

Place de la psycho-oncologie au sein des équipes soignantes

Josette OLIER

Compte-rendu de la session qui s'est tenue durant la 2ème Journée de Psycho-oncologie, au 9ème Congrès International sur les Traitements Anticancéreux (2-5 février 1999), à Paris, Palais des Congrès, organisé par le SOMPS (Service d'Oncologie Médicale de la Pitié-Salpêtrière), sous l'égide de la Société Française de Psycho-Oncologie. Débat animé par Bernard ARIES.

Cette Table Ronde réunissait :

- Le Professeur François BAILLET, chef du Service de Radiothérapie de l'Hôpital de la Salpêtrière;
- Le Professeur Silla CONSOLI, responsable de l'Unité médico-psychiatrique de l'Hôpital Broussais, et bientôt responsable de l'Unité de Psychologie Clinique et Psychiatrique de liaison de l'Hôpital Georges Pompidou;
- Jean-Yves GENOT, oncologue au Centre anticancer François Baclesse de Caen;
- Martin HOUSSET, chef du Service d'Oncologie-Radiothérapie de l'Hôpital Tenon, Paris 20^e;
- Jean-Luc MACHAVOINE, psychologue au Centre anticancer François Baclesse de Caen, ainsi que dans une unité de psychiatrie adulte;
- Nicole PELICIER, psychiatre dans le Service de Radiothérapie du Pr F. BAILLET à la Salpêtrière, et dans le Service d'Oncologie-Radiothérapie du Dr Martin HOUSSET, à l'Hôpital Tenon;
- Pierre SALTEL, psychiatre au Centre anticancer Léon Bérard de Lyon.

La séance est ouverte par Daniel NIZRI, onco-radiothérapeute (La Salpêtrière), qui rappelle des données statistiques : 250 000 personnes touchées par le cancer chaque année, et 140 000 décès. Ces malades demandent une meilleure prise en charge de leur maladie à la fois sur le plan physique et sur le plan psychique. Face à ces patients, les équipes soignantes sont amenées à fonctionner dans une pluridisciplinarité qui s'impose tous les jours davantage, en particulier dans le nouveau cadre défini par la réglementation du 18 mars 1998.

Qui désigne-t-on par le terme de "psy" ?

C'est un terme générique qui désigne le psychiatre, le psychologue, le psychothérapeute et le psychanalyste, affiliés à différentes écoles, et qui interviennent auprès de l'équipe médicale en un travail cohérent. Le psychiatre, en sa qualité de médecin, peut faire des prescriptions médicamenteuses, ce que ne fait pas le psychologue; le psychologue comme le psychiatre peuvent être également psychanalystes. Si, pour le Pr F. Baillet, lorsqu'il y a un problème on est toujours content de trouver un "psy" quel qu'il soit dans un service de médecine, selon le Pr S. Consoli, il convient de se dégager de l'idée reçue selon laquelle le psychiatre agit du côté de la maladie mentale, alors que le psychologue agirait du côté du "faire avec", pour aider le patient à supporter sa maladie et ses traitements.

L'oncologue doit-il devenir un psycho-oncologue ?

Martin Housset répond que, bien sûr les oncologues doivent recevoir une formation en psychologie ou en psychiatrie, et les psychologues et les psychiatres doivent recevoir une formation en oncologie ; cependant, pour lui l'évolution future conduira à intégrer des psychologues et des psychiatres spécialisés en oncologie comme membres permanents de l'équipe soignante où ils seront des spécialistes au même titre que l'oncologue, le radiothérapeute ou le spécialiste d'organe. Il distingue deux niveaux : celui des grandes structures CIP, CAC, gros CHU (qui ne soignent qu'une minorité de malades), où les patients, confrontés à la pluridisciplinarité, risqueront de n'avoir pas de référent, et celui des petites structures (qui soignent la majorité des malades) qui continueront de faire appel au "psy" extérieur à l'équipe selon l'analyse qu'on aura faite du cas considéré.

Selon le Pr F. Baillet, l'échange entre "psy" et oncologues dans l'équipe constitue un enrichissement réciproque, l'oncologue devenant plus sensible à l'écoute du patient, plus psychologue au sens littéraire au bénéfice du patient; mais on ne peut pas dire pour cela qu'il devienne psycho-oncologue.

Par delà la question de l'adresse du patient au "psy" par le médecin oncologue, Jean-Yves Génot souligne les questions qui se situent dans le domaine proprement psychologique et qui malgré tout relèvent totalement de l'oncologue, telle que le maintien, ou pas, du dosage des marqueurs dans la surveillance du cancer du sein - ce qu'il n'y a pas lieu de faire selon les règles de l'orthodoxie- chez une patiente qui continue de le demander, ou bien le maintien, ou pas, d'un site veineux implantable après la fin de la chimiothérapie, chez un malade qui a un mauvais pronostic. La décision n'est pas technique, elle est purement psychologique. Là, le psychologue peut apporter son aide à l'oncologue pour comprendre le véritable enjeu dans l'insistance de la patiente, ou dans l'impact du maintien ou du retrait du site veineux implantable chez ce patient.

Y a-t-il des champs propres à la psycho-oncologie, comme la recherche, ou la formation ?

Selon Pierre Saltel, le "psy" peut, avec les méthodes que propose la psychologie, essayer de voir l'impact de telle ou telle décision médicale sur la qualité de vie du patient, sur l'anxiété, sur la communication familiale, dégageant ainsi des éléments objectifs qui peuvent permettre d'affiner les décisions. Ce ne sont pas là des réponses, mais des éléments de réflexion et de décision.

Mais, il y a d'abord l'aide aux équipes soignantes.

L'aide du psycho-oncologue à l'équipe est une aide globale selon Nicole Pélicier : dans la relation entre l'équipe et les malades ou leur famille, par le repérage des problèmes psychologiques d'adaptation des patients, le repérage des problèmes psychopathologiques, l'évaluation et le décryptage des situations de crise ; au sein de l'équipe elle-même, dans les problèmes interpersonnels, liés en particulier à la pluridisciplinarité ; une aide plus personnelle, enfin, qui intéresse l'adaptation des soignants à tout ce qui concerne le cancer et ses conséquences.

Jean-Luc Machavoine attire l'attention sur le fait que l'intégration des "psy" à l'équipe au même titre que l'oncologue ou le radiothérapeute, selon la proposition de Martin Housset, comporte le risque pour le "psy" de se fondre dans l'équipe en perdant la capacité d'apporter l'éclairage d'un regard extérieur, dégagé des projections et des fantasmes qui circulent entre les membres de toute équipe. Pour apporter ce regard extérieur, le groupe de parole est un outil qui permet à l'équipe de travailler sur une analyse des situations relationnelles internes à l'équipe elle-même; il convient d'abord de bien fixer le temps et le lieu de sa mise en œuvre, et cela est déjà très difficile à mettre en place.

Soulignant le paradoxe d'une situation où le "psy" devrait à la fois connaître de l'intérieur le fonctionnement de l'équipe afin d'aider les patients, et

en même temps être un peu à l'extérieur pour aider l'équipe, Bernard Ariès se demande si l'on ne pourrait pas recourir à l'intervention d'un "psy" d'un autre service hospitalier ou d'un autre hôpital pour assurer ces groupes de parole.

Ce qui rencontrerait des problèmes de budget et de création de postes de "psy", remarque Jean-Luc Machavoine.

Pour le Pr F. Baillet, si le groupe de parole est destiné à l'équipe soignante, la finalité de la psycho-oncologie est avant tout une meilleure prise en charge du patient, et à ce titre il est préférable que le groupe de parole soit animé par un "psy" qui connaisse les circuits du service, avec une fréquence assez rapprochée pour que les patients concernés bénéficient des retombées de ce travail de parole; car, outre le fait que dans ces groupes de parole des informations sur les patients circulent également, quand une équipe va mieux en elle-même, ceci se répercute immédiatement sur les malades. Il apparaît que la psycho-oncologie a devant elle un champ d'action, de réflexion et d'amélioration considérable.

Nicole Pélicier distingue fermement les réunions d'équipe où les informations concernant les patients circulent, comme les staffs où on fait beaucoup de psychologie, souvent sans le savoir, de ces groupes de parole destinés à l'équipe et animés par un intervenant qui doit être extérieur à l'équipe.

Mais le Pr F. Baillet craint le risque d'idéalisation d'un tel intervenant extérieur qui, par ailleurs, ne se coltine pas à la difficulté de la relation quotidienne avec les malades. En France, c'est la tradition psychanalytique qui prévaut, mais les approches sont multiples. "Il y a lieu, pour chacun, dit le Pr F. Baillet, de s'interroger dans sa spécificité, sur la pertinence de l'aide à apporter; est-ce que ce sont les accompagnements qui aident à mettre des mots sur les émotions, qui aident à donner sens à une expérience vécue, qui sont les plus utiles? Et utiles par rapport à quel critère? ou bien est-ce que ce sont les accompagnements d'inspiration cognitive et comportementale? Il y a lieu de tester ces questions par la démarche scientifique habituelle qui est celle de la démarche médicale... c'est une façon de revenir à l'histoire des limites en sachant en permanence réinterroger nos convictions."

Le burn-out

Jean-Yves Génot revient à la question du burn-out sur quoi Bernard Ariès attirait tout d'abord l'attention dans le fonctionnement des équipes soignantes. Créé il y a une vingtaine d'années à Caen dit-il, le Centre anticancer François Baclesse fonctionne avec une équipe dont tous les membres ont été recrutés à peu près en même temps; or, avec le vieillissement, un certain nombre de personnes se trouvent aujourd'hui en

souffrance, aussi bien médecins qu'infirmiers ou aides-soignants. Selon Jean-Yves Génot, les groupes de parole pourraient avoir une fonction de prévention du burn-out.

Le burn-out, mot anglais, ou épuisement professionnel en français a, selon Jean-Luc Machavoine "des manifestations d'abord somatiques - la fatigue, les maux de tête, les troubles digestifs, etc... - , des manifestations psychologiques ensuite, allant de l'hyperactivité jusqu'au ralentissement et à la tristesse, etc..., et puis des manifestations comportementales qui peuvent effectivement mettre en péril le travail lui-même et avoir même un potentiel de dangerosité auprès des patients, parce qu'il n'y a pas que les soignants et les oncologues qui soient sujets au burn-out." Et Jean-Luc Machavoine d'illustrer ceci par l'exemple de la Police : au 2 février 1999, les journaux faisaient déjà état de neuf suicides de policiers, profession confrontée elle aussi au sentiment d'impuissance.

A la question posée par Bernard Ariès de savoir si l'on peut réellement distinguer entre une dépression personnelle et une dépression professionnelle, Jean-Luc Machavoine répond qu'il convient de ne pas utiliser le burn-out comme écran pour masquer une véritable décompensation psychiatrique.

Pierre Saltel rappelle une étude comparative faite en France entre les grands centres hospitaliers, les centres anticancer, les CHU, les cliniques, dans laquelle il apparaît que l'un des facteurs importants du burn-out - c'est-à-dire du sentiment de lassitude professionnelle, et du comportement de rejet par rapport aux patients - dépend largement du mode de communication à l'intérieur des équipes. Là, un des acteurs majeurs est la surveillante, et son mode de fonctionnement personnel. Car c'est la surveillante qui permet, ou ne permet pas, l'organisation d'un groupe de parole dans un service hospitalier; c'est elle qui fixe les horaires, c'est elle qui permet au maximum de soignants de venir, c'est elle qui bat le rappel auprès des médecins. On ne peut pas mettre un groupe de parole en place si on n'a pas son accord; il faut qu'elle considère que le temps de parole est un temps de travail.

Le Pr F. Baillet, sensibilisé au manque de personnel soignants dans certains services, à certaines époques de l'année, déplore vivement que les responsables administratifs des grands hôpitaux ne soient pas suffisamment conscients de ce phénomène de l'épuisement professionnel. La pénurie de personnel entraîne une saturation des tâches pour les personnes en poste qui ne peuvent consacrer aucun moment à la prise en charge psychologique des malades, et qui en ressentent un vif sentiment d'insatisfaction professionnelle en dépit de leur dévouement et de leur fatigue. Par ailleurs, les patients et leur famille se sentent mal accueillis en dépit des moyens techniques déployés.

Le Pr S. Consoli souligne deux points à propos du syndrome de l'épuisement professionnel : tout d'abord, à propos de la communication à l'intérieur de l'équipe comme moyen préventif de ce syndrome, il rappelle cette règle d'or qui consiste "à accepter le principe de partager les expériences les plus pénibles, de ne pas se les coltiner tout seul avec éventuellement toute l'excitation que cela peut représenter d'être dans une relation exclusive avec le patient, investi d'une mission à assumer et à réussir auprès de lui." Cela évite d'être ensuite pris dans un engrenage intenable où l'on voit l'exclusivité de la relation avec un patient entraîner "certains soignants particulièrement honnêtes et loyaux dans une polarisation sur le travail au détriment des autres investissements personnels, familiaux, affectifs, sociaux."

Ensuite, il rappelle que le rôle des "psy" auprès de l'équipe médicale est, non pas de prendre le relais là où l'équipe serait débordée et incompétente - sous peine d'être dévalorisant et très blessant pour les soignants - mais bien plutôt de mettre en évidence les compétences de l'équipe face à une situation difficile, lui permettant de retrouver le fil conducteur d'une relation, un moment perdu.

Martin Housset précise que pour lui l'intégration du "psy" à l'équipe soignante signifie sa présence aussi bien hors des groupes de parole que dans les groupes de parole; hors des groupes dans une attention portée au devenir des soignants individuellement afin de prévenir les phénomènes de saturation et de permettre une relation plus spontanée entre soignants et "psy", entre "psy" et soignants. Dans le futur, "l'obligation de protocoliser" va permettre la réalisation de cette humanisation.

Le "psy" est-il quelqu'un qui va faciliter une amélioration de la culture de communication ?

Le "psy" a plutôt lieu de travailler "en duo" avec les membres de l'équipe, selon Jean-Luc Machavoine.

Intervenant de la salle, Madame Nicole Alby considère que la demande suivante : "Docteur, dites-moi la vérité au bon moment" est à entendre comme ceci : "Docteur, est-ce que vous restez à mes côtés jusqu'au bout ?" La position du "psy" est peut-être d'avoir le recul nécessaire pour pouvoir dire : "Attention à vous -mêmes, essayez de vous reculer un peu pour voir qu'au fond le partenariat est compliqué; ce n'est pas toujours une lecture littérale des situations qui donne la clé, au nom de la vérité".

Selon Madame Nicole Alby, il y a une spécificité de l'équipe soignante en cancérologie où se perçoit une "héroïsation" de ce que l'on fait, avec un balancement éternel entre le succès et le risque de la chute quand les patients ont le mauvais goût de faire des récives.

Le "psy" qui vient de l'extérieur encourt le risque d'être considéré comme celui qui vient "chipper" ce que dit l'équipe, et qui s'en va. A l'intérieur de l'équipe, il risque d'y perdre son identité par une trop grande identification; mais cependant, par sa présence auprès des soignants, il signifie aux malades que ce n'est pas spécifiquement eux qui sont atteints d'une pathologie, mais qu'ils sont dans un groupe à haut risque permanent de rupture d'équilibre.

Une intervenante dans la salle, oncologue à Montréal, souligne la difficulté de faire face à ceci que la presse tient un discours sur les découvertes médicales qui conduit les patients à exiger des médecins qu'ils leur donnent la guérison, et sur la difficulté à orienter les patients vers le "psy" car, d'une part le patient réagit en disant qu'il "n'est pas fou", et d'autre part, si le psychiatre entre dans la gratuité des soins médicaux, le psychologue n'y entre pas. A cet égard, il semblerait que ce soit l'action des malades eux-mêmes qui puisse le plus efficacement faire évoluer la situation.

En conclusion de cette séance, on notait l'évolution qui s'est produite en cancérologie, au cours de ces cinq dernières années, par la prise en charge de la qualité de vie des malades, à côté des développements techniques médicaux jadis purement axés sur la notion de survie. ■