas prêt à accepter une telle réalité et surtout une telle démarche serait sans aucune incidence positive sur la prestation que je dois apporter. Il est vrai que nos machines sont sans "âme" ; néanmoins le travail au quotidien reste un travail d'équipe, obligatoirement humain.

Q : GN à SM : Mais devant une panne de machine, est-ce le technicien qui vous pousse à donner le meilleur, ou y-a-t-il un facteur "patient" qui peut jouer un rôle ?

SM : ces deux facteurs s'ajoutent : d'abord l'envie de remplir sa mission en remettant l'installation fonctionnelle, et puis bien sûr le facteur "patient" qui est implicite, humain. Dans ces moments-là, je sens les membres de l'équipe "transfigurés", chacun l'exprimant à sa manière.

Q : GN à RF : Il est souvent souligné la difficulté d'associer une haute technicité d'un traitement et des relations faciles avec le patient, voire une

opposition entre une technicité importante et une approche psychologique positive, quelle est votre opinion ?

RF : Je pense qu'il n'y a pas d'opposition, au contraire il y a souvent un effet positif de la technologie omniprésente. Deux réactions sont généralement constatées : d'une part, une certaine confiance à l'égard de tant de technologie ("c'est le progrès"), d'autre part, en particulier de la part des patients ayant un niveau scientifique leur permettant d'appréhender certains aspects, une curiosité "positive", avec la satisfaction de comprendre l'intérêt de ce traitement et les paramètres qui influent sur celui-ci.

Q : GN à RF: À l'opposé de certains physiciens de centres de radiothérapie classique vous êtes présents auprès du patient, principalement en salle de traitement. Comment jugez-vous votre rôle ?

RF : Notre rôle auprès du patient est d'abord celui d'un référent technique qui vient compléter l'avis médical du médecin, référent qui va prendre un rôle important au fur et à mesure de nos interventions dans la salle de traitement. Il faut d'ailleurs noter qu'en protonthérapie, de part la plus haute technicité, l'intervention du physicien est bien plus importante qu'en radiothérapie classique.

Q : GN à SM : Pensez-vous donc qu'il y a nécessairement un hiatus entre la technologie et la médecine, qu'une médecine "humaine" ne peut pas être technologique ?

SM : La médecine est une "discipline" entre humains. La technologie n'est qu'un moyen parfois utilisé en médecine. Le hiatus peut effectivement naître si on considère la technologie comme une fin en soi ou si l'on juge de la pertinence d'un traitement à la sophistication technologique mise en jeu.

Q : GN à RF : Quels sont les sujets d'inquiétude que vous rencontrez le plus souvent dans les propos des patients face à une telle technique ?

RF : Paradoxalement, les patients ne sont pas tellement inquiets de la technique elle-même sans doute parce que nous essayons de leur expliquer le maximum de choses (la peur vient souvent de l'inconnu) et parce que d'autre part la protonthérapie n'est plus considérée comme une technique "expérimentale" à hauts risques. Certains patients, particulièrement angoissés lors de leur première venue au CPO, ont tous été rassurés par une visite complète du centre (accélérateur, lignes de faisceaux, salles de dosimétrie), leur montrant un "envers du décor" rassurant. Leur inquiétude vient principalement des résultats du traitement lui-même car ils ont conscience de la complexité de leur cas et des éventuels risques ou compromis qui sont faits.

Q : GN à SM : Comment jugez-vous vos actions sans cette relation directe avec le patient ?

SM : N'étant pas soumis au devoir de rencontre avec le patient, mes actions pour faciliter son traitement ne sont qu'indirectes : améliorer la qualité du traitement, diminuer le temps de traitement, accélérer les temps des réparations, optimiser le confort du traitement. Lors de mon éventuelle rencontre avec le patient, je vais me limiter à la politesse, à la courtoisie. J'estime que le patient a dans l'établissement suffisamment d'interlocuteurs, en premier lieu le médecin mais aussi les manipulateurs, les secrétaires voire les physiciens. Je sais que la relation "patient-médecin" est fondamentale dans tout traitement. Une intervention du technicien ne peut à mon sens que brouiller les pistes pour le patient. Il arrive cependant que je sois sollicité pour donner des explications sur certains aspects techniques ou scientifiques. Dans ce cas, mon sentiment est ambivalent. D'un côté, il y a une certaine fierté de pouvoir exposer mon travail voire même d'aider le patient à assimiler le traitement (à mieux vivre, à accepter ?), en donnant une dimension humaine au mot "faisceau" ou "accélérateur". D'un autre point de vue, je culpabilise d'entrer dans le jeu d'une vision hyper techno-scientifique de la médecine qui ramène la maladie à une problématique scientifique d'autant plus "guérissable" que l'arsenal technologique est puissant et moderne.

Q : GN à RF : Comment rassurez-vous les patients ?

RF : Rassurer, expliquer sont donc des actions essentielles pour le physicien au CPO. La première démarche consiste à expliquer, tout en montrant la complexité de l'installation et du traitement, que cette débauche de moyens et de compétences ne se fait que parce qu'il y a un véritable espoir d'efficacité. C'est généralement un argument massue car particulièrement vrai : dans la sélection des patients pour la protonthérapie, dans l'énergie investie par le personnel pour résoudre mille petits problèmes afin que la qualité de traitement soit optimale, tout est fait pour que la protonthérapie apporte un réel bénéfice. La deuxième consiste à expliquer l'influence de tel ou tel paramètre sur la qualité du traitement. La troisième consiste à faire prendre conscience au patient de son rôle actif et non passif dans le traitement : par son attitude durant la mise en place (détendu, relâché...), par sa participation (signaler tout souci, toute interrogation, aider le personnel à enfiler une contention par exemple...).

Q : GN à SF : Comment voyez-vous le patient "idéal" ?

SM : Finalement le patient qui m'intéresse le plus, celui pour lequel je réclame le plus de contact, d'échange, c'est le "patient inconnu" ; ce patient moyenné, issu des statistiques médicales, qui me dit en termes compréhensibles dans combien de % de cas il s'en est sorti et comment. Quelle a été la plus-value du traitement par rapport à ce que l'on pourrait lui proposer autrement ! C'est par exemple, de lui que je serais prêt à entendre une remise en cause du traitement auquel j'ai participé.

Q : GN à SM : Pensez-vous que votre retrait face au patient est une situation personnelle ou générale parmi les personnes du service technique?

SM : Certains sont plus demandeurs que moi en contacts ou en discussions. De manière générale j'incite les membres de mon équipe à aller voir la réalité des traitements pour que tout le monde ait conscience des contraintes des utilisateurs, du fonctionnement des systèmes, des choses à améliorer ...

Q : GN à RF: Le médecin prend la décision finale d'accepter ou pas une dosimétrie, comment se déroulent les relations, et quelles en sont les spécificités ?

RF : La pression sur le médecin est accrue (difficulté du compromis) et affecte partiellement le physicien : doutes sur la validité de la dosimétrie prévisionnelle où l'ordre de grandeur est le plus souvent le millimètre, doute sur l'adéquation parfaite entre la réalisation du traitement et la dosimétrie calculée.

Au CPO, nos tolérances de traitement sont très faibles (< 1 mm pour la mise en place). On a donc clairement conscience de la responsabilité de l'avis dosimétrique, pendant de l'avis clinique, pour obtenir le meilleur compromis possible. Cela induit une méfiance nécessaire à tous les niveaux de la procédure et donc une inquiétude intrinsèque.

En protonthérapie, la relation médecin-physicien est plus étroite car chacun est étroitement dépendant de l'autre : pour bien réaliser une dosimétrie, un physicien a besoin d'un contourage et d'un cahier des charges" (niveaux de doses, zones critiques, tolérances) extrêmement précis, ce qui met une pression considérable sur le médecin.

Dans l'autre sens, à cause notamment de la complexité des cas, de nombreux compromis sont nécessaires, bien sûr

décidés par le médecin qui doit alors s'investir en profondeur dans la dosimétrie.
C'est je crois une relation assez "intense" d'une grande richesse et qui apprend beaucoup (chacun devant s'impliquer dans le domaine de l'autre).

Q : GN à RF : Les faibles données de la littérature scientifique et les relations nécessairement limitées avec les confrères francophones connaissant cette technique ne sont pas faciles à vivre. Comment contournez-vous cette difficulté ?

RF : Ce stress est accentué par le deuxième point, lié au faible recul de la protonthérapie. On peut beaucoup moins qu'en radiothérapie classique se baser sur des résultats ou des procédures connues et rassurantes. Notre principal garde-fou reste encore l'expérience et les résultats cliniques qui nous rassurent sur la qualité de notre travail. Avec l'expérience, nous nous efforçons de standardiser un certain nombre de procédures pour des formes de tumeurs "classiques". Mais il est vrai qu'il faut au moins dans un tiers des cas improviser et là, le "flair" issu de l'expérience est essentiel. Nous pouvons également compter sur le partage d'expérience indispensable avec nos collègues de par le monde. Mais par exemple, certains compromis restent encore théoriques, le problème des marges d'incertitudes et de leur réel impact clinique sur la qualité du traitement est un problème très sensible : avons-nous raison de traiter avec une précision de 1 mm ?, en effet ceci allonge le temps de mise en place et diminue le nombre de patients que nous pouvons traiter.

Q : GN à SM : Comment gérez-vous les éventuelles difficultés psychologiques de votre équipe ?

SM : Pour avoir travaillé précédemment dans le privé, je trouve que les individus sont ici rarement dans une situation de "burn-out", c'est une conséquence probable du peu de liens entre la rétribution et le mérite. Quand les gens s'investissent fortement, ils savent qu'ils le font pour eux et sont donc prêts à assumer les efforts, la fatigue. L'écoute reste bien sûr la première priorité de la fonction d'encadrement, que ce soit au niveau collectif ou individuel. Ensuite, pour les cas individuels, je dirai qu'il faut agir au cas par cas : soit essayer d'améliorer l'environnement de l'individu, soit essayer de redonner une cohérence à ses objectifs, soit carrément lui amener de l' "oxygène", en le confrontant par exemple avec des intervenants extérieurs. Je fais cependant attention à mettre une limite à la "lecture" psychologique des individus car d'une part elle déborde très rapidement le cadre professionnel et aussi ... parce qu'on se trompe souvent !

Q : GN à SM : Pensez-vous qu'une relation plus importante de l'équipe technique avec le corps médical et paramédical soit un moyen de cohésion, de donner un sens à votre fonction ?

SM : La relation est primordiale dans le cas de notre centre. Pour un bon développement de notre thérapie chacun doit avoir connaissance de l'univers de l'autre, avec ses possibilités et ses contraintes. Etroite collaboration, sans toutefois tomber dans l' "esprit de famille" qui nuit à mon sens à l'efficacité de nos missions. La relation doit se rapprocher du style industriel "client-fournisseur" qui comporte des moments agréables mais aussi des moments de tension. Pour moi, le "sens" de la fonction, c'est d'abord cette cohérence des responsabilités. Ensuite l'affect, l'engagement pour la cause médicale, est une notion à beaucoup plus long terme, plus de l'ordre du choix de vie.

Q : GN à RF : Alors que l'on pourrait croire à une faible implication parce que vous travaillez sur des dossiers, vous sentez une certaine pression, comment l'expliquez-vous ?

RF : Une notion importante est celle d'une empathie accrue parce que l'investissement personnel pour traiter un dossier est important, parce que la responsabilité est lourde, parce qu'enfin nous sommes convaincus que "le jeu en vaut la chandelle". Alors que le dernier argument est le premier moteur de cette empathie, celle-ci s'accroît avec l'augmentation de l'investissement personnel, au fil d'une forme d'intimité qui se crée entre ce dossier sur lequel on passe beaucoup d'heures et nous-même.
L'investissement est tel que la motivation est à peu près maximale dans tous les cas, c'est à dire qu'on se "décarcassera" autant pour un dossier d'adulte qu'un dossier d'enfant. Même si bien sûr la sensibilité, vis à vis du dossier d'enfant, peut être différente, surtout quand on a soi-même des enfants et qu'un dossier pourrait être celui d'un des nôtres.

Q : GN : Quelle est alors à votre avis, la qualité principale que doit avoir un physicien d'un tel centre ?

RF : Une notion indissociable des précédentes est la motivation, à mon avis indispensable pour dépasser les difficultés liées à ces traitements difficiles et à cette technique complexe et encore en plein développement. C'est d'ailleurs une caractéristique de toutes les équipes ayant démarré un projet de protonthérapie : motivation au vu des caractéristiques intrinsèques de ce traitement et du bénéfice qu'on pense pouvoir en tirer en terme de soins, motivation car c'est un challenge technologique permanent pour faire face à la demande et améliorer sans cesse l'existant, motivation enfin parce que c'est une aventure humaine qui ne peut se construire sans certaines valeurs essentielles comme l'esprit d'équipe, la confiance mutuelle, l'investissement au service d'un collectif.

Q : GN à RF : Quelle(s) proposition(s) avez-vous pour diminuer cette tension liée au rôle que vous avez dans le centre ?

RF : Je crois que la tension est intrinsèque au type de traitements que l'on fait : ce sont des traitements à risques et nous mesurons tous (médecins bien sûr mais aussi physiciens, manipulateurs, techniciens, dosimétristes) la potentielle gravité d'une erreur, d'autant plus qu'on ne peut avoir en aucun cas une redondance totale sur un des maillons de la chaîne. Je crois que c'est l'expérience et la création d'une échelle de repères qui rassure : il est évident que certains traitements qui nous stressaient beaucoup il y encore deux ou trois ans sont aujourd'hui considérés comme une routine.

En revanche, je pense qu'il serait important d'avoir sinon un suivi du moins une certaine formation psychologique pour limiter l'impact de cette responsabilité et éviter surtout les démarches de culpabilisation et donc de perte de confiance en cas de faute, même mineure ("responsables mais pas coupables ?"). Tout au moins, est-il indispensable, pour chaque traitement en protonthérapie, de se dire que, quel que soit le résultat obtenu à chaque fois, on a donné le meilleur de soi-même.

Q : GN à SM : Comment imaginez-vous l'amélioration ou l'évolution des relations du service technique avec les médecins, physiciens et autres acteurs de traitement ?

SM : L'amélioration passe à mon sens par deux points : une meilleure connaissance du monde de l'autre (difficultés, réalités, possibilités, formulation du besoin), ce qui implique des discussions, des présentations mutuelles, ensuite une organisation où chacun à des responsabilités et des devoirs. À propos du ressenti de chacun dans cette activité, je trouve que les réunions générales de présentation des résultats par les médecins, d'écoute et de partage mutuels sont très importantes, c'est un vecteur d'amélioration tout à fait pertinent.

Recherche

Troubles psychologiques dans les cancers inopérables du poumon

Introduction :

L'annonce du diagnostic de cancer à un retentissement psychologique chez le patient et dans sa famille. Toutefois, l'importance de ces troubles psychologiques varient suivant divers facteurs, liés aux conséquences physiques de la maladie (douleur, mutilation etc.) et à l'angoisse provoquée par la peur de l'évolution. Cependant, la personnalité du patient mais aussi son environnement psychosocial jouent également un rôle important.

Le cancer du poumon non à petites cellules se caractérise par un pronostic particulièrement défavorable, notamment dans les cas inopérables. Les réactions des patients atteints de ce type de cancer sont peu connues. Une équipe japonaise a mené une analyse longitudinale de ces perturbations chez 120 patients atteints de cancer du poumon diagnostiqué entre 1996 et 98 dans un centre hospitalier spécialisé.

Patients et méthodes :

L'étude a porté sur une cohorte de 129 patients, âgés en moyenne de 68 ans et atteints de cancers non à petites cellules (NPCC), avancés, indemnes de métastase cérébrale et de tout trouble cognitif. Des spécialistes ont effectué l'interview des patients tous les 6 mois, la première d'entre elle était située entre l'annonce du diagnostic et le début du traitement. L'objectif de l'étude était d'analyser la fréquence des troubles psychologiques et de les analyser en fonction de facteurs démographiques, psychosociaux et médicaux.

Résultats :

Vingt et un patients ont refusé de participer à cette étude. Après 6 mois, 50% d'entre eux étaient confrontés à une douleur physique, et autant à des troubles respiratoires importants.

Au début de l'étude, 67% des patients avaient une dépendance à la nicotine, 14% des troubles de l'adaptation, 13% une intoxication oenolique et 5% une dépression majeure. Dans le suivi 16% des patients avaient des troubles de l'adaptation et 3% un syndrome dépressif majeur. Cependant, 35% des patients qui avaient initialement des troubles de l'adaptation ou une dépression majeure, ont présenté ces troubles tout le long de l'enquête. En analyse multifactorielle, un âge inférieur à 65 ans et la présence de douleurs étaient des facteurs pronostiques indépendants de troubles psychologiques avant l'enquête mais seule une anxiété ou une dépression initiale étaient des facteurs prédictif de troubles psychologiques à plus long terme.

Conclusion :

Bien que le pronostic des patients atteints d'un carcinome non à petites cellules non opérable soit particulièrement sombre, ces patients ne développent pas plus de dépression à distance de l'annonce du diagnostic que les autres patients. Cependant, une anxiété ou une dépression initiale doit faire prendre en charge le patient psychologiquement car le risque de poursuite des troubles est important. Cette étude cependant pourrait être élargie afin d'étudier l'intérêt d'une prise en charge précoce des troubles psychologiques dans une telle situation. ♦

Docteur Françoise May-Levin

(Akechi T, Okamura H, Nishiwaki Y, Uchitomi Y. Psychiatric disorders and associated and predictive factors in patients with unresectable nonsmall cell lung carcinoma: a longitudinal study. Cancer. 2001; 92: 2609-22).

PRÉ-CONGRÈS des XIX^es Journées de la S.F.P.O. 2002

"Les formations relationnelles en psycho-oncologie :
Avantages et bénéfices pour les malades et les institutions"
Jeudi 19 Septembre 2002 – Centre de Congrès du Palais des Papes, AVIGNON
Renseignements et inscriptions :
Dr R. FRESCO – Tél 04 91 62 34 33, Fax 04 91 50 58 02

XIX^e CONGRÈS de la S.F.P.O.
"Cancers et Sociétés"

du 19 au 21 Septembre 2002 - Centre de Congrès du Palais des Papes, AVIGNON
Renseignements et inscriptions :
R.M.G. Mme Cabaret – Tél 04 90 27 50 57, Fax 04 90 27 50 58

Recherche

Le tamoxifène augmente-t-il le risque de dépression ?

Il est peu de médicaments de prescription aussi large, à titre adjuvant, que le tamoxifène. Alors que les complications graves restent rares (thromboses, cancer de l'endomètre), de nombreuses femmes se plaignent d'intolérance pour effets secondaires mineurs (nausées, vertiges). La possibilité d'état dépressif a été signalée, mais non prouvée. Or le groupe consacré à la Prévention du cancer du sein (Breast cancer prevention study) du NSABP (*National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project*) a mené un vaste essai pluricentrique, en double aveugle, portant sur plus de 11 000 femmes atteintes d'un cancer du sein qui ont été randomisées entre la prise de tamoxifène (Tx) ou d'un placebo durant 5 ans, dans le but de déterminer une éventuelle efficacité mais aussi d'analyser les effets secondaires possibles (Day R. and al : Tamoxifene and depression J. Ntl. Cancer Inst. 2001. 93 ;1615)

Méthode :

La population étudiée comporte 11 064 femmes, âgées de 35 à 70 ans, traitées pour un cancer du sein non métastatique suivi ou non de prise de tamoxifène pendant 5 ans à titre adjuvant. Il s'agissait de femmes en grande partie de bon niveau socio-éducatif, et ayant, pour 65 % d'entre elles, un emploi régulier. Elles ont accepté de remplir dès le départ, puis tous les 6 mois, un questionnaire validé de la dépression (CES-D) (*Center for Epidemiological Study – Dépression*) comportant 20 items, notés de 0 à 3. Le score total de 16 était considéré comme la zone frontière significative d'état dépressif. Ce questionnaire comportait également une partie permettant de mettre en évidence l'existence d'antécédents dépressifs et la prise de médicaments antidépresseurs. Ainsi, dès le départ, chaque patiente a été classée dans le groupe de haut, moyen ou faible risque de dépression. Une analyse statistique, suivant les méthodes classiques, permet la comparaison entre les deux groupes de femmes, avec ou sans tamoxifène.

Résultats :

Après un suivi d'une période de 36 mois, la survenue d'épisodes dépressifs confirmés est significativement corrélée avec les antécédents personnels de la malade : soit un taux de 35,7% (32-38%) chez les femmes du groupe à haut risque, contre 19 % (18-20 %) et 8,7 % (8,3-9 %) respectivement dans les groupes à moyen et faible risque, avec des épisodes d'autant plus sévères et de plus longue durée que la malade avait déjà été exposée à de tels épisodes antérieurement ($p<0,001$). Par contre, à risque égal, aucune différence significative ne se dessine entre les deux groupes de femmes suivant qu'elles prennent ou non du tamoxifène, avec un risque relatif proche de 1. Enfin, aucun biais concernant la prise ou non de tamoxifène n'a pu être mis en évidence.

Conclusion :

L'importance de cette étude du fait du grand nombre de patientes incluses permet d'en tirer la conclusion rassurante que la prise de tamoxifène en elle-même n'induit aucun risque particulier d'état dépressif caractérisé. Mais, et cela va de soi, une femme suivie après avoir été traitée dans les 3 années précédentes, est d'autant plus fragile psychologiquement qu'elle a eu des épisodes dépressifs antérieurs à la maladie, et donc mérite une attention particulière. ♦

CRÉATION D'UN DIPLÔME UNIVERSITAIRE DE PSYCHO-ONCOLOGIE À L'UNIVERSITÉ DE LILLE

Lieu : Centre Oscar Lambret, Rue Combemale
Durée : 2 ans
Renseignements, inscriptions et pré-programme :
Département de FMC, Faculté de Médecine Henri Warembourg, Pôle Recherche,
59045 LILLE Cedex
Tél : 03 20 62 68 53 / 68 65 - Fax : 03 20 62 77 27
Email : depfmc@univ-lille2.fr
Site internet : www.univ.lille2.fr/medecine

Recherche

Le Burn-out des radiothérapeutes

Burnout in radiation therapists: the predictive value of selected stressors.
Akroyd D, Caison A, Adams RD.
Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2002 Mar 1;52(3):816-21

Introduction :

Les radiothérapeutes sont soumis, comme tous les professionnels de santé au burn-out, cependant l'évaluation a été rarement faite. Ce burn-out peut avoir des conséquences sur la santé physique et psychologique des individus mais peut aussi avoir des implications dans l'organisation des services où exercent ces professionnels. Les auteurs ont utilisé un questionnaire envoyé aux radiothérapeutes des États-Unis pour évaluer l'incidence et les facteurs pronostiques de ce burn-out.

Patients et méthodes :

Le questionnaire Maslash Burnout Inventory a été utilisé. Ce questionnaire interroge sur trois critères considérés comme constituant le burn-out, le détachement émotionnel, la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel. Il consiste en 22 questions, classées de 0 (jamais) à 6 (tous les jours). Neuf questions quantifient le détachement émotionnel, 5 questions la dépersonnalisation et 8 questions l'accomplissement personnel. Pour les deux premiers caractères, un haut score correspondant à la somme des résultats de chaque question correspond à un stade élevé de burn-out, pour le troisième un score bas correspond à un stade avancé de burn-out. Ces résultats ont été comparés aux normes reconnues dans le Malasch Burn-out Inventory. Le questionnaire a été envoyé à un échantillon de 1200 radiothérapeutes à partir d'une liste de 8600 exerçants aux États-Unis.

Résultats :

Six cent trois questionnaires ont été retournés (50,2%) dont 502 étaient analysables. Quatre-vingt onze des radiothérapeutes qui ont répondu étaient caucasiens et 76% des femmes. Cinquante-trois pour cent des répondeurs avaient un haut score de détachement émotionnel et 45% de dépersonnalisation correspondant à une attitude négative, impersonnelle voire cynique avec les patients, signant ainsi un niveau élevé de burn-out. Par contre, le niveau d'accomplissement personnel reste élevé chez 41% des radiothérapeutes. En comparaison, avec les résultats d'infirmières (à domicile ou en hôpital), obtenus à partir du Malasch Burn-out Inventory, les radiothérapeutes ont présenté des scores de détachement émotionnel et de dépersonnalisation plus élevé que les infirmières mais les valeurs de l'accomplissement personnel étaient aussi plus élevées. Le stress personnel, le stress dû à l'environnement, et la charge de travail étaient des facteurs pronostiques négatifs des trois critères évaluant le burn-out alors que la valorisation de l'activité et les conseils étaient des facteurs pronostiques positifs.

Commentaires :

Cette étude a permis de quantifier l'incidence du burn-out des radiothérapeutes. Le taux de réponse au questionnaire était faible et il est dommage que les auteurs n'aient pas précisé le taux de femmes exerçant dans la profession afin de savoir s'il y avait ou non une sur-représentation de celles-ci dans les répondeurs. Un autre sujet d'intérêt de cette étude est de constaté que la réponse préventive au burn-out n'est pas que personnelle, puisque si le stress personnel était un facteur négatif individuel, tous les autres facteurs, négatifs ou positifs sont des facteurs de société. Il faut donc que ces facteurs soient soulignés régulièrement, cependant, la diminution des radiothérapeutes en France, où une étude comparable serait intéressante à effectuer, n'est pas sans donner quelques inquiétudes. ♦

Dr Georges Noël

Compte-rendu

euro cancer 15e ANNIVERSAIRE
4•5•6 juin 2002

Palais des Congrès
Porte Maillot
Paris

Le XVe congrès d'Eurocancer s'est déroulé du 4 au 6 juin 2002 avec, cette année encore, une journée consacrée à la psycho-oncologie. Une matinée intitulée "Regards psychanalytiques : Vérité et savoir" a permis d'aborder une fois de plus les points de vue et les difficultés de chacun en ce qui concerne la communication en cancérologie.

Le Docteur Marc Espié, de l'hôpital Saint-Louis, a repris la dialectique vérité/mensonge en évitant le débat théorique, et en se basant sur son expérience clinique au quotidien, empreinte de prudence et d'humanité. Il a pu situer le fragile équilibre entre connaissance et non-connaissance de la situation clinique d'un patient qui impose au clinicien de rechercher avant toute autre considération, le besoin de savoir du patient. Sur quelques exemples en consultation, il a montré à quel point le besoin de savoir reste le plus souvent une attente de réponses positives déroutantes par rapport à la nécessité actuelle d'informer le patient sur sa maladie. L'idée de rassurer doit voisiner avec la possibilité offerte, en situation défavorable, de "discuter sérieusement" à propos de la fin de vie. La prudence invite à ne pas jouer sur le "tout dire", comme dire toute l'ampleur des métastases.

Dans la pratique du recueil du consentement aux soins, aux essais cliniques, il nous rappelle que cela ne peut représenter la seule forme de relation soignant-soigné, mais en émane. L'idée du choix réel, de l'autonomie dans la situation d'asymétrie du sujet fragile a été débattu avec Mr Emmanuel Hirsch, Directeur de l'Espace Éthique de l'AP-HP. Celui-ci redonnait au recueil du consentement un plein sens éthique, renouvelant ou rappelant la place du sujet malade dans le soin. Pour E. Hirsch : "la question ne consiste pas à savoir s'il convient ou non de restituer une information, mais selon quelles modalités et en fonction de quels objectifs visés". Pour autant, l'échec possible des bonnes pratiques en cancérologie ne pouvait être vu, à notre sens, comme une indifférence pour ce regard éthiquement correct. La présence des psy dans les services doit permettre de se recentrer sur la condition affrontée par les médecins et les soignants face à des situations lourdes d'angoisse, de dilemmes et d'exigences, venant parfois compromettre ou remanier leurs ressources psychologiques pour faire face.

Tout savoir ne fait pas vérité, c'est ce que nous a rappelé Anne Joos, travaillant à Louvain en oncogénétique. La précision du savoir sur la biologie des gènes ne dispense pas de se préoccuper du devenir des consultants amenés à revisiter à l'occasion du dépistage de prédisposition au cancer, les problématiques familiales. L'organisation des consultations d'oncogénétique associant dans la réflexion psychanalyste et généticien permet de soutenir ce parcours délicat. Enfin, Mme Delvolgo, médecin et analyste à Marseille, a re-situé la part de la vérité subjective du patient sur sa maladie.

Au total, le savoir médical ne peut d'aucune façon abolir la vérité subjective et symbolique que construit le patient, d'où la difficulté d'intégrer des logiques de "vérité" et "savoir" très variables.

Cette matinée introduisait parfaitement l'après-midi consacrée par la S.F.P.O. aux "Messages paradoxaux en cancérologie", sortes d'avatars découlant de la dialectique vérité et savoir.

Le Docteur Patrice Guex, psychiatre à Lausanne,

VIE DE L'ASSOCIATION

Compte-rendu

LE DIT, L'ÉCRIT ET L'ENTENDU

5e Journée de l'Antenne Montpelliéraine de la Société Française de Psycho-Oncologie, du 19 Janvier 2002

Comment transmettre le message en oncologie
M. Balmes

Entre ce que le patient retiendra du contenu de ses consultations, ce qu'il pourra dorénavant lire dans son dossier et ce qui lui sera dit par ses thérapeutes, les sources de malentendus se multiplient. Cette réunion a eu pour but d'apporter différents points de vue sur ce problème.

Le Professeur H. Pujol, ancien Président de la Société Française de Psycho-Oncologie et actuel Président de la Ligue contre le cancer a rappelé les requêtes du Livre Blanc dont la publication a suivi les Etats Généraux des Malades sur ce sujet.

Le Docteur Saury, représentant le Conseil National de l'Ordre des Médecins, a exposé les textes légaux qui régissent le dossier médical et sa communication au patient. Il en a précisé les limites et les difficultés, puis montré la part d'interprétation individuelle qui doit s'adapter à chaque cas particulier.

Le Professeur Guex a décrit les nuances qu'une écoute attentive du patient et de son entourage peut apporter pour une communication plus humaine.

Le Docteur G. Pageau et Mme A. Lehmann ont dialogué à propos d'une expérience clinique d'un diagnostic difficile et d'une évolution à rechutes. Ils ont montré la distance qui sépare ce que les soignants savent et veulent faire savoir au patient, et ce que celui-ci peut entendre et accepter.

Mme Darlé, Directrice de l'A.R.H., a exprimé la compréhension de nos Autorités de tutelle sur les difficultés que nous connaissons sur ces problèmes.

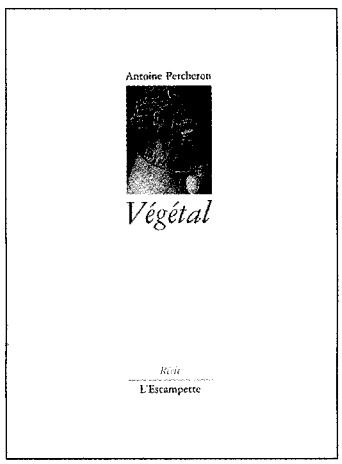
Enfin, le Docteur D. Serin, Président de la Société Française de Psycho-Oncologie, a relevé les insuffisances de la formation médicale à ces questions et souligné la valeur des expériences vécues en clinique.

En réponse à plusieurs questions posées parmi une assistance d'une centaine de personnes, une discussion ouverte a suivi. Elle a mis en évidence l'importance de la réflexion qui doit être menée encore sur ce sujet.

NOTE DE LECTURE

VÉGÉTAL

Antoine Percheron



Sous le terme de " récit ", les éditions L'Escampette ont fait paraître ce petit texte de moins de quarante pages, interrompu par le décès de l'auteur âgé de 25 ans, Antoine PERCHERON.

Il était atteint d'une tumeur maligne cérébrale : un oligodendroblioblastome. Ces feuillets témoignent des derniers mois d'évolution de la maladie et d'un vécu très aigu de dépersonnalisation qui est souvent au cœur des angoisses de patients atteints de tumeur cérébrale.

Ici, comme le titre " Végétal " l'indique, l'auteur se sent devenir un végétal, précisément un arbre. C'est le récit d'une " déshumanisation " à la faveur des modifications de perceptions, des sensations liées à la tumeur. L'originalité du texte, non au sens de la valeur littéraire mais de celui de l'élaboration psychique dont il témoigne, consiste à reléguer l'étrangeté et l'horreur qui s'y rattachent pour découvrir un nouvel " état d'être " dans lequel la métamorphose de l'humain en végétal viendrait conjurer la mort. Tandis qu'il tente de placer sous le sceau de l'évidence, du constat de réalité, la dépersonnalisation, avec une froideur scientifique, l'humour noir se mêle aux visions de cauchemar. L'itinéraire de cette transformation n'est pas sans nous rappeler ce que nombre de patients éprouvent dans les changements physiques mais aussi psychiques liés à la maladie ou aux traitements. Devenir autre, ne plus être comme avant, ne plus se reconnaître, vieillir avant l'âge, autant d'images de pertes pour lesquelles les psychothérapeutes mais aussi les équipes se doivent d'entendre l'intensité de souffrances dont ce livre se fait l'écho.

" Sans cesse j'essayais de dénoncer ma mutation organique en cours. Tous les prolongements humains que je possédais s'allongeraient certainement mais surtout changeraient de texture ! De bras en bûches, de doigts en feuilles, est-ce que notre sang deviendrait sève ? Une nuit tout s'est précipité. Mes deux jambes se sont retrouvé liées, enlacées vigoureusement, je n'étais plus qu'un tronc. Sur mon buste, les poils et les brindilles s'entremêlaient, des pousses de je ne sais quelle fleur commençaient à voir le jour, un lichen recouvrait mon corps et j'appréciais cette fourrure : ma nouvelle texture ".

" Je suis tout simplement en train de pourrir, je tombe en décomposition ".

" Jamais je ne serai un arbre, mais jamais plus je ne serai homme ". L'idée même d'évoluer d'un genre à l'autre, de l'humain au végétal est conduit bien sûr à l'échec. La permanence tragique de la quête d'identité, à travers cette métamorphose, reste l'expression souveraine de l'humanité et de sa faiblesse.

" Je serai un humain déguisé en arbre ".

Dr Nicole PÉLICIER

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 (31 € 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

VIE DE L'ASSOCIATION

NOUVEAUX ADHÉRENTS

- Virginie ADAM, Psychologue à Nancy, parrainée par J.L. Machavoine et I. Krakowski
- Hugues AUVRAY, Radiothérapeute, Cancérologue à Moulins, parrainé par F. Baillet et N.Pélicier
- Karine BEERBLOCK, Oncologue à Paris, parrainée par D. Serin et R. Fresco
- Nicolas BENDRIGHEN, Psychologue à Toulouse, parrainé par R. Fresco et M. Ruszniewski
- Olivier BEZY, Psychiatre à Clermont Ferrand, parrainé par N. Pélicier et F. Baillet
- Barbara BONNIER, Psychologue Clinicienne à Lyon, parrainée par J.Y. Bobin et N. Alby
- Cécile BOURDAUD, Psychologue Clinicienne à Paris, parrainée par N. Pélicier et M. Ruszniewski
- Anne BREDART, Psycho-oncologue à Curie, parrainée par A. Lehmann et JL Machavoine
- Catie BRON, Psychologue à Clermont Ferrand, parrainée par F. MayLevin et M. Ruszniewski
- Anne-Claire BUCCIALI, Psychologue à Colmar, parrainée par N. Alby et P. Guex
- Martine BUTAT, Psychologue Clinicienne à Bligny, parrainée par N. Pélicier et F. Baillet
- Yashoda DHARKAR, Secrétaire Ress. Humaines(en Inde), parrainée par J. Brugère et F. Demard
- Mme Viviane FEILLEL, Sénologue à Clermont Ferrand, parrainée par R. Fresco et A. Salimpour
- Mme Dominique FEMINIER, Secrétaire Générale d'EUROPA DONNA FORUM France, parrainée par D. Serin et R. Fresco
- Frédéric FRUGE, Oncologue à Poitiers, parrainé par M. Espié et B. Hoerni
- Marie-Catherine GUIVARC'H, Médecin généraliste à Plumelin, parrainée par A. Salimpour et N. Memran
- Nicolas LAFAY, Psychiatre à Poitiers, parrainé par S. Consoli et N. Pélicier
- Maryse LEFEVRE, Psychologue clin.et Trésorière de la nouvelle antenne régionale ALPES DE HTE PROVENCE, parrainée par R. Fresco et A. Salimpour
- Anne MASSON, Psychologue Clin à Caen, parrainée par J.Y. Génot et JL Machavoine
- Thierry MEDYNSKI, Généraliste à Luchon, parrainé par M. Salamagne et S. Consoli
- Jean-Loup MOUYSSET, Oncologue à Aix en Provence, parrainé par I. Piollet Calmette et J.L. Machavoine
- Lucien NEUWIRTH, Sénateur de la Loire, parrainé par D. Serin et R. Fresco
- Marion PELISSIER, Radiothérapeute à la Ligue de l'Hérault, parrainée par D. Serin et F. May-Levin
- Séverine PUY-PERNIAS, Psychologue à Avignon, parrainée par I. Piollet Calmette et D. Serin
- Nathalie RIPOCHE, Psychologue à Paris, parrainée par N. Pélicier et S. Consoli
- Hélène RONAYETTE, Spéc. Échographie à Clermont Ferrand, parrainée par A. Salimpour et R. Fresco
- Dominique ROUX, Radiothér. à Clermont Ferrand, parrainée par A. Salimpour et R. Fresco
- Eric SERRA, Psychiatre à Amiens, parrainé par R. Fresco et P. Saltel
- Claudine TARLET, Psychologue clinicienne à Montpellier, parrainée par H. Pujol et R. Fresco

Le bulletin de la Société Française de Psycho-Oncologie
Association Psychologie et Cancers
Comité de rédaction : Marie-Frédérique BACQUE, Jean-Yves GENOT, Claudine LANZAROTTI, Georges NOËL, Nicole PÉLICIER.
Annonceur : Novartis

CONTRE LE CANCER LA LIGUE

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

Édité par Springer-Verlag, France
1, rue Paul Cézanne, 75008 Paris
Imprimé par Jouve, à Paris (France).

Springer

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
À renvoyer à la SFPO, FNLCC, 101 rue de Tolbiac, 75013 Paris, France

Nom : .....