

AUTEURS :

Ogez David (1), Zech Emmanuelle (2), Machiels Jean-Pascal (3), Luts Alain (4), de Timary Philippe (4)

- (1) Psychologue, Centre du cancer, Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles
- (2) Psychologue, Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education, Université Catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve
- (3) Oncologue, Service d'oncologie médicale, Centre du Cancer, Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles
- (4) Psychiatre, Secteur de Psychiatrie de Liaison, Service de Psychiatrie Adulte, Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles

Adresse :

Centre du cancer
Cliniques Universitaires Saint-Luc
Avenue Hippocrate 10
1200 Bruxelles
Belgique

Tél : +32 2 7642160

Courriel : david.ogez@uclouvain.be

TITRE :

La double affiliation du psycho-oncologue : entre cancérologie et psychiatrie de liaison

The psycho-oncologist double affiliation : between cancerology and liaison consultation psychiatry

Published in *Acta Psychiatrica Belgica*, Vol. 112, no.3, p. 12-19 (2012). <http://hdl.handle.net/2078.1/128100>

RÉSUMÉ :

L'intérêt grandissant porté par les hôpitaux généraux au processus d'humanisation en cancérologie, qui implique une collaboration transdisciplinaire, nous ont conduits à nous interroger sur les processus en jeu dans des interactions. Comment les psychologues peuvent-ils faire bénéficier au mieux les équipes de leur regard spécifique sur les situations des patients ? Comment réfléchir leur intégration dans les équipes d'oncologie, afin qu'ils puissent soutenir le processus d'humanisation ? Ne risquent-ils pas, dans une intégration trop complète aux équipes, de perdre leurs spécificités et de ne pas singulariser suffisamment leurs interventions ? Pour répondre à ces questions, nous proposons qu'ils continuent à maintenir une double affiliation, aux services oncologiques du centre anticancéreux et de psychiatrie. Spécialisés en cancérologie, il faut qu'ils puissent intégrer ces équipes, mais en conservant une place singulière, à partir de laquelle ils pourront entretenir un questionnement sur les processus psychiques à l'œuvre chez les patients et mais aussi interroger les réponses que les soignants y apportent. Dans le but de conserver le recul nécessaire pour entretenir ces questionnements, nous soutenons l'importance d'une affiliation des psychologues au service de psychiatrie où les échanges « psy » au sein d'un « autre lieu » leur permettront de se dégager par moments du projet soutenu par l'oncologie pour en interroger le fonctionnement.

ABSTRACT :

The growing interest for the human perspective in oncology within general hospitals implies a transdisciplinarian collaboration which deserves further examination of its interactions? How can the psychologist best contribute to this development? How should these specialists be integrated in oncology departments to support the human perspective in the treatment of cancer patients? With complete integration, could the psychologist be at risk of losing his or her specificities and independent authority? To answer these questions, we propose for psycho-oncologists to maintain a double affiliation to both oncology and

psychiatrist departments that may allocate them a particular position within these departments. From that position, they will be able to both comment on the patient's psychological situation and provide answers and guidance to their fellow medical colleagues. We underline the importance of their affiliation to the psychiatry department, and support that persistent exchanges with psychologists and psychiatrists will help maintaining some distance with the oncology departments and from that specific place still be able to question the nature of the interaction with patients.

MOTS CLES :

Humanisation, Cancérologie, psycho-oncologie, psychiatrie de liaison, équipe multidisciplinaire.

KEY WORDS :

Humanisation, oncology, psycho-oncology, liaison-consultation psychiatry, multidisciplinary team.

Introduction

La psycho-oncologie qui se développe ces dernières années répond à la nécessité d'humanisation des soins en cancérologie en prenant notamment en compte les aspects psychologiques du patient cancéreux et de sa famille (Nardin, 2009). Elle étudie tant la question de l'annonce du diagnostic de cancer que les stratégies d'adaptations mises en œuvre par le malade pour s'en défendre (Dolbeault & al., 2007). Elle devient probablement une des plus importantes pratiques de psychologie médicale en milieu hospitalier. L'intérêt grandissant des pouvoirs publics et le nombre important de nouveaux cas de cancer ne sont pas étrangers à cet essor (Onkelinx, 2008).

La psycho-oncologie est une pratique de la psychologie clinique qui consiste à prendre en compte les dimensions psychologiques, psychiatriques, comportementales, familiales et

sociales du patient (Razavi, 1994). Tout intervenant en cancérologie qui tient compte de ces dimensions fait donc de la psycho-oncologie. Toutefois, les intervenants psychosociaux et plus particulièrement les psychologues et les psychiatres, de par leurs formations et les outils qu'ils ont acquis, interviendront plus spécifiquement dans ce domaine.

A travers ce texte, nous souhaiterions faire part de notre réflexion quant à la prise en charge des patients cancéreux. Appartenant à un Centre du Cancer dans une clinique universitaire, les psycho-oncologues de notre institution sont également affiliés à l'unité fonctionnelle de psychiatrie de liaison. Cette double affiliation nous conduit à nous questionner sur la nature et les conséquences de cette double affiliation. Quelle est la spécificité du psycho-oncologue par rapport à ses collègues psychologues de la santé ? Quels types de rapport entretient-il avec le service de psychiatrie et de cancérologie ? Quels sont les intérêts et les inconvénients d'une double affiliation ?

L'HUMANISATION DES SOINS EN ONCOLOGIE

Avant de définir les implications de cette double affiliation, nous souhaiterions apporter certaines nuances à propos de la démarche d'humanisation à l'hôpital général. L'idée n'est pas de faire une description exhaustive des processus d'humanisation des soins médicaux à l'hôpital, mais de définir ce que ce concept recouvre dans le cadre de l'hôpital d'aujourd'hui. Le terme d'humanisation des soins peut *a priori* sembler paradoxal, particulièrement quand les soins en eux-mêmes constituent par essence un rapport de l'humain à l'humain.

Humaniser les soins hospitalier, c'est tout simplement les rendre humain (Gravel, 2005). Les soins palliatifs ont été à l'origine de toutes ces conceptions sur l'humanisation des soins en milieu hospitalier dans la mesure où, dans ces unités, l'humanité est confrontée à la mort et, dès lors, les soignants s'interrogent sur la manière de « rendre humain la mort ». Ainsi, en France, les travaux de Marie de Hennezel (2003) et sa mission auprès du ministère de la santé qui ont conduit à un rapport sur la loi relative aux droits des malades et à la fin de vie en 2005 a un impact important sur les soignants dans les hôpitaux généraux. Diverses associations ont dès lors vu le jour afin de revendiquer la formation des soignants et la transmission des techniques qui permettent de préserver cette humanité au cœur des soins médicaux.

Par ailleurs, il nous semble que les déficits de l'humanisation sont patents dans l'hôpital actuel, du fait de plusieurs phénomènes que nous allons tenter de développer ici : premièrement, la tendance toujours plus développée à l'hyper-spécialisation des disciplines médicales, deuxièmement les « rudesses » du cadre hospitalier et enfin les contraintes que la société et ses exigences font peser sur l'hôpital.

Hyper-spécialisation des disciplines médicales

La qualité des soins que reçoivent les patients ne dépend pas uniquement de la justesse des actes techniques qui lui sont prodigués. En effet, pour que le patient puisse accueillir sereinement ces actes parfois douloureux, il est nécessaire qu'il ait le sentiment d'être pris en charge de manière globale, que sa personne propre soit prise en compte dans ce processus de soins. Mais qu'est ce qui est nécessaire pour cette prise en charge globale ? La médecine actuelle, par les progrès de la recherche, confie généralement à des spécialistes différents les actes techniques complexes que nécessite l'accompagnement optimal du patient. Si l'organisation des soins se borne à ces actes techniques, le patient rencontrera une multitude de spécialistes qui traiteront chacun d'un volet spécifique à son activité, mais qui ne traiteront pas avec la personne elle-même. Le travers de cette hyperspécialisation est donc une forme de déshumanisation des soins. Comme nous l'avons dit plus haut, la qualité des soins ne peut se résumer à la qualité des actes techniques, si ceux-ci sont effectués un à un, sans que des intervenants viennent relier entre eux ces différents actes et leur donner un sens par rapport à l'histoire de la maladie de ce patient, au moment où il les reçoit. L'être humain est doté d'un jugement et ne peut se contenter de subir les agressions des actes techniques, si d'une part elles n'ont pas chacune un sens et si d'autre part il n'a pas le sentiment qu'on a tenu compte de sa personne au moment où il les reçoit. A cette nécessaire tendance à l'hyerspécialisation qu'impliquent les progrès de la médecine doit donc répondre un effort aussi nécessaire de coordination et de communication entre les intervenants et une prise en compte du patient, de ses craintes, ses attentes et ses questions. Nous ne soignons pas une maladie mais bien un malade : la vision humaniste des services de soins de santé est de s'adresser à chaque personne dans sa globalité et non comme si l'on s'adressait à un organe défectueux.

Du côté des soignants, avec la spécialisation croissante des abords médicaux, les différents intervenants ont souvent tendance à se cantonner à leurs propres disciplines, adressant le patient à son confrère une fois que la question, qui lui est propre, a été élucidée. Si la

logique de l'hyperspécialisation est poussée à l'extrême, les aspects humains pourraient même être confiés à la seule intervention du psychiatre ou du psychologue. Pourtant, la question des vécus psychologiques et toute la question de la communication ne peuvent pas être les seuls apanages du psychologue ou du psychiatre, à qui le système médical pourrait confier cette mission, comme si elle pouvait être détachée du reste des soins. Cependant, cette tendance que nous rencontrons bien souvent à confier « aux psys » les questions psychologiques et de communication, ne traduisent pas seulement un déficit de l'organisation des soins. En effet, les mécanismes de défenses de certains soignants face à une situation médicale critique et le manque de formation à la relation des soignants peuvent probablement expliquer l'évitement de ce dialogue qui devrait s'instaurer dans chaque consultation médicale. Ces insuffisances de l'implication de certains médecins dans « la question humaine » participent probablement à la tendance à l'hyperspécialisation, dont le corollaire est de confier la question humaine à des « spécialistes ».

Toutefois, les résultats d'une étude de Razavi (2005) sont édifiants quant à l'attente des patients cancéreux. Le chercheur a interrogé 382 personnes ayant reçu un diagnostic de cancer sur leurs attentes en terme de soutien psychologique. L'attente d'aide de leur médecin spécialiste représente 78,4 % des cas, devançant le soutien de ses proches (le conjoint, 68,2% ; les amis, 51,8% et les enfants, 51,3%). En ce qui concerne le psychologue et le psychiatre, seul, respectivement, 14,1 % et 1,8 % de cette population y ferait appel. Ceci souligne bien que les patients ont une attente très importante envers les médecins qui s'occupent de leur cancer au moment du diagnostic en tout cas. Par ailleurs, il est possible que les *a priori* des patients concernant les professions de « psy » et leur résistance à un travail psychique puissent expliquer le peu d'engouement pour les disciplines « psy ». Ces chiffres illustrent l'importance de cette première ligne que représente le monde médical et, donc l'importance de la formation à la relation des médecins.

Cette tendance générale à l'hyperspécialisation du monde médical peut expliquer l'intérêt que nous portons au développement d'un modèle de soins transdisciplinaire. La transdisciplinarité doit être distinguée de la multidisciplinarité et de l'interdisciplinarité (Basarab, 1996). Dans une approche multidisciplinaire, chaque discipline traite ou soigne les symptômes propres à sa pratique en fonction de son expertise (Euller-Ziegler & al., 2001). La dimension globale du patient n'est pas prise en compte, celui-ci étant perçu comme une somme de difficultés qui chacune est abordée par une discipline particulière.

Le multidisciplinaire ne réclame pas d'interactions entre les soignants. Dans une approche interdisciplinaire, il y a une concertation entre collègues, une reconnaissance mutuelle des compétences et une remise en question de son propre fonctionnement (Basarab, 1996). Dans ce cas de figure, l'objectif est commun : une prise en charge globale du patient, mais dans laquelle celui-ci ne participe pas aux concertations.

Le transdisciplinaire se définit comme proche de l'interdisciplinaire mais avec un estompage des disciplines, dans le sens que les interactions sont nombreuses et que par ailleurs, les activités ne sont pas assumées de manières exclusives par les différentes spécialités (Basarab, 1996). Par exemple, un chirurgien pourra tout à fait assumer une partie de la dimension psy de la prise en charge par une attitude d'écoute et une invitation à la parole. Par ailleurs, le patient et son environnement seront partis prenants de la démarche de soin. L'accompagnement du patient n'est plus compris comme une chaîne composée de maillons successifs, mais dans un processus d'interactions permanentes entre les différents spécialistes, médicaux et paramédicaux, et par la participation active du patient lui-même. L'approche transdisciplinaire permet de pousser plus loin l'idée même d'humanisation puisqu'en plus de permettre une prise en charge globale, elle accompagne le patient tout en lui donnant une place d'acteur de ses soins. La notion de communication prend tout son sens lorsque l'on parle de transdisciplinaire.

Le cadre hospitalier

Dans la majorité des cas, lorsqu'un individu tombe malade, il n'y est pas préparé. Un temps d'intégration psychique de la maladie qui l'affecte lui est dès lors essentiel. En plus de la confrontation brutale à la maladie, il doit aussi se confronter à un cadre de soins qui ne lui est pas familier alors qu'il aurait besoin de se retrouver dans un cadre rassurant et simple. Ce n'est pas le cas du cadre hospitalier. Qu'y a-t-il de rassurant à se retrouver dans une unité de cancérologie où les concepts de mort et de douleur sont omniprésents ? Qu'y a-t-il de rassurant à se retrouver enfermé dans quelques mètres carrés, dans un lit, connecté à une perfusion à travers laquelle coule un produit que l'on redoute ? Qu'y a-t-il de rassurant à être dépendant d'autres personnes, que nous connaissons ou pas ?

La prise de conscience des difficultés du patient à s'adapter au contexte hospitalier jouera un rôle important dans l'humanisation des soins et fait depuis peu l'objet d'une réflexion des équipes d'oncologie. Ainsi, en oncologie, la mise en place de toute une série de soins

non médicaux vient pallier aux manques de ce cadre trop abrupte : le passage d'une esthéticienne, des séances de massages, l'écoute de bénévoles en sont des exemples. Le psychologue proposera de toute évidence au patient un soutien qui sera complémentaire à ces écoutes médicale et non médicale. Son intervention aura cependant une spécificité qui sera développée ultérieurement.

Les contraintes de la société actuelle

Pris par les nécessités du fonctionnement de l'entreprise, l'hôpital semble fonctionner comme une fourmilière dans laquelle de nombreux corps de métiers s'agitent. Courir et accueillir de plus en plus de malades sont autant de facteurs qui vont à l'encontre du bien-être psychologique du patient. L'accroissement du nombre des malades atteints du cancer et de la complexité des soins médicaux oncologiques ne permet plus aux médecins de proposer un temps d'écoute suffisant, et ceci souvent malgré eux. De plus, face à l'augmentation du nombre de malades, la pénurie du personnel infirmier et médical devient un vrai problème de société. Même si le politique est interpellé par cette question, les années de crise actuelles et l'enveloppe budgétaire stricte allouée aux soins de santé rend difficile la recherche d'une réponse à ces carences. Toutefois, le plan national cancer qui a été mis en place en Belgique en 2008 est une réponse aux besoins de la société. Ce plan visait à engager des spécialistes de l'humain dans ces unités médicales, ce qui a permis de faire progresser l'humanisation des soins, malgré un contexte socio-économique défavorable.

LE PSYCHO-ONCOLOGUE

Un plan européen a été créé afin de permettre une avancée dans la lutte contre le cancer (Geissler, 2003). En Belgique, ce projet a vu le jour en 2008 et est constitué de quatre axes : (1) la prévention primaire du cancer, visant la réduction de l'exposition aux facteurs de risques ; (2) la prévention secondaire, sous la forme de dépistage et de traitements précoces du cancer ; (3) la prise en charge psycho-sociale du patient et de son entourage et (4) la recherche scientifique (Onkelinx, 2008).

Pour répondre à la nécessité d'humanisation des soins en cancérologie, l'axe trois de ce plan national a permis l'engagement de nombreux psychologues en oncologie. Le

politique tient de ce fait compte du facteur humanisation, nécessaire à l'accompagnement des patients en souffrance.

En lien avec l'intérêt pour l'humanisation des soins en cancérologie, on s'interroge : Comment le psychologue peut-il aider un patient malade d'un cancer ? Quelle est sa spécificité par rapport aux autres soignants ?

Le psycho-oncologue a pour fonction notamment d'être attentif au parcours de vie du patient avant l'apparition de la maladie. En effet, le plus souvent, c'est parce que le patient a développé des fragilités dans son passé, qu'il risque d'avoir plus de difficultés à traverser certaines épreuves sensibles. De ce fait, une attitude de prévention permettrait d'identifier et de traiter les répercussions négatives que le diagnostic de cancer pourrait avoir sur le psychisme du patient (Saltel, 2002). En l'accompagnant au mieux, le psychologue va permettre au patient, dans la mesure du possible, de rester lui-même et conserver sa liberté de décision et ce, malgré la situation médicale.

Accompagner et soutenir

Accompagner et soutenir, c'est surtout permettre au patient de garder une place en tant que sujet et non "objet malade". En effet, dans l'univers hospitalier, la question du corps est centrale. C'est d'ailleurs pour soigner ce corps que le patient consulte les médecins somaticiens. Lors de l'annonce d'un cancer, le corps malade prend alors toute la place en délaissant la personne en tant qu'individu à part entière (Razavi, 2005). L'intervention "psy" a pour finalité de rendre au malade cette place de sujet. Nous ne parlons pas uniquement du corps et de la maladie mais également de l'histoire du patient. C'est en effet en se décentrant de la question du corps que le psy parviendra à maintenir de l'humanité dans les soins.

En se décentrant du corps en souffrance, nous pourrions identifier, à travers ce qui est dit, la manière dont le patient réagit de manière générale, dans la vie. Plus spécifiquement, cette attitude psychologique nous apprendra sa façon de gérer sa maladie. Nous développons depuis notre enfance des mécanismes de défenses psychologiques qui, dans certains cas nous permettent de « faire face » à toutes sortes de situations. L'accompagnement psychologique consiste à aider le patient à développer et utiliser ses

propres ressources afin de faire face à la maladie. En cancérologie, le «soutien psychologique» mobilise les ressources du patient et de son entourage afin qu'ils puissent trouver l'impulsion et l'énergie nécessaire pour favoriser l'adaptation à la maladie et à ses différentes répercussions dans la vie du sujet.

De la parole et de l'écoute ...

Les outils utilisés par le psycho-oncologue sont essentiellement la parole et l'écoute. La parole du patient est indispensable à une prise en charge transdisciplinaire dans la mesure où elle le positionne au centre du projet médical, lui permettant de s'exprimer. L'écoute psychologique, proche de ce que Sigmund Freud a appelé « l'attention flottante » permet d'entendre le discours latent du patient, ses craintes réelles. Il paraît de ce fait indispensable d'amener le patient à exprimer ses sentiments, ses difficultés, ses besoins. « S'exprimer » aide le patient à mobiliser ses propres ressources, à digérer psychiquement les difficultés rencontrées.

L'aptitude d'évaluation du psychologue est également essentielle dans une perspective psycho-oncologique. Il est en effet important d'explorer les mécanismes de défenses mis en place par le patient et d'évaluer si ceux-ci lui permettent de faire face à la situation traumatique qu'est la maladie cancéreuse. Le déni est un mécanisme efficace en oncologie (Jadoulle, 2006). Il est important dans un premier temps pour le patient de « se défendre » contre un diagnostic de cancer pour entamer une prise en charge oncologique, cette dernière suscitant inévitablement des craintes. Toutefois, si ce déni s'avère persistant, il peut aller à l'encontre d'une compliance au traitement et mettre le patient en danger physiquement, en plus d'un éventuel risque de décompensation anxieuse ou dépressive majeure.

Du soutien au thérapeutique ...

Le soutien psychologique peut évoluer vers une relation psychothérapeutique qui soutient une élaboration psychique. A un moment particulier de sa vie, tout individu est confronté à un questionnement sur son identité, son passé, son avenir. L'annonce d'un diagnostic de cancer est un de ces moments clé de la vie d'une personne qui risque de changer sa perception du monde (Bacqué, 2000).

Bacqué (2000) développe le concept de « deuil de l'invulnérabilité ». « Le sentiment d'invulnérabilité est étroitement lié à l'impression d'être en bonne santé » (p. 131). Il est vrai, d'une part, que nous ne pensons jamais à la question de la santé tant que nous ne sommes pas malades et, que d'autre part, nous ne pensons pas à la mort tant que celle-ci reste loin de notre réalité. Ainsi, cette rencontre avec le diagnostic de cancer, maladie régulièrement associée à « l'idée de mort », peut conduire les patients à entamer une prise en charge psychothérapeutique, le plus souvent à la fin des traitements, lors de leur rémission (Coyne & al., 2007). Ce travail peut aider à refermer des plaies et permettre à nouveau d'avancer à nouveau vers la vie, dans une perspective de recherche de sens et de prise de conscience personnelle, après que le sentiment d'invulnérabilité ait été perdu.

UNE DOUBLE AFFILIATION

Dans le but de permettre le respect de l'humanisation des soins, nous proposons un mode d'organisation de la prise en charge psychologique des patients cancéreux où le psychoncologue serait affilié d'une part à la cancérologie et d'autre part à la psychiatrie.

Psychiatrie de liaison

L'unité de psychiatrie de liaison est une équipe constituée de psychiatres et de psychologues. Cette équipe est hiérarchiquement rattachée au service de psychiatrie. Si Zumbrunnen (cité par Duverger & al, 2011) a défini en 1992 la psychiatrie de liaison comme étant « la partie de la psychiatrie qui s'occupe des troubles psychiatriques se manifestant chez les patients des autres disciplines médicales » (p. 11), son rôle a évolué au fil des temps. Concrètement, ses missions consistent à intégrer des unités médicales, à remettre des avis et à assumer les prises en charge. Le psychiatre de liaison rencontre essentiellement des patients ayant des difficultés d'ordres psychiatriques associées à des problèmes organiques. En parallèle, il propose également un accompagnement psychologique aux patients hospitalisés dans les différents services somatiques.

A.-S. Chocard & al. (2005) souligne que l'intervenant de liaison a une fonction à trois niveaux : diagnostique, thérapeutique et pragmatique. En ce qui concerne la question du diagnostic, à travers son intervention, le psychiatre de liaison recherche l'affection psychiatrique du patient souffrant d'une maladie organique. Cette tâche est relativement

complexe dans la mesure où les symptômes psychiatriques peuvent être confondus avec les manifestations des maladies organiques, ce qui donne lieu à des questions de diagnostics différentiels. Par exemple, un patient atteint d'une affection neurologique peut présenter une symptomatologie psychotique, sous la forme de délire ou d'hallucinations.

En ce qui concerne la part thérapeutique, celle-ci est claire lorsque le diagnostic psychiatrique est confirmé. Le psychiatre et le psychologue de liaison peuvent alors avoir une intervention thérapeutique, qui ne relèvera que de l'intervention du premier pour ce qui relève du traitement médicamenteux et des deux pour le traitement psychothérapeutique. Cependant, vu le temps que peut prendre une psychothérapie, le rôle des psychiatres et psychologues de liaison sera souvent un travail de préparation à la psychothérapie, avec l'idée, la plupart du temps de référer à des intervenants extérieurs pour une prise en charge psychothérapeutique. Ceci amène naturellement au troisième niveau, la fonction pragmatique de la psychiatrie de liaison, qui consiste à orienter le patient vers des structures de soins psychiatriques et/ou psychothérapeutiques adéquates. Les intervenants de liaison ont donc pour rôle de transférer le malade vers un service de psychiatrie hospitalier pour traiter une affection psychiatrique grave (par exemple, des idées suicidaires avec risque important de passage à l'acte auto-agressif), voire proposer une prise en charge psychothérapeutique ambulatoire avec l'idée d'une continuité par rapport à ce qui a été entamé lors de l'hospitalisation en unité somatique.

Outre cette activité clinique, les membres de l'équipe de psychiatrie de liaison ont également un rôle de formation et de supervision des équipes avec lesquelles ils travaillent. Cette activité est importante dans la mesure où elle vient soutenir de manière spécifique, par un regard propre à la fonction psychologique, cette fonction d'humanisation des soins, auprès des équipes soignantes.

Un double défi s'offre aux intervenants de psychiatrie de liaison. Ils doivent être capables de s'intégrer au sein des équipes somatiques, tout en maintenant leurs spécificités « psy ».

Le Centre du cancer

Le Centre du cancer des cliniques universitaires Saint-Luc de Bruxelles est un centre de prise en charge spécialisé des patients atteints d'un cancer. Le fait que ce centre est localisé dans un hôpital général, permettra aux malades de bénéficier d'une prise en charge globale,

qui tiendra compte de tous les éléments intervenant dans son état de santé. Par exemple, lorsqu'un patient qui est traité pour un cancer, souffre par ailleurs de diabète, il sera suivi par les oncologues et les diabétologues.

La prise en charge au sein de ce centre est interdisciplinaire. Chaque groupe est spécialisé dans un type de cancer, dont chacun est constitué de spécialistes de diverses disciplines : oncologues, hématologues, radiothérapeutes, internistes, chirurgiens, radiologues, anatomopathologistes et généticiens. Le cas de chaque patient est discuté de manière individuelle et spécifique lors de réunions multidisciplinaires.

Dans cette prise en charge globale, l'aspect humain est fondamental. Pour ce faire, le Centre du Cancer des cliniques universitaires Saint-Luc bénéficie, comme d'autres hôpitaux, de l'intervention de coordinateurs de soins en oncologie et de psychologues. Les coordinateurs de soins ont pour fonction d'accompagner le patient tout au long de son traitement. Il assure également la coordination entre les différents intervenants. Le psychologue quant à lui, n'interviendra qu'à partir de l'annonce du diagnostic de cancer.

ACTIVITES DU PSYCHO-ONCOLOGUE AUPRES DES PATIENTS SOUFFRANT D'UN CANCER

Prise en charge des troubles psychiatriques

Si le diagnostic de cancer n'est pas simple à entendre dans la mesure où, comme on vient de le souligner, il renvoie le patient à l'idée de perte, des mécanismes d'adaptation permettront cependant de trouver une réponse à la situation anxiogène liée à cette annonce. Toutefois, il est possible que, dans certains cas, l'appareil psychique ne parvienne pas à répondre à cet événement traumatique et que les patients développent ce qui est communément appelé des « troubles de l'adaptation ». Dans ce cas, il est souvent nécessaire qu'un suivi psychologique soit instauré afin de travailler sur ces failles défensives. Une collaboration avec un psychiatre de liaison peut alors s'avérer utile dans la mesure où divers troubles psychiatriques peuvent émerger en conséquence d'un système de défense psychique défaillant. Le psychiatre pourra alors s'interroger sur la nécessité ou non d'une aide médicamenteuse en complément du travail de soutien du psychologue.

Les patients cancéreux peuvent développer des épisodes de dépressions majeures. Si 6 % de la population normale aux Etats-Unis souffre de dépression selon l'OMS, de nombreuses études évoquent des chiffres édifiants sur les patients atteints d'un cancer (Hopwood & al., 2000). Selon une étude effectuée par A. Hall & al. (1999) auprès de 269 patientes atteintes d'un cancer du sein, 49,6 % étaient cliniquement anxieuses et 37,2 % présentaient une dépression majeure dans les trois premiers mois suivant le diagnostic . P. Hopwood & al. (2000), ont trouvé que, sur une population de 987 patients ayant reçu un diagnostic de cancer du poumon, 33% de ceux-ci présentaient une dépression majeure. L. Fallowfield & al. (2001), a également trouvé, que, sur 2297 patients souffrant d'un cancer, 36 % de ceux-ci souffraient d'anxiété clinique.

Il subsiste cependant une difficulté pour le diagnostic de la dépression et de l'anxiété en cancérologie. Les symptômes somatiques de la dépression que propose le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, le DSM IV-TR (APA, 2000), peuvent également être expliqués par la maladie et/ou les traitements oncologiques. En effet, par exemple, trois symptômes cardinaux de la dépression majeure, l'anhédonie, la fatigue et la perte d'appétit peuvent être la conséquence de la maladie cancéreuse ou des traitements qui sont utilisés pour la contrer. En ce qui concerne l'angoisse, il est nécessaire de différencier une angoisse pathologique d'une peur réactionnelle à un épisode effectivement difficile à gérer : par exemple, l'annonce d'un diagnostic de cancer ou de la nécessité d'une chimiothérapie.

Compte tenu de la prévalence élevée des troubles psychiatriques chez les sujets cancéreux et de leur diagnostic difficile, une prise en charge bi-focale psychologue - psychiatre est essentielle. Ces deux champs d'activités sont principalement complémentaires : la prise en charge psychologique ou psychothérapeutique des patients présentant des troubles psychopathologiques n'est parfois possible que si un traitement médicamenteux est prescrit. En étant intégrés à l'équipe de psychiatrie de liaison, les psycho-oncologues participent activement aux réunions cliniques qui permettent des collaborations efficaces quant à la prise en charge intégrée du patient cancéreux.

Relais somaticiens- psychiatres.

La double intégration centre du cancer – psychiatrie de liaison permet un relais important entre les somaticiens et les psychiatres. Les psychologues collaborent étroitement avec les

psychiatres de liaison et peuvent ainsi jouer un rôle d'intermédiaire entre le demandeur somaticien et le psychiatre, favorisant alors l'intervention du psychiatre de liaison dans des unités où les psychologues sont intégrés. D'ailleurs, lorsque la demande d'avis psychiatrique est effectuée par le médecin de l'étage, un premier travail d'analyse de la demande sera fait par le psychologue pour ensuite être relayé à l'unité de psychiatrie de liaison. Ensuite, la démarche thérapeutique sera définie par le psychiatre et le psychologue avec la possibilité de poursuivre une prise en charge psychologique et un traitement médical psychiatrique au-delà de l'hospitalisation du patient. La double affiliation du psycho-oncologue permet donc aussi de venir soutenir la fonction pragmatique de l'intervention, telle que la décrivait A.-S. Chocard à propos de la psychiatrie de liaison.

AVANTAGES ET INCONVENIENTS D'UNE DOUBLE AFFILIATION

Avantages d'une double intégration

Le psycho-oncologue, qui travaille pour le centre du cancer et qui est intégré à une équipe interdisciplinaire peut plus aisément recevoir les demandes de suivi faites par ses collègues médecins ou paramédicaux. La majorité de ces demandes sont essentiellement effectuées lors de réunions pluridisciplinaires, ce qui permet de les étayer et donc de mieux organiser la prise en charge. Ce type d'organisation permet de mieux sélectionner les indications d'intervention des psychologues car elle évite qu'ils soient constamment appelés dans des unités en difficulté pour des demandes de prises en charges qui ne sont pas justifiées (par exemple, les pleurs d'un patient qui vient d'apprendre un diagnostic de cancer n'est pas en soi un motif d'intervention du psychologue). Par ailleurs, un élément essentiel de la prise en charge psychologique est que le patient soit prévenu par le médecin de la possibilité d'une consultation de soutien par le psychologue, tout en permettant au patient de la refuser et en lui laissant le temps de se situer par rapport à cette rencontre. En effet, il va de soi que si nous intervenons sans respecter ce « temps nécessaire », en ignorant les résistances du patient, la rencontre sera souvent impossible. En définitive, ce moment important proposé au patient n'aboutit que « parfois » à la rencontre avec le psychologue.

Le travail de « liaison » ou de remise d'un avis est défini comme étant principalement un échange succinct sur les aspects psychologiques qui posent question chez le patient.

Ajoutons qu'il ne s'agit pas d'un compte rendu exhaustif de l'entretien psychologique mais plutôt de la transmission d'informations susceptibles de favoriser la prise en charge médicale. Cette nécessité de restituer certains éléments de l'entretien psychologique à d'autres intervenants pose toutefois une question déontologique. Selon le code de déontologie, le psychologue, lorsqu'il est lié à une institution ne modifie pas ses devoirs professionnels, et en particulier ses obligations concernant le secret professionnel (Bourguignon, 2008). Le psychologue a de ce fait le droit de refuser de transmettre des informations recueillies lors des entretiens avec le patient. Cependant, le refus de toute transmission d'informations viendrait en opposition avec une autre règle déontologique qui est l'importance pour le psychologue de restituer certains éléments aux autres secteurs de soins pour remplir sa mission qui est de faire reconnaître et respecter la personne dans sa dimension psychique (Bourguignon, 2008). En milieu hospitalier, le psychologue doit transmettre certains éléments issus de sa pratique afin d'éclairer les autres soignants sur les enjeux psychiatriques et/ou psychologiques qui peuvent participer à la mise en place par le patient de certains comportements susceptibles d'interférer avec le déroulement des soins.

De ce fait, il est impératif que le psychologue de liaison trouve une manière propre de sélectionner certaines informations essentielles qu'il a pu recueillir lors des entretiens afin que leur transmission permette d'améliorer la prise en charge du patient. Indirectement, le psychologue favorise une meilleure compréhension du malade par les soignants qui pourront mieux appréhender des comportements nécessitant une adaptation des soins. L'objectif de cette démarche est donc de permettre aux soignants de prendre connaissance de certaines dimensions psychopathologiques de certains patients. Par exemple, une même manifestation d'agressivité présentée par un patient pourra, en fonction de l'éclairage donné par le psychologue être interprétée comme secondaire à un trouble de l'humeur, ou à un trouble de personnalité ou encore à un sentiment de rejet. Le refus de certains examens pourrait être compris comme secondaire à un trouble anxieux de type claustrophobie ou à un refus de soins, faute d'une explication suffisante à les faire accepter.

Le contexte de la pluridisciplinarité facilite le travail de liaison du psychologue qui est en partie intégré à l'équipe soignante. En effet les réunions d'équipes sont des moments propices à ces échanges. Il faut toutefois signaler que les moments informels représentent la majorité des moments de liaison et sont souvent d'une grande richesse informative.

Inconvénients d'une double intégration

La double appartenance du psycho-oncologue a toutefois certains inconvénients. Tout d'abord, la neutralité dans la rencontre psychologue - patient, propre à la fonction psychologique peut être menacée par l'intégration du psychologue à l'équipe. En effet, le regard du psychologue pourrait être influencé par la rencontre de l'équipe soignante et par les informations médicales et sociales qu'elle transmet. Au cours des entretiens cliniques, le psychologue sera attentif à conserver une neutralité bienveillante à l'égard du patient, en se démarquant du vécu de l'équipe.

Par ailleurs, le psycho-oncologue étant intégré à une équipe de soins, il ne lui est pas possible d'incarner une attitude de supervision, dont le rôle serait de soutenir l'équipe soignante face aux difficultés rencontrées dans les soins aux malades. En effet, l'émotion suscitée par une situation peut affecter le psychologue au même titre que les autres membres de l'équipe. S'il s'efforce d'être neutre dans les prises en charge cliniques, il ne peut pas soutenir une position de neutralité vis-à-vis d'une équipe à laquelle il appartient. Il sera donc souvent préférable, tant pour le psychologue que pour les autres soignants, de faire intervenir un superviseur extérieur lorsque le besoin s'en fait sentir.

Enfin, un dernier inconvénient réside dans le choix même du titre de « psycho-oncologue », qui apparaît comme trop spécialisé, là où nous voulons maintenir l'idée que le psychologue reste avant tout un spécialiste de l'humain. Même s'il peut être intéressant pour un psychologue qui travaille en oncologie d'avoir certaines connaissances dans le domaine, le risque est que les patients ne s'ouvrent à lui que pour des questions qui touchent à leur cancer, ne se sentant pas autorisés à s'ouvrir à propos d'autres champs qui n'y sont pas associés directement. Or, même dans ce domaine précis de la psychologie, la fonction du psychologue reste de soutenir une élaboration plus large, qui pourra parfois permettre au patient de prendre plus de distance par rapport à sa maladie, ou du moins de la vivre différemment. Tout comme il doit être attentif à rester relativement indépendant de l'équipe dans sa relation au patient, le psychologue devra rester attentif à ce que son savoir oncologique ne l'empêche pas d'entendre ce que le patient lui dit.

CONCLUSION

L'évolution des spécialisations médicales et paramédicales ainsi que les contraintes croissantes de l'hôpital général pourrait conduire à la déshumanisation des soins. Si il n'est pas possible ni souhaitable d'arrêter cette spécialisation et de ne pas tenir compte de cette évolution du monde hospitalier, les soignants s'interrogent sur la mise en place d'alternatives humanisant les soins au malade. Ce sont ces réalités médicales et sociales qui amènent les oncologues, les psychiatres et les psycho-oncologues à une réflexion en profondeur pour réinstaurer un moment de soins, dans laquelle le « psy » joue un rôle privilégié mais a aussi une place singulière.

Il est donc essentiel d'entretenir une part d'humanisation dans les services de cancérologie et de concevoir un cadre de travail spécifique à ce type de clinique. L'abord transdisciplinaire permet une approche particulièrement centrée sur le patient et non fragmentée, comme si le patient n'était qu'un objet passant de mains en mains jusqu'à l'éradication de la maladie qui l'a conduit à consulter.

Le psychologue en oncologie joue un rôle dans cette équipe et prend depuis peu une place importante à l'hôpital général. A travers le plan cancer mis en place à un niveau européen, les politiques ont compris l'importance de soins plus humains dans des maladies graves et mortelles. L'annonce d'un diagnostic de cancer peut constituer un traumatisme psychologique important, surtout chez les sujets les plus vulnérables.

Sur le plan psychologique, il semble important que les spécialistes de la santé, qu'ils soient médecins, infirmiers ou paramédicaux travaillent ensemble et avec le patient afin de l'aider à intégrer ce qui lui arrive. A un certain niveau, les psychologues et les psychiatres apportent leurs spécificités afin d'aider au mieux le malade du cancer. Une collaboration étroite entre ces spécialistes est indispensable.

Le psychologue en cancérologie doit selon nous être affilié tant à un centre du cancer qu'à un service de psychiatrie de liaison. Afin de permettre un travail plus complet et adéquat, cette complémentarité doit être clairement définie sur le terrain. Etre intervenant de psychiatrie de liaison est une tâche ardue. Ces spécialistes de la psyché sont souvent mal compris par leurs collègues spécialistes du corps, lorsqu'ils ne les rencontrent que de

manière ponctuelle. Le psycho-oncologue, qui lui est affilié à l'unité somatique, joue un rôle essentiel pour permettre aux somaticiens de comprendre les implications psychologiques de certaines situations et peut par ailleurs servir de trait d'union entre le somaticien et le psychiatre, permettant une collaboration fructueuse dans un champ de la médecine où le corps et la « psyché » sont omniprésents.

En parallèle, une affiliation à un service de psychiatrie permet au psychologue d'éviter la sur-spécialisation psycho-médicale qui l'empêcherait de conserver une liberté de pensée, trop prise par les implications de la clinique oncologique. Cette affiliation permet une forme de retrait grâce aux échanges cliniques et théoriques, recul nécessaire à toute « clinique psy », qui doit se démarquer au moins un peu de la logique médicale. En résumé, il existe de nombreux avantages à une double affiliation, dont la principale est qu'elle est l'instrument sur lequel le psycho-oncologue s'appuie pour soutenir sa mission d'humanisation des soins en cancérologie.

BIBLIOGRAPHIE

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition. Text revision (DSM IV-TR). Washington ; 2000.
2. Bacqué, M.-F. Le deuil à vivre. Paris : Odile Jacob ; 2000.
3. Basarab, N. La transdisciplinarité, manifeste. Paris : Edition du Rocher ; 1996.
4. Bourguignon, O. Ethique et pratique psychologique. Paris : Mardaga ; 2008.
5. Chocard A.-S. & al. Quelles sont les qualités exigibles d'une équipe de psychiatrie de liaison. Annales Médico Psychologiques 2005 ; 163 : 691-696
6. Coyne, J. & al. Psychotherapy and survival in cancer : The conflict between hope and evidence. Psychological bulletin, 2007, 133(3) : 367-394.
7. De hennezel, M. Mission : fin de vie et accompagnement. Rapport au ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. 2003
8. Dolbeault, S., Dauchy, S., Brédart, A. & Consoli, S, M. La psycho-oncologie. Paris : John Libbey Eurotext ; 2007.
9. Duverger, Ph., Chocard, A.-S., Malka, J. & Ninus, A. Psychopathologie en service de pédiatrie. Pédopsychiatrie de liaison. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson SAS ; 2011.

10. Euller-Ziegler, L. & Ziegler, G. Qu'est-ce qu'une approche multidisciplinaire ? Définition, cadre de soins, problématique. *Revue du Rhumatisme*, 2001 ; 68(2) : 126-130.
11. Frick, E. L'accompagnement des malades cancéreux. : un défi pour la psychothérapie, *Etudes* 2006(11) ; 55 : 485-495.
12. Fallowfield L. & al. Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. *British Journal of Cancer* 2001 ; 84(8) : 1011-1015.
13. Geissler, M. European Cancer Plan Coalittion 2003. Available from : URL : <http://www.ecpc-online.org/about-ecpc.html>
14. Gravel, Ch. Le défi du monde de la santé. Comment humaniser le soins et les organisations. Sainte-Foy : PUQ ; 2005.
15. Hall A., A'Hern R., Fallowfield L. Are we using appropriate self-report questionnaires for detecting anxiety and depression in women with early breast cancer? *European Journal of Cancer* 1999 ; 35(1) :79-85.
16. Hochmann, J. Histoire de la psychiatrie. Paris : PUF ; 2004.
17. Hopwood P., Stephens R. Depression in patients with lung cancer: prevalence and risk factors derived from quality-of-life data. *J Clin Oncol.* 2000 ; 18(4) : 893-903.
18. Jadoulle, V. Le déni comme angle d'approche psychosomatique en cardiologie et en oncologie. *Annales médico psychologiques* 2006 ; 164 : 108-114.
19. Luxereau C. Psychiatrie en médecine : la confusion des langues. *Champ psychosomatique* 2001 ; 23 : 157-174.
20. Nardin, A. L'humanisation de l'hôpital : mode d'emploi. Paris : Broché ; 2009.
21. Onkelinx, L. Plan national cancer 2008. Available from : URL : http://www.ps.be/_iusr/32_actions_f.pdf
22. Razavi, D. Psycho-oncologie : le cancer, le malade et sa famille. Paris : Masson ; 1994.
23. Razavi, D. Etude des besoins et de l'organisation du soutien psychosocial des patients atteints d'un cancer et de leurs proches. [Rapport]. Bruxelles : Université libre de Bruxelles.
24. Robert, P. Le petit Robert. Paris : Edition du nouveau littré, 2010.
25. Rogers, C. On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy. London : Constable ; 1961.
26. Saltel, P. Psycho-oncologie : méthodes, outils. *Cancer/Radiothérapie* 2002 ; 6 : 207-213.

