

Formation des psychologues et des psychiatres à la psycho-oncologie

Au-delà des compétences objectives, une approche globale de la subjectivité patients/soignants

M.-F. Bacqué¹, D. Razavi²

¹ Professeur de psychopathologie et psychologie clinique à l'université Louis-Pasteur de Strasbourg, rédactrice en chef de la Revue Francophone de Psycho-oncologie, 12, rue Goethe, F-67000 Strasbourg, France

² Professeur de psychosomatique à l'université libre de Bruxelles et chef de la Clinique de Psycho-Oncologie, du Traitement de la Douleur et des Soins Palliatifs à l'Institut Jules Bordet, 1, rue Héger-Bordet, B-1000 Bruxelles, Belgique

Correspondance : e-mail : mfbacque@club-internet.fr – drazavi@ulb.ac.be

Résumé : La psycho-oncologie est une jeune discipline européenne. Ses vingt ans entraînent une demande de formation de ses praticiens, en particulier psychologues et psychiatres (« psychistes »). La psycho-oncologie est, à l'origine, une spécialité des « psychistes » en cancérologie, mais son savoir s'est répandu parmi tous les soignants, de façon plus ou moins complète. Outre leur formation initiale de haut niveau permettant la participation à la recherche scientifique, les « psychistes » ont besoin d'une formation continue avec des sessions de renforcement comme les autres praticiens. Le niveau émotionnel de leur pratique est élevé et bénéficierait de groupes analytiques de supervision, mais également de formations avec jeux de rôles et visualisation critique (vidéo). Si l'éthique, les psychothérapies, la psychopharmacologie, la psychopathologie sont les données objectives de leur savoir, l'identité professionnelle, les relations transféro-contre-transférentielles sont la part subjective essentielle qui leur permet une approche clinique holistique du patient, indispensable en cancérologie.

Mots clés : Formation des psychologues et des psychiatres – Psycho-oncologie – Techniques de formation – Psychothérapie – Évaluation

Training for psychologists and psychiatrists in psycho-oncology. Beyond objective skills, a holistic approach of the subjectivity of patients/care-givers

Abstract: Psycho-oncology is a young european speciality. Having existed for twenty years, it involves a need for training psychologists and psychiatrists. Originally, psycho-oncology was a psychological speciality in oncology but its knowledge and skills is now reached by other care-givers. The high level of initial training of the psychiatrists and psychologists is able to generate scientific research but continuous training in these disciplines and specialisation workshops are necessary. The emotional level of their practice would decrease if they could benefit from analytic supervision groups, role playing and critical visualization (video). If ethics, psychotherapies, pharmacology and psychopathology are objective data of their knowledge, professional identity and transference-counter-transference relations are the major subjective part that gives an holistic clinical approach of the patient, essential in oncology.

Keywords: Training for psychologists and psychiatrists – Psycho-oncology – Training skills – Psychotherapy – Assessment

Introduction

La psycho-oncologie est une jeune discipline [16]. Elle a été reconnue et pratiquée comme telle en France dans les années quatre-vingt, bien que, depuis longtemps, les cancérologues occidentaux attestent de l'importance des difficultés psychiques en oncologie et que des sociétés de spécialistes et de soignants organisent une réflexion scientifique sur ce thème (l'oncologie psychosociale se développe aux États-Unis dès les années soixante-dix, en Europe dans les années quatre-vingt). En France, l'association Psychologie et Cancers voit le jour en 1975 et ne devient Société Française de Psycho-Oncologie qu'en 1994.

La psycho-oncologie est une spécialité des psychologues et psychiatres travaillant en cancérologie. Si elle concerne tous les troubles psychologiques et psychiatriques liés à l'occurrence d'un cancer, elle dépasse la psychopathologie pour s'adresser préférentiellement au sujet porteur de la maladie. Elle identifie ses difficultés psychologiques, l'accompagne sur son parcours, le secourt en cas de détresse majeure, aide ses proches quand les répercussions de la maladie sont intenses et permet aux soignants de développer des pratiques de qualité malgré la charge psychique due à cette pathologie.

Ainsi, la psycho-oncologie ne s'intéresse pas qu'à la sémiologie des troubles de l'adaptation au cancer, elle questionne la personne sur ses représentations de la maladie, sur ses désirs ou ses attentes concernant les soins, afin de lui permettre d'élaborer une aptitude à tolérer la maladie, l'intégrer à son histoire, transmettre ses gains et ses pertes à ses proches ou aux générations futures, collaborer à l'avancée de la prise en charge psychosociale [4].

La psycho-oncologie constitue donc un champ ambitieux de savoirs et de compétences, mais aussi de savoir-être et même de philosophie du soin et de la personne. Elle a besoin de professionnels hautement qualifiés, qu'ils soient docteurs en médecine spécialisés en psychiatrie ou psychologues diplômés (cinq années d'études) formés aux psychothérapies et docteurs en psychologie. Par ailleurs, les soignants et oncologues peuvent également acquérir des compétences de haut niveau en psycho-oncologie. Néanmoins, si l'on veut à tout prix employer le terme de psycho-oncologue, il ne s'appliquera qu'aux psychologues et psychiatres ayant la spécialité de diagnostiquer, traiter et accompagner les difficultés psychologiques spécifiques des malades atteints de cancers. Les psychanalystes ont également une place en cancérologie, mais, à défaut d'y trouver un cadre compatible avec la cure analytique classique, ils y pratiquent la psychanalyse appliquée, au même titre que les psychiatres et les psychologues formés à la psychanalyse, en plus de leur diplômes initiaux, à la psychanalyse. Dans les années soixante-dix, on dénommait « psychistes », l'ensemble des psychologues, psychiatres et psychanalystes ; pour plus de commodité, mais aussi dans l'esprit de libéralisation de l'époque qui se voulait a-hérarchique. Aujourd'hui, nous emploierons le même vocable pour désigner le groupe des psy. Cependant, les différences épistémologiques sont certaines, voire incompatibles entre les profession-

nels de la psyché qui reconnaissent la place primordiale de l'inconscient et de la sexualité infantile dans le développement psychique et ceux qui ne conçoivent les troubles psychiques du sujet que comme déviances comportementales et biais d'apprentissage à rééduquer. De notre point de vue, les aspects cognitifs et comportementaux forment la part externe des manifestations de souffrance ou d'adaptation du sujet mais la part interne et inconsciente doit également être abordée, avec son autorisation, pour la compréhension de ses difficultés, et pour l'accroissement de son autonomie psychique, quand les dépendances physiques, psychologiques et sociales se font pressantes comme c'est le cas lors d'une maladie chronique.

Amélioration des traitements anti-cancer et mutation des malades

D'un point de vue historique, les cancers, bien connus depuis l'Antiquité, ont fait l'objet de nombreuses expérimentations thérapeutiques, de la chirurgie radicale au développement de toute une pharmacopée infiltrée de croyances et de superstitions. Ils ont convaincu les médecins d'avant l'ère industrielle de leur pouvoir hautement morbide. Aussi les avancées de l'observation clinique (parmi les pionniers, on compte Percival Pott et le cancer des ramoneurs), puis les hypothèses scientifiques portant sur le processus de la carcinogénèse, vont modifier la nature fataliste du pronostic du cancer grâce à la compréhension de certains mécanismes et la découverte de certaines drogues et techniques (chimiothérapies anticancéreuses, radiothérapie). Le XX^e siècle est source de bouleversements en termes d'amélioration de la méthode scientifique et des découvertes techniques, c'est aussi l'époque où la prise de conscience de la subjectivité aboutit à des démarches de reconnaissance mondiale des droits de l'homme, de la femme et de l'enfant, au refus

des expérimentations sur l'humain et à la naissance de la bio-éthique [12].

Sociologiquement, les mouvements d'autonomisation du malade se dessinent et le fantasme de « l'auto-soignant » apparaît aux États-Unis dans les années soixante, s'étayant parfois sur les médecines alternatives, les mouvements écologiques naissants et l'individualisme croissant [15]. Du côté de la relation médecin-malade, un mouvement de fronde se développe, rejetant le trop grand paternalisme médical et souhaitant désormais assumer certains choix, y compris le refus de se soigner. La participation du malade à son traitement a son revers : « N'aurait-il pas joué un rôle dans la naissance de sa maladie ? », se demande-t-on à l'époque. La découverte des facteurs cancérogènes liés au comportement et l'idée, fautive, de traits de personnalité prédisposant au cancer, entraîneront parfois une culpabilisation des patients. Certaines théories sur la psychogénèse des cancers contribueront alors à une redoutable stigmatisation des malades.

Ainsi, assiste-t-on, au cours de l'Histoire, à un balancement des représentations collectives du cancer : maladie-mauvais sort liée au mécontentement des dieux ou du destin, puis intériorisation du désordre qui rend les cellules cancéreuses folles, enfin, étiologie endogène du cancer due à des mutations génétiques, influence des facteurs environnementaux et polyfactorialité du développement de la maladie [6].

L'idée de guérison complète est relativisée et l'intérêt se déplace vers la qualité de vie

Malheureusement avec les cancers, la mort est souvent au rendez-vous. Fantasmatiquement, mais aussi dans la réalité. À la manière de la tuberculose au XIX^e siècle, on pourrait voir dans le cancer une « Anthropologie du malheur moderne ». La maladie cancer est souvent à l'origine d'une remise en

cause de l'individu. Accès à la vulnérabilité ou effraction du réel de la mort ? Deuil de la toute puissance ou inaccessibilité de la mort dans l'inconscient ? Le « travail de la maladie » [19], à l'image du travail de deuil, correspond à l'idée freudienne de « durch arbeiten », c'est-à-dire littéralement de travailler (mentalement) au travers de l'événement-maladie. « Perlaborer », c'est prendre en compte le changement et l'intégrer pour se transformer. Pourquoi l'abord psychanalytique a-t-il sa place en cancérologie ? Parce qu'au-delà des avancées médicales, le nombre de « non-guérison » augmente, c'est-à-dire de maintiens en vie, au prix d'une maladie chronique. Les attentes de guérison des patients et, surtout, de redevenir comme avant, sont insatisfaites. La stabilisation de la maladie entraîne une réduction des attentes et, parfois, un accompagnement dans cette acceptation de ne pas guérir, mais de garder un état stationnaire ponctué de visites de « contrôle », voire de rechutes et de rémissions de moins en moins complètes.

La médecine en cancérologie doit donc se doter d'une modestie indispensable et d'un système en réseau qui se situe en amont, dans une dynamique de prévention des comportements cancérogènes et du développement des tumeurs et, en aval, du côté des soins palliatifs ou des soins « supportifs » (les soins « supportifs » s'appliquant certes à la fin de vie mais aussi à toute la cancérologie elle-même, dans la mesure où le processus de la carcinogenèse, une fois lancé, semble si difficile à totalement éradiquer. Les soins de « support » à la française désignent l'ensemble des traitements non spécifiques à toutes les phases de la maladie, prévention, rémissions et guérison. Cette nouvelle dénomination ne doit pas pour autant, en intégrant les soins palliatifs, dénier la fin de vie qui s'approche, même si elle peut donner l'impression d'une plus grande continuité des soins et d'une moindre ségrégation à l'approche de la mort).

La souffrance psychique passe au premier plan

La reconnaissance de ces difficultés par l'ensemble des équipes soignantes les a amenées à mieux comprendre leurs patients, à tenter de maximiser leur qualité de vie, à rechercher à augmenter leur satisfaction, à entendre leur demande d'allègement de leurs souffrances. Là encore, le fatalisme qui colorait de sombre la fin de vie des malades du cancer s'est considérablement teinté d'espoir, l'avènement d'une prise en charge antalgique a permis aux patients de relever la tête et de parler à leurs proches. Les problématiques, apparentes désormais, sont devenues largement émotionnelles et affectives : révélation diagnostique traumatogène [26], déni de la maladie, angoisse de mort, dépression réactionnelle aux effets des traitements, crise existentielle, refus de communication familiale. La cancérologie s'est subitement découverte une vocation pour la psychologie et la psychopathologie !

Les psychologues ont commencé à travailler dans les services de cancérologie dans les années soixante-quinze, les psychiatres y intervenaient depuis longtemps, mais sous forme de consultations ponctuelles. Les années quatre-vingt vont voir des psychologues s'installer à mi-temps puis à plein temps dans ces services et ne pas chômer. Aujourd'hui, ce sont des unités de psycho-oncologie où psychologues et psychiatres travaillent de concert qui ont une place reconnue dans les grands centres de lutte contre le cancer.

Fonctions des psychologues et psychiatres en cancérologie

Il nous faut tout d'abord revenir sur des concepts. En cancérologie peuvent coexister trois formes de disciplines psychologiques :

- la psychologie médicale est la psychologie appliquée aux problèmes posés par la médecine [8] ;
- la psychologie de la santé s'applique à la promotion et au maintien de la santé, à la préven-

tion et au traitement de la maladie et à l'identification des corrélats étiologiques et diagnostiques de la santé, de la maladie et des dysfonctions apparentées [18] ;

– la psychologie clinique en milieu médical s'intéresse au sujet en situation. Elle s'appuie sur des théories hétérogènes mais complémentaires : psychanalyse, phénoménologie, anthropologie, psychosociologie. Elle prend en compte le sujet dans son histoire, mais aussi celle de sa lignée (ascendants et descendants, réels ou fantasmatiques), son objectif n'est pas tant la psychopathologie que le fonctionnement mental du sujet.

On constate ici que psychologues et psychiatres peuvent répondre de disciplines finalement très différentes. Ils peuvent être de simples cliniciens, préoccupés de placer leur spécialité au niveau de celle d'un énième spécialiste intervenant en cancérologie. Leur mission consistera alors à diagnostiquer et à traiter les difficultés psychiques et les troubles psychiatriques des patients. Or, les connaissances issues de la psychiatrie s'avèrent insuffisantes. En effet, l'identification des symptômes et syndromes connus ne suffit pas à la compréhension de nombreuses difficultés du patient atteint de cancer. On peut, sans trouble psychiatrique majeur, refuser son traitement, demander une euthanasie ou encore s'opposer au changement d'infirmière. Les interventions à visée diagnostique nécessitent aussi un suivi, une compréhension ou tout simplement une écoute. Le travail psychologique ou psychothérapique peut avoir lieu sans référence obligatoire au médical, il peut se prolonger à la sortie du patient de l'hôpital.

Si les « psychistes » travaillent dans l'option psychologie de la santé, ils seront plus orientés vers la recherche de qualité de vie pendant et après le traitement, vers la prévention des effets secondaires des médicaments ou encore la limitation des répercussions de la maladie sur le groupe familial. Le psychologue de la santé travaille également sur les souffrances des

soignants, dans des groupes de parole qui permettront leur ajustement à la charge psychique du service.

La vision plus large, plus holistique de la psychologie clinique en milieu médical et de la psychologie médicale actuelle, s'inspire d'une éthique, celle du sujet. On comprend ainsi, pour ne citer qu'un exemple, la critique d'un terme comme « troubles de l'adaptation ». Il s'agit bien sûr de l'adaptation du malade, tant que faire se peut, à la maladie, au milieu médicalisé, à la mutilation ou au handicap, à la mort qui s'approche. Il est effectivement conseillé de s'adapter, quand on a un diagnostic de cancer, au système qui peut vous soigner. Cependant, l'idée d'adaptation implique l'adhésion au diagnostic et à la thérapie. Or, c'est plutôt de soumission dont il faut parler lorsque la révélation du diagnostic se fait traumatisme sidérant, ou encore d'obéissance (« compliance » en anglais) lorsque le traitement qui « guérit » se vit principalement par ses effets secondaires dégradants, vomissements et diarrhées, fatigue incoercible [20]. Le terme d'adaptation prête à confusion et peut renvoyer à normalisation. Du moins peut-on faire l'hypothèse que l'adaptation soit aussi celle du malade aux soignants : le bon malade, celui qui se laisse faire, qui ne geint pas et qui surtout ne pleure pas (sinon, on lui envoie le « psy » !).

Enfin, la psychologie clinique en milieu médical et la psychologie médicale se veulent approche globale du sujet et de son groupe (famille, équipe soignante, groupe de pairs malades). La psycho-oncologie est en phase avec un nouveau type de prise en charge, il s'agit du « Patient Total Care » ou Soin Total.

Problématiques psychologiques en cancérologie

Le « soin total » (il s'agit ici de « care » et non de « cure », deux termes distincts en anglais et malheureusement à l'unique correspondance française de « soin ») est à entendre ici comme la prise en

compte de toutes les dimensions du patient. Cette conception est à l'origine de la philosophie des soins palliatifs et maintenant des soins oncologiques de support. Parmi les aspects psychologiques qui concourent dorénavant largement à l'approche globale, nous relèverons ceux qui ont trait aux :

- **changements majeurs dus à la survenue de la menace de mort, mais aussi de la menace de mutilation, de dépendance physique et sociale, de handicap, de stérilité, de vieillissement** [11]. Il s'agit donc de repérer les effets pathogènes de la révélation du cancer, en termes de traumatisme, angoisse et dépression, modifications de la personnalité et du groupe familial. L'analyse des aménagements des mécanismes de défense permet souvent d'accéder à une compréhension des difficultés du patient. Ils peuvent assouplir sa position mais, le plus souvent, il s'agit de déni protecteur dans un premier temps mais délétère s'il se prolonge ou de répression des affects. Certains mécanismes de défense peuvent en effet entraver les possibilités d'aide par la famille et les soignants. L'analyse de la communication permet également d'accéder à la compréhension des difficultés relationnelles des patients, soit que le sujet ait désinvesti les autres pour se centrer sur soi, soit qu'il les vive maintenant comme agresseurs ou persécuteurs. L'idéalisation du médecin et des soignants n'est pas de meilleur augure. En cas de rechute ou de non-guérison, elle peut se retourner en son contraire ou favoriser une forme de détresse due au sentiment du malade de n'avoir pas été assez bon pour satisfaire l'équipe médicale surinvestie ;

- **conséquences psychologiques et psychiatriques de la mise en place des traitements oncologiques.** Il s'agit des effets secondaires des médicaments qui entraînent parfois troubles cognitifs, délire, dépression, angoisse. Le refus de traitement est souvent lié à des représentations négatives qui doivent être examinées au cours d'un entretien approfondi ;

- **modifications du mode de vie lié aux traitements, aux allers-retours à l'hôpital, à la perte du travail ou la mise entre parenthèses de la place sociale de l'individu.** Le sentiment d'être devenu dépendant entraîne parfois refus d'assistance ou trop grande passivité. Une régression peut avoir des aspects positifs et négatifs, celle qui consiste à se laisser complètement porter peut parfois renforcer l'impression de dépendance ;

- **effets sur le groupe familial ou la parentèle au sens large.** Troubles interpersonnels, dépression avec perte d'espoir et de projection de soi dans l'avenir [2] ;

- **vie avec une maladie chronique et difficultés d'ajustement produisant anxiété chronique et dépression, perte de l'estime de soi, isolement, prise de risque accru, abandon des relations sociales, tentatives de suicide** [7] ;

- **abord de sa propre mort après toute une série de renoncements et parfois un sentiment de désorganisation progressive.** Le deuil de soi peut constituer une forme de bilan de sa vie et d'inscription dans le futur du souvenir des autres, mais il peut être intriqué avec la détresse existentielle qui précède la fin de la vie et former une situation émotionnelle aussi dramatique pour le sujet que pour sa famille et ses soignants [5, 8, 10] ;

- **pertes et les différents renoncements, comme la sexualité, les atteintes du schéma corporel (mutilation, amaigrissement, fonte musculaire, alopecie, couleur de la peau).** Le renoncement à la fertilité, la problématique de la stérilité et la procréation médicalement assistée mettent en avant la question de la transmission transgénérationnelle, de l'hérédité et du sens de la vie [3] ;

- **fatigue et qualité de vie ;**

- **sentiment de vulnérabilité et l'impossibilité à se sentir léger comme avant (perte du désir, anhedonie, dépressivité et impression de gravité de la vie, syndrome de Damoclès)** [17] ;

– **équipes soignantes.** La place des « psychistes » est très vaste à ce niveau. Mais si nous nous attachons sur le rôle indirect que peuvent jouer les psychologues et psychiatres, mentionnons leur visibilité (le fait que des psychologues soient présents peut à la fois rassurer et inquiéter les patients, cependant, leur présentation par les soignants peut au contraire dédramatiser leur intervention). Notons également que, sans connaître, ni intervenir auprès d'un patient, un « psychiste » peut faciliter sa prise en charge par un soignant, par le travail d'échange avec ce dernier. Enfin, les comptes rendus d'entretiens ou de diagnostic permettront une meilleure compréhension des malades et un meilleur suivi médical [1] ;

– **deuil du patient et de sa famille : les « psychistes » pourront être formés à l'animation de groupes en deuil (familles en deuil ou parents ou enfants en deuil).** À la demande des différents accompagnants de malades, les psychologues et psychiatres peuvent co-animer (avec s'ils le souhaitent, un soignant formé à la co-animation de groupe) un groupe d'endeuillés. Il a été démontré que ces groupes ont un impact favorable en termes de diagnostic de complications du deuil (alcoolisation, consommation de psychotropes, détresse), d'accompagnement de ces difficultés et d'amélioration [18] ;

– **dernier point,** sans voir les mêmes patients qu'eux (pour des raisons de biais transférentiels), les « psychistes » formés au groupe de type Balint ou psychanalytique tenteront de répondre à la demande de soutien d'un groupe soignant ou de compréhension de ses processus psychiques inconscients. Ces groupes permettent de meilleurs aménagements défensifs et contre-transférentiels, ils facilitent la prise en charge collective des patients [19].

Formation des psychologues et psychiatres

Nous venons de recenser quasiment exhaustivement l'ensemble du travail clinique des « psychistes »

en cancérologie. Nous n'avons pas abordé le travail de recherche obligatoirement complémentaire de leurs actions. Il concerne aussi bien la psychologie clinique que la psychopathologie, mais encore, comme nous l'avons dit précédemment, la psychologie médicale et de la santé pour certains, la psychanalyse ou la psychosomatique pour d'autres. Il existe actuellement de nombreuses revues scientifiques permettant de publier les travaux comme *Psycho-oncology* ou la *Revue Francophone de Psycho-oncologie*. Le travail de recherche découle de la formation initiale de haut niveau des psychiatres et des psychologues thésés ou de la formation à la recherche lors d'un troisième cycle d'études. Revenons à la formation complémentaire des « psychistes » qui souhaitent travailler en oncologie. Une formation spécifique est indispensable. Il existe des Diplômes Universitaires (DU) en psycho-oncologie, dans les facultés de médecine et dans d'autres universités, mais ils concernent les soignants toute catégorie confondue. Des systèmes de formation continue pour psychologues et psychiatres qui complèteraient la formation initiale devraient être créés. Ces modules de formation continue devraient considérer la phase terminale d'un cancer, mais aussi la communication avec les patients et les soignants au sein des réseaux de soins. La peur et l'émotion affectent considérablement tous les soignants et les « psychistes » n'en sont pas exemptés. La formation continue permettrait d'explorer les nouveautés de la recherche et les nouvelles techniques : problèmes de diagnostic et de classification, psychopharmacologie, effets secondaires des drogues anticancéreuses et des autres traitements, médecines alternatives, résultats de différentes psychothérapies, critiques de ces recherches, technique psychanalytique et psychothérapique, techniques d'entretiens avec des personnes en situation de stress aigu, utilisation du transfert et contre-transfert, groupe-analytique, oncologie psychosociale, dissocia-

tion post-traumatique consécutive à une révélation diagnostique non préparée, effet du soutien par une équipe de psychiatrie de liaison, la liste peut encore être complétée...

L'intérêt de ces formations continues de base est lié à leur possibilité d'être « consolidées ». Les programmes de perfectionnement ont fait leur preuve dans la mesure où ils permettent l'expression des difficultés dans l'application des techniques acquises lors de l'enseignement de base [23]. Des études ont montré l'intérêt de ces consolidations en les évaluant trois mois après la formation initiale et surtout en testant leur efficacité [14, 21, 24, 25]. Des formations au travail interdisciplinaire faciliteraient le transfert des compétences sur le terrain clinique. Ils ne sont pas encore *a priori* réservés aux « psychistes », mais il semble que des sessions spécifiques évoquant directement leur identité professionnelle, des mises en situation considérant leurs représentations (l'image des « psychistes » dans la société et chez les malades), des jeux de rôles où ils échangeraient leurs « préoccupations » professionnelles limiteraient leur burnout ou syndrome d'épuisement professionnel qui n'épargne pas plus les psychologues et psychiatres que les autres.

Des ateliers de trois à cinq jours organisés sous forme de séjour résidentiel faciliteraient les échanges et la réflexion (deux associations anglaises « Cancer Research Campaign » et « Help the Hospices » ont testé cette formule). Maguire a montré [17] que l'établissement du programme par les participants est un bon préliminaire. Des cassettes vidéo permettent de discuter des techniques d'entretien, et les jeux de rôles permettent d'acquérir des compétences dans l'annonce de mauvaises nouvelles, l'entretien avec le patient qui dénie ses émotions, ou avec celui qui ignore son pronostic, etc.

Un travail sur l'éthique est conseillé afin d'augmenter la capacité à identifier ce type de problème, à en discuter les aspects moraux, à éviter les simplifications,

à proposer des standards minimaux dans les processus de décision thérapeutique [22]. Les techniques vidéo sont intéressantes car elles permettent de filmer le groupe en discussion, les jeux de rôles et même le formateur et ses propres contre-attitudes, à discuter dans le groupe en même temps que celles des écoutants.

Des programmes très complets sont proposés dans des centres spécialisés et mènent à un certificat ou un diplôme, comme au Memorial Sloan-Kettering Cancer Center de New-York, ou à l'Institut Jules Bordet de Bruxelles.

Enfin, la formation « naturelle » des psychologues et des psychiatres passe aussi par la facilitation de leur participation à des colloques scientifiques et des congrès internationaux. Leur permettre d'obtenir un bon niveau en anglais et en d'autres langues serait utile pour mieux profiter de leur participation, certes, mais, plus simplement, avoir les fonds nécessaires en formations continues dans les institutions serait déjà un bon point de départ. Deuxième élément de formation évidente pour les psychologues et psychiatres : la participation à un groupe de supervision analytique. Ces groupes monoprofessionnels (pour « psychistes ») élèvent le niveau de réflexion sur la pratique et permettent aussi aux éléments inconscients d'apparaître aux yeux du praticien. Si de tels groupes étaient cofinancés par l'institution, non seulement ils amélioreraient le travail des psychologues et psychiatres, mais de plus ils consolideraient leur identité professionnelle.

Conclusion

Les « psychistes » sont finalement, avec les médecins somaticiens, les plus mal servis sur le plan de la formation. La formation médicale continue a fait des progrès et offre aux oncologues des connaissances scientifiques mais peu dans le domaine des sciences humaines et de l'approche personnelle du malade et du soin. Les formations post-universitaires traitent de la

psycho-oncologie toutes professions confondues. Il semble judicieux de proposer des formations spécialisées aux psychologues et psychiatres ensemble. Elles proposeraient à la fois intégration de données objectives en médecine, psychopathologie et traitements psychothérapeutiques, mais aussi un savoir être grâce à des groupes de discussion de cas cliniques (méthode Balint et autre), des supervisions et des mises en situation dans des jeux de rôles. Ces formations ne peuvent être ponctuelles. Elles s'ajoutent des sessions de consolidation et des évaluations de leur efficacité. La formation continue doit définitivement être intégrée à la vie professionnelle de tous et notamment de ceux dont la fonction touche à l'équilibre mental. Les « psychistes » n'échappent pas au syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. Comme tous les soignants en oncologie, ils peuvent largement bénéficier d'échanges renforçant leur identité professionnelle, remettant en cause de façon constructive leurs modes d'intervention et leur permettant de développer créativité autant que compétences humaines.

Bibliographie

1. Bacqué M-F (2004) Rites de soin en fin de vie. In : Face aux fins de vie et à la mort. Éthiques et pratiques professionnelles au cœur du débat. Sous la dir. de E. Hirsch. Paris, Vuibert, pp. 253-7
2. Bacqué M-F (2004) La famille en deuil. In : Guérir les souffrances familiales. Sous la direction de P. Angel et P. Mazet. Paris, PUF, pp. 275-84
3. Bacqué M-F (2003) Apprivoiser la mort. Paris, Odile Jacob
4. Bacqué M-F (2002) Éditorial : qu'est-ce que la psycho-oncologie ? Revue Francophone de Psycho-Oncologie 1 (1-2): 1-4
5. Bacqué M-F (2002) Dépression en fin de vie : deuil de soi ou détresse existentielle ? Calvaire 2000, Revue française des unités de soins palliatifs 12: 21-8
6. Bacqué M-F (2002) Tomber malade : une dialectique des représentations individuelles et collectives du symptôme douloureux. Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale 58: 37-42
7. Bacqué M-F (2002) La charge psychique de la maladie chronique : aider les malades à « faire face ». Revue des maladies respiratoires 19: 35-7

8. Bacqué M-F (2001) Les deuils après euthanasie. Des deuils à « haut risque » pour les familles, les soignants et... la société. Études sur la mort 120: 113-27
9. Bacqué M-F (2000) Prévenir le deuil anticipé. Bulletin de la Société Française de Psycho-Oncologie 26: 8-9
10. Bacqué M-F (2000) Le burn-out chez les soignants en cancérologie et en soins palliatifs. Bull de la SFPO 25: 8-9
11. Bacqué M-F (1997) Deuil et santé. Paris, Odile Jacob (traduit en grec)
12. Bacqué M-F (1995) L'évolution du concept de subjectivité : aspects psychologiques. Pratiques Psychologiques 1: 5-13
13. Delay J, Pichot P (1967) Abrégé de psychologie. Masson, Paris
14. Delvaux N, Razavi D, Marchal S, et al. (2004) Effects of a 105 hours psychological training program on attitudes, communication skills and occupational stress in oncology: a randomised study. Br J Cancer 90: 106-14
15. Herzlich C (1984) Médecine moderne en quête de sens. In : Le sens du mal. Eds Des archives contemporaines, Paris
16. Holland JC, Rowland JH (1989) Handbook of Psycho-oncology: Psychological care of the patient with cancer. Oxford University Press, New York
17. Maguire P, Razavi D, Zittoun R (1990) Training in psychosocial oncology. In: Psychosocial oncology (Eds Holland JC, Zittoun R). Springer, New-York, pp. 137-42
18. Matarazzo JD, Miller NE, Weiss SM, et al. (1983) Behavioral Health: a handbook of health enhancement and disease prevention. Wiley, New-York
19. Pédinielli J-L (1993) Psychopathologie du somatique : la « maladie du malade ». Clinique méditerranéenne 37-38: 121-37
20. Pucheu S (2004) La guérison psychique du cancer ou le retour à l'harmonie du « moi ». Revue Francophone de Psycho-Oncologie 2: 61-4
21. Razavi D, Delvaux N, Durieux J-F, et al. (2002) Does training increase the use of more emotionally laden words by nurses when talking with cancer patients? A randomised study. Br J Cancer 87: 1-7
22. Razavi D, Delvaux N (sous la dir. de) (2002) Psycho-oncologie. Le cancer, le malade et sa famille. Masson, Paris
23. Razavi D, Delvaux N (sous la dir. de) (1998, 2002) Interventions psycho-oncologiques : la prise en charge du patient cancéreux. Masson, Paris
24. Razavi D, Delvaux N, Marchal S, et al. (1993) The effects of a 24 hours psychological training program on attitudes, communication skills and occupational stress in oncology: a randomized study. Eur J Cancer 29A (13): 1858-63
25. Razavi D, Merckaert I, Marchal S, et al. (2003) How to optimize physicians' communication skills in cancer care: Results of a randomized study assessing the usefulness of posttraining consolidation workshops. J Clin Oncol 21 (16): 3141-9
26. Ronson A (2005) Réponses post-traumatiques et dissociation en oncologie. Revue Francophone de Psycho-Oncologie 1: 53-9