

COMPTE RENDU

8^e Congrès mondial de psycho-oncologie, du 16 au 21 octobre 2006. Oncologie psychosociale multidisciplinaire : dialogue et interaction

8th World Congress of Psycho-Oncology, 16-21 octobre 2006. *Multidisciplinary psychosocial oncology: dialogue and interaction*

V. Adam • A. Brédart • F. Didier • S. Dolbeault • D. Oppenheim • M. Reich • E. Scaffidi • E. Seigneur

Introduction

Cet automne 2006, à Venise, s'est tenu le VIII^e Congrès de la Société internationale de psycho-oncologie (IPOS). Il portait sur le thème du dialogue et de l'interaction dans le cadre de la prise en charge psychosociale multidisciplinaire en oncologie. L'objectif était de mobiliser le plus grand nombre de sociétés nationales (une cinquantaine cette année) et de les faire dialoguer avec les représentations académiques mais aussi politiques du monde de la cancérologie, dans le dessein de favoriser le travail de coopération entre professionnels pour améliorer la prévention et la prise en charge médico-psycho-sociale du cancer. Le choix de ce sujet voulait souligner l'importance d'œuvrer de concert dans le dessein, d'une part, d'élaborer un langage et des standards communs et reconnus pour la prise en charge globale du patient atteint de cancer et de sa famille, d'autre part de favoriser la collaboration de l'ensemble des professionnels de soins en oncologie. Les paragraphes qui suivent donnent un aperçu de diverses sessions orales présentées au cours de ce congrès.

Où en est l'IPOS ? (Sylvie Dolbeault)

Sous l'égide de J.C. Holland et d'un bureau de directeurs très international et dans l'optique de se développer, tant dans les pays où la psycho-oncologie est déjà très

structurée que dans les pays émergents, l'IPOS s'est dotée depuis deux ans d'une structure juridique et organisationnelle plus solide en déléguant à Mme Elliott Graham et à son équipe les nombreuses tâches de développement incombant à la vie de la société savante. Après des années de travail dans ce sens, l'IPOS a obtenu en 2006 une reconnaissance officielle par le WHO (World Health Organisation), figurant désormais au sein des organisations non gouvernementales œuvrant dans le domaine de la santé et de l'éducation en santé.

En outre, les grandes réalisations de cette année sont :

- la mise en ligne des cinq premières conférences de psycho-oncologie destinées aux médecins et soignants non experts, sous forme de diapositives commentées et enregistrées, accessibles gratuitement en ligne, en six langues différentes (anglais, français, allemand, espagnol, italien et hongrois ; des versions portugaises et japonaises sont en préparation) sur le site de l'IPOS : www.ipos-society.org (*online lectures*). Les thèmes abordés y sont : la communication en oncologie, le repérage et la prise en charge de la détresse en oncologie, les troubles anxieux, les troubles dépressifs, l'évaluation psychosociale. Ce programme financé par l'ESO (European School of Oncology) a passé le cap de la première évaluation et l'ESO s'est donc engagée à financer une deuxième série sur les thèmes des interventions psychologiques, des soins palliatifs, des conséquences du cancer sur le conjoint et la famille, du deuil et des aspects éthiques en cancérologie. Tous les visiteurs du site sont invités à évaluer ces conférences après les avoir écoutées, permettant ainsi une amélioration permanente de leur qualité ;

- la création d'une maison d'édition de l'IPOS, avec la parution d'un premier ouvrage de sensibilisation à la psycho-oncologie à l'intention des médecins et soignants

travaillant en oncologie : *Quick Reference for Oncology Clinicians: The Psychiatric and Psychological Dimensions of Cancer Symptom Management*. D'un format poche, cet ouvrage très pratique est censé les aider à acquérir les premiers réflexes devant les situations psycho-oncologiques les plus fréquemment rencontrées sur le terrain. S'il intéressait les professionnels francophones, on pourrait envisager sa traduction.

L'IPOS a décidé de renforcer le rythme des congrès internationaux, tant pour développer le réseau international que pour des questions financières. Les prochains congrès seront donc annuels : Londres en septembre 2007 (organisateur : Maggie Watson), Madrid en juin 2008 (organisateur : Maria die Trill), Vienne au printemps 2009 (organisateur : Elisabeth Andritsch), Pékin en 2010 ou 2011. D'ici à deux-trois ans, une évaluation de la pérennisation de ce rythme annuel sera réalisée, qui représente un gros effort pour la société mais aussi pour les équipes de terrain qui n'ont pas toujours les moyens de présenter des travaux nouveaux d'une année sur l'autre.

Séminaires en préprogramme (Sylvie Dolbeault)

La nouveauté de ce Congrès de Venise était représentée par l'organisation de deux journées précédant le congrès lui-même, réservées à des *workshops* portant principalement sur les pratiques psychothérapeutiques, majoritairement en anglais mais aussi dans la langue du pays d'accueil, sur les thèmes cliniques suivants : problématiques culturelles en oncologie (A. Surbone) ; stress post-traumatique chez les patients atteints de cancer (D. Spiegel), conduite des psychothérapies de support en oncologie (J.C. Holland et M. Lederberg), interventions de groupe proposées aux couples (L. Baider), recours aux interventions cognitivo-comportementales individuelles (M. Watson) et en groupe (F.I. et N. Fawzy), travail de deuil des familles durant la phase palliative et après le décès (D. Kissane), spiritualité et interventions psychothérapeutiques en phase avancée du cancer (W. Breitbart, S. Popitto). Un atelier était consacré aux problématiques organisationnelles : structurer et développer un service de psycho-oncologie (B. Bultz), et un autre à la recherche en psycho-oncologie (C. Johansen, C. Bergelt). Trois ateliers étaient proposés en italien : stress, épuisement professionnel (W. Baile et A. Costantini), problématiques sexuelles en oncologie (M. Tomamichel), art thérapie (P. Luzatto).

Les *workshops* duraient une journée sauf celui qui était consacré à la menée d'un projet de recherche (deux jours). L'objectif de ces journées de précongrès qui ont réuni 250 participants environ est de permettre de nombreux échanges entre l'animateur du *workshop* et son public, mais aussi et surtout entre les participants eux-mêmes qui sont tous des professionnels d'origines culturelles différentes et de formations diversifiées et ont donc une large expérience à partager et à échanger avec le groupe.

Ces *workshops* ayant remporté un vif succès et surtout engendré une satisfaction élevée des participants, il a été décidé d'en reprendre le format pour les prochains congrès annuels. S'inspirant de cette expérience très positive, la Société française de psycho-oncologie a décidé pour ses prochains congrès annuels de proposer une journée d'ateliers (« Les ateliers de la SFPO »), qui précéderont le congrès lui-même et permettront ces rencontres très interactives entre professionnels autour de leurs pratiques de soins.

Troubles psychiatriques en oncologie (Michel Reich)

Différentes sessions à caractère pédagogique ont revu les aspects associés aux troubles psychiatriques les plus importants en oncologie. Ainsi, les troubles de l'humeur ont été présentés lors d'une session animée par le Pr Breitbart. Celui-ci a rappelé la prévalence de la dépression en oncologie, estimée entre 3 et 58 %, et plus proche de 10 à 25 %, selon les outils diagnostiques utilisés (entretien semi-structuré ou échelles telles que le SADS, DIS, ou SCID). Les mécanismes physiopathologiques de la dépression impliquent certaines protéines inflammatoires comme les cytokines (IFNalpha) et l'action des antidépresseurs s'expliquerait, entre autres facteurs, par une activité anticytokine. Certains antidépresseurs pourraient être utilisés en prévention des effets secondaires neurotoxiques induits par la chimiothérapie (cisplatine, vincristine), car ils produiraient des facteurs neurotrophiques. Les effets secondaires des antidépresseurs, liés au blocage des récepteurs alpha, muscarinique, antihistaminique, sont immédiats et persistants. L'adjonction de benzodiazépines doit être temporaire, car celles-ci contribuent à maintenir la fatigue et les troubles cognitifs. Le delirium (confusion mentale) a été traité par le Pr Caraceni. Ce trouble touche essentiellement les fonctions de l'attention et de l'éveil et s'accompagne de désordres cognitifs et de troubles des perceptions (hallucinations, illusions, délire), de pensées incohérentes et de troubles du langage et de l'écriture. Il est à rattacher à une atteinte physiologique en rapport avec une cause médicale générale sous-jacente. Certaines catégories de patients sont à surveiller, car très à risque de développer une confusion mentale : sujets âgés, atteints de VIH, en postopératoire immédiat, en réanimation ou en unité de soins intensifs, ou encore présentant un déficit cognitif au préalable. La prévalence de ce trouble s'élève à des taux de 20 à 28 % et augmente d'autant plus que le cancer évolue et que le patient se trouve en situation palliative. La détection précoce de ce trouble, la prévention, le repérage des facteurs précipitants, à savoir plus globalement une attitude d'anticipation, sont autant d'éléments qui permettront de mieux prendre en charge les patients confus. Les troubles de sommeil ont également été abordés. Ceux-ci sont souvent négligés et insuffisamment traités en oncologie alors même que leur présence peut réduire les capacités de réponse immunologique

des patients. Entre 30 et 50 % des patients cancéreux présentent des troubles du sommeil liés à leur pathologie, à la douleur physique ou à des aspects biologiques tels qu'une dysrégulation hormonale. Plus de 50 % des troubles du sommeil chez les patients cancéreux s'avèrent chroniques. Or, 20 % seulement d'entre eux vont l'aborder avec leur médecin. 60 % des patients atteints de cancer prennent un hypnotique pour des troubles du sommeil. Les paramètres tels que la douleur et la fatigue sont à prendre en compte lors de l'évaluation des troubles du sommeil. L'insomnie est corrélée avec des niveaux élevés de détresse émotionnelle et d'anxiété et la persistance d'une fatigue diurne. Finalement, la douleur en cancérologie a été discutée. Une approche multidisciplinaire apparaît primordiale pour aborder ce problème complexe. Le Pr Kaasa a rapporté l'existence encore fréquente de résistances à utiliser des antalgiques adéquats (opiacés) pour soulager les patients. Cela aurait une incidence en termes de prédiction des quantités de morphine à donner aux patients.

Réhabilitation et retour au travail (Michel Reich)

La problématique du retour au travail après un cancer a été abordée par la présentation de différentes études. L'une d'elles a montré que 67 % des patients ont l'intention de retourner travailler, 58 % retournent immédiatement et 9 % ne le font pas. Les patients atteints de néoplasmes de la sphère ORL sont moins enclins à reprendre le travail, car ils bénéficient souvent de peu de soutien social, ont peur de la discrimination ou du regard d'autrui. La présence d'une détresse émotionnelle ou de douleurs physiques est un facteur prédictif d'une moins bonne réintégration professionnelle. Par ailleurs, l'environnement professionnel, la motivation à retourner travailler et la satisfaction obtenue au travail sont trois paramètres pouvant avoir un impact sur la reprise du travail. Le retour dans le milieu professionnel implique un stress qui dépend de l'équilibre entre l'augmentation des sollicitations et les efforts à fournir par les patients pour satisfaire celles-ci.

Interventions en psycho-oncologie: éducation à la santé et formation à la communication (Michel Reich)

Une session a montré le développement de programmes psychosociaux et de soins supportifs en psycho-oncologie. Ces programmes doivent tenir compte des paramètres transculturels. Par ailleurs, les aspects de formation aux techniques de communication ont été revus par les spécialistes internationaux de la question. Une étude menée par le Dr Fallowfield révèle que les équipes soignantes présentent encore des difficultés à communiquer notamment sur les essais cliniques, l'histoire familiale, le bien-être social et émotionnel, l'impact des traitements en termes de sexualité. Par ailleurs, 32 % des médecins ont du mal à communiquer entre eux ; les anatomopathologistes et radiologistes ont un sentiment

d'accomplissement personnel très bas qui les expose au *burn-out*. Le Pr Razavi souligne que les soignants, pour se protéger, sont amenés à adopter des comportements bloquants comme le fait de délivrer au patient une information prématurée ou excessive. Il s'agirait d'acquérir des attitudes comme l'empathie ou la capacité d'explorer les émotions du patient. Le Dr Back rappelle les attitudes à proscrire dans la communication avec le patient : refuser de répondre aux questions embarrassantes des patients, informer par téléphone, informer au préalable la famille, éviter d'aborder la problématique du cancer. Offrir un encouragement à l'expression des émotions, clarifier et écouter, assurer d'un contrat de non-abandon, informer sur les traitements sont, en revanche, des attitudes positives en termes de communication.

Oncogénétique (Anne Brédart)

Le thème de l'oncogénétique a été abordé au cours de plusieurs sessions dans des études portant sur :

- les aspects psychologiques :
 - besoins et attentes ;
 - détresse psychologique ;
 - préoccupations liées au cancer ;
 - facteurs de risque ou prédictifs de détresse psychologique ;
 - impact sur le comportement de surveillance ;
 - facteurs liés à la prise de décision de surveillance ou de chirurgie prophylactique ;
 - impact du traitement hormonal substitutif ;
 - de la chirurgie prophylactique ou de l'IRM.
- les aspects familiaux :
 - comme la communication du risque dans la famille.
- les aspects sociaux :
 - interventions psychologiques de groupe ou d'entraide ;
 - organisation de service d'aide psychologique.

Les prédispositions non seulement au cancer du sein ou à celui de l'ovaire, associées aux gènes BRCA1/2, mais aussi au cancer du côlon comme la polypose adénomateuse familiale (FAP), cancer du côlon non polypeux héréditaire (HNPCC), du mélanome ou du pancréas (BRCA2) font actuellement l'objet d'un intérêt croissant, et concernent aussi bien les femmes que les hommes à risque, les sujets indemnes ou atteints de pathologie cancéreuse.

À titre d'exemples de résultats rapportés, les souhaits des hommes faisant partie de familles à risque de cancer du sein/ovaire ou de la prostate, à l'égard d'un service multidisciplinaire en oncogénétique, sont surtout orientés vers l'apport d'information plutôt que l'apport de soutien émotionnel. Le test BRCA1/2 n'augmente pas les préoccupations liées au cancer mais peut accroître la détresse psychologique générale de femmes chez qui la mutation

génétique est identifiée et qui ont un antécédent de cancer du sein. Par ailleurs, la communication du résultat d'un test génétique ne semble pas accroître le niveau de détresse du patient atteint d'un cancer du côlon (famille HNPCC) ; en revanche, la présence de cas de cancer récents dans la famille conduit à un niveau de détresse nettement plus élevé. À la suite du résultat d'un test BRCA1/2, le choix d'interventions prophylactiques apparaît limité (seules 3 % des femmes testées ont effectué une mastectomie prophylactique et 6 % une ovariectomie prophylactique sur un an) ; l'option de la surveillance (mammographie, examen clinique des seins, autopalpation) semble avoir la préférence des patientes. L'ovariectomie préventive est plus fréquente chez les femmes de niveau éducatif moins élevé, présentant une perception subjective de leur état de santé plus défavorable, percevant le cancer de l'ovaire comme incurable et l'intervention prophylactique comme bénéfique. Le traitement hormonal substitutif (THS) chez les femmes à risque préménopausées peut avoir un impact positif sur les troubles vasomoteurs, mais les symptômes restent néanmoins supérieurs par rapport aux femmes qui ont opté pour la surveillance et les troubles sexuels. Par ailleurs, chez des femmes à risque après ovariectomie prophylactique effectuée avant l'âge de 50 ans, il apparaît une perte de libido plus importante, plus de sécheresse vaginale, de prise de poids et de transpiration nocturne. En ce qui concerne la communication du risque dans la famille, une étude portant à la fois sur les filles (12-25 ans) de femmes chez qui une mutation BRCA1/2 a été identifiée semble indiquer une capacité à assimiler l'information sur le risque génétique sans trouble psychologique notoire.

Image du corps, sexualité et cancer du sein (Anne Brédart, Florence Didier, Elena Scaffidi)

Les thèmes spécifiques de l'image du corps et de la sexualité ont surtout été abordés en rapport avec le cancer du sein. Une étude anglaise (n = 2 281) a montré que le taux de perturbations liées à l'image du corps est de 75 % en ligne de base mais que celui-ci diminue avec le temps ; les facteurs associés aux préoccupations liées à l'image du corps dans les cinq ans consécutifs au traitement sont l'âge (plus jeune), le fait d'avoir été traitée par mastectomie, chimiothérapie adjuvante et la présence d'un niveau plus élevé d'anxiété et de dépression. La radiothérapie responsable de troubles cutanés peut également affecter l'image du corps. Une étude a porté sur l'impact de la conservation du mamelon dans la chirurgie mammaire sur l'image du corps et la sexualité. À l'aide d'un questionnaire spécifique, l'équipe des psychologues de l'Institut européen d'oncologie de Milan a montré un niveau de satisfaction très élevé chez les femmes conservant leur mamelon, permettant ainsi de limiter le sentiment de perte. Une autre étude a souligné l'impact du cancer du sein non seulement sur la femme mais aussi

sur le couple, indiquant que la sexualité dans le couple doit être renégociée. Dans un processus d'adaptation, un nouveau mode de vivre l'intimité physique doit s'élaborer au sein du couple. Les interventions psychologiques restent encore aujourd'hui trop centrées sur les patientes au détriment du couple.

Oncopédiatrie (Daniel Oppenheim)

Deux sessions orales ont été consacrées à la « psycho-oncologie dans l'enfance et à l'adolescence ». Nous en présentons les thèmes les plus intéressants. L'impact de l'infertilité sur la transition à l'âge adulte des adolescents guéris : il semble plus facile pour certains de parler à leurs amis du cancer que de la stérilité ; les attitudes évoluent avec l'âge et le fait que les amis deviennent parents. L'art thérapie comme soutien aux enfants en unités de greffe : l'activité artistique aide à supporter l'ennui, la solitude, l'anxiété et à désamorcer la colère. L'effet de l'environnement familial sur les adolescents bien portants quand un parent est atteint de cancer : la qualité des relations est plus importante que les caractéristiques de la structure familiale. Après le traitement, les relations familiales sont souvent de meilleure qualité que dans les autres familles. Comment les adolescents perçoivent-ils leur état physique et psychique cinq ans après la fin de leur traitement ? Comme la majorité des adolescents guérissent, sans séquelles majeures, il est important désormais d'être attentif aux séquelles « mineures » qui peuvent grandement altérer leur qualité de vie : celles qui sont visibles ou qui risquent de les gêner pour participer aux activités de leurs pairs, et ainsi de renforcer leur solitude (fatigue, difficultés respiratoires et cardiaques, etc.). La sexualité (et pas seulement la stérilité) est pour eux un problème, de même que les relations aux autres. Recommandations pour l'intervention psychologique en onco-hématologie pédiatrique : il importe de s'occuper du corps et de la maladie mais aussi de l'environnement thérapeutique. Communiquer avec les enfants sur leur cancer : il est important de le faire, et de savoir le faire. Modèles d'intervention psychologique sur le deuil pour les parents d'enfants morts de cancer : il est important de se préoccuper du deuil des parents. Évaluation d'une salle de jeu diversifiée pour les enfants : les effets en sont très positifs, sur les enfants d'abord, mais aussi sur les parents et sur les soignants. Une activité musicale a eu un effet positif sur le coping des enfants. Dans le cas des troubles comportementaux et émotionnels chez les enfants ayant été traités pour une tumeur cérébrale : les causes en sont multiples, et s'intéresser à l'âge, au type de tumeur, au traitement, à la famille, aux séquelles est nécessaire. L'impression d'ensemble a été quelque peu décevante : trop de présentations s'appuyant sur des qualités d'études très diverses, peu de thèmes innovants, beaucoup d'informations connues depuis longtemps. En revanche, les pays s'investissant, et de façon consistante, durable et inventive (comme l'équipe de Campinas, Brésil), dans le soutien psychologique aux enfants et à leur famille sont encore bien peu nombreux.

Enfants/adolescents de parents atteints de cancer (Étienne Seigneur)

Parmi les différentes communications traitant des répercussions familiales de la maladie, celles qui s'intéressent spécifiquement aux enfants et adolescents ayant un parent atteint de cancer ont été à nouveau relativement nombreuses durant ce congrès, essentiellement sous forme de posters. L'expérience émotionnelle de ces enfants et adolescents reste empreinte d'une détresse que le partage d'une information adaptée et une communication intra-familiale de qualité peuvent soulager. Des résultats déjà connus sont confirmés dans différentes études : les filles adolescentes seraient les plus vulnérables et le fait que la mère soit malade, en particulier lorsque s'associe au cancer un état dépressif, constitue une situation à haut risque pour les enfants et adolescents. La possibilité de pouvoir parler, en famille et à l'extérieur de celle-ci, du cancer du parent constitue une aide certaine, néanmoins, on met de plus en plus en évidence les risques liés également à trop d'information, en particulier lorsqu'elle est inadaptée ou bien à trop fort contenu émotionnel. D'une manière générale, la cohésion familiale et un style d'attachement sécurisant (plutôt qu'anxieux-ambivalent ou évitant) entre enfants ou adolescents et parents émergent toujours comme des facteurs positifs et protecteurs dans ces situations délicates. Différentes modalités de soutien à destination des parents, des familles dans leur ensemble ou bien des enfants et adolescents eux-mêmes ont été évoquées, les approches groupales (en particulier les groupes pour adolescents de parents malades) semblant apporter ici une aide précieuse.

Soins de support (Virginie Adam)

Les soins de support ont été évoqués tout au long de ce congrès et plus spécifiquement lors du symposium franco-belge relatant les expériences d'équipes pluri- et interdisciplinaires en départements de soins de support (DISSPO).

L'équipe de Darius Razavi a ainsi présenté les résultats d'une étude cherchant à savoir si les soins de support répondent aux besoins des patients et des soignants. Cette recherche, menée de janvier à novembre 2004, a interrogé des patients et des soignants de deux hôpitaux belges par le biais de questionnaires, évaluant d'une part leurs difficultés (classées en 38 types) et leur état émotionnel (anxiété et dépression). Les résultats de cette étude mettent en évidence les niveaux bas d'anxiété et de dépression appréciés tant chez les patients que chez les soignants, un souhait assez faible d'être aidé par un psychologue (19 % pour les patients et 18,1 % pour les soignants) et un nombre de difficultés rencontrées assez important pour les patients (de 16 à 20/38) et relatif pour les soignants (de 6 à 10/38). Cela ouvre des pistes de réflexion pour l'avenir, à savoir notamment l'évaluation systématique des besoins et

de l'anxiété en pratique oncologique, afin d'accroître et de renforcer les liens nécessaires entre les professionnels qui prennent en charge les patients et leur entourage.

En France, plusieurs départements de soins de support existent maintenant depuis quelques années. C'est le cas notamment au Centre Léon-Bérard de Lyon depuis 2000, à l'Institut Gustave-Roussy depuis 2002 et à l'Institut Curie depuis 2003. De par leur expérience, les équipes de ces établissements ont souligné toute l'importance d'un travail en collaboration avec les soins oncologiques spécifiques, afin non seulement d'améliorer la prise en charge des patients et de leurs proches et de répondre au mieux à leurs besoins, mais aussi d'améliorer la « qualité de vie » des soignants. Les soins de support apparaissent ainsi comme un réel soutien pour tous, avec le développement et la mise à disposition pour les professionnels de santé de multiples outils, comme les comités multidisciplinaires favorisant le partage d'informations, l'aide à la prise de décision, l'évaluation ciblée de problématiques et de besoins spécifiques (par l'adaptation française d'un questionnaire sur l'angoisse notamment), la mise en ligne Intranet de référentiels en soins de support, etc.

D'autres expériences sont plus récentes. Michel Reich nous a relaté la mise en place en mars 2006 au Centre Oscar-Lambret de Lille du CISSPO¹ et, afin d'optimiser les prises en charge des patients en termes de qualité, la nécessaire coordination des spécialités que celui-ci implique (psycho-oncologie, nutrition, soins palliatifs, accompagnement social...).

Par ailleurs, un cas clinique est venu illustrer le travail mené par l'équipe multidisciplinaire qui œuvre au SISSPO² du Centre Alexis-Vautrin de Nancy depuis 2004. Dans cette expérience, l'action de chacun des partenaires du soin s'articule à celle des autres, dans le respect de la place des différents intervenants et ce, dans un objectif commun : améliorer la qualité de vie du sujet.

Enfin, Anne Brédart nous a fait part des résultats d'une étude de satisfaction menée en 2006 à l'Institut Curie à Paris sur 40 paires de patients (DISSPO³ et non DISSPO). Cette évaluation a utilisé le questionnaire développé par le groupe qualité de vie de l'EORTC concernant la satisfaction des patients par rapport aux soins (IN-PATSAT32). Les résultats de cette étude mettent en évidence que les patients qui intègrent le DISSPO semblent voir leurs besoins mieux pris en compte (douleur, angoisse, annonce du diagnostic...).

Ce symposium a souligné l'intérêt des soins de support : leur place en cancérologie est importante et ils apportent une réelle valeur ajoutée tant aux patients

¹ CISSPO : Comité interdisciplinaire de soins de support pour les patients en oncologie.

² SISSPO : Service interdisciplinaire de soins de support en oncologie.

³ DISSPO : Département interdisciplinaire de soins de support en oncologie.

qu'aux équipes. La coordination des soins de support permet ainsi un étayage pour les équipes de soins spécifiques, et rend nécessaire la poursuite dans ce cadre de la formation et de l'information. De même, l'évaluation de l'appui et du soutien fournis aux patients et à leur entourage doit se développer par le biais notamment de protocoles de recherche clinique.

Aspects internationaux et transculturels (Étienne Seigneur)

On peut souligner en introduction de cette thématique l'attention portée par les organisateurs de ce congrès à la représentativité des communications issues des pays dits émergents. Cela coïncide pleinement avec une volonté nette de l'IPOS de favoriser l'intégration des pays au sein desquels la pratique de la psycho-oncologie est relativement récente, du fait le plus souvent du peu de moyens accordés à cette discipline. Ainsi l'expérience naissante de la psycho-oncologie, plus ou moins développée et structurée, dans certains pays asiatiques (la Chine et l'Inde en particulier) ou bien encore la Russie, la Turquie, la Jordanie et différents pays sud-américains aura été évoquée au travers de plusieurs communications orales et écrites.

Plusieurs intervenants ont évoqué les problématiques liées aux représentations culturelles de la maladie (certaines, empreintes d'influences religieuses) et aux habitudes en matière de communication médecin-malade qui peuvent constituer des barrières au développement de la psycho-oncologie en général. Par exemple, le concept de décision médicale partagée pour le traitement de femmes atteintes de cancer du sein paraît inadapté dans des

populations qui consultent parfois tardivement et surtout n'ont pas l'habitude de poser des questions au médecin ; la prise en charge dans ce contexte est fréquemment associée à une incompréhension et une insatisfaction vis-à-vis des conséquences du traitement.

En ce qui concerne les soins à caractère palliatif, les moyens qui leur sont consacrés sont bien souvent dérisoires au regard des nécessités épidémiologiques de ces pays émergents, ainsi plusieurs présentations ont évoqué des programmes visant à sensibiliser des volontaires, proches ou bénévoles, et à leur donner des compétences pour assurer l'accompagnement des patients. En effet, pour la majeure partie des pays en développement, les professionnels formés à la psycho-oncologie sont encore rares et travaillent donc en collaboration avec les communautés locales.

Conclusion

Cet aperçu de différentes sessions de présentations orales au cours du VIII^e Congrès de la Société internationale de psycho-oncologie montre un foisonnement de la recherche et de la réflexion dans ce domaine. La prévalence du cancer a augmenté dramatiquement au niveau international au cours de ces dernières années mais de nouveaux programmes thérapeutiques sont mis au point, qui favorisent la survie des malades à plus ou moins long terme selon les situations. Le retentissement du cancer et de son traitement sur la personne dans sa globalité appelle au développement toujours plus spécifique et compréhensif de la prise en charge multidisciplinaire en oncologie. Ce congrès en a fait l'état des lieux et a montré les perspectives et voies de progression pour les prochaines années.