

Quand le psychologue rencontre systématiquement le patient : quelle place pour une demande personnelle ? Expérience auprès de patients atteints d'un cancer

When Psychologist-Patient Interactions are Systematic: Is there still room for genuinely personal support? Experiences among Cancer Patients

D. Ogez · M. Colmant · E. Zech · P. de Timary

Reçu le 15 mai 2014 ; accepté le 23 mai 2014
© Springer-Verlag France 2014

Résumé L'analyse de la demande constitue une démarche essentielle en psychologie clinique. Le patient se doit d'être investi dans le désir de cette rencontre. À l'hôpital général, il en est autrement : la demande d'intervention émane principalement de l'équipe médicale. Le patient consulte dans le but de traiter une maladie somatique. Ainsi, il n'est généralement pas demandeur d'une prise en charge psychologique. Toutefois, l'annonce d'un diagnostic de cancer a des conséquences sur l'équilibre psychique du patient. La démarche systématique permet éventuellement au malade de susciter une demande d'intervention psychologique. À travers cette approche, créons-nous de la demande ou permettons-nous à celle-ci d'émerger ?

Mots clés Psycho-oncologie · Demande · Suivi psychologique · Systématique · Cancérologie

Abstract Demand analysis is an essential step in clinical psychology. The patient must be interested in the meeting concerning demand analysis. In general hospitals, it is different: requests of interventions come mainly from the medical team. The patient consults the hospital in order to treat a

physical illness alone. Thus, the patient generally does not apply for psychological care. However, the announcement of a cancer diagnosis has a strong impact on the patient's psychic equilibrium. Systematic psychological consultations allow the patient to file an application for psychological intervention. Through this approach, do we create the application or do we allow it to emerge?

Keywords Psycho-oncology · Asking · Psychological follow-up · Systematic · Cancerology

Introduction

La question de l'offre et de la demande est un incontournable dans les professions de santé mentale. Dans le domaine de la psychothérapie par exemple, aucun travail ne peut aboutir si le patient n'est pas en demande. Le travail psychologique à l'hôpital général avec des patients cancéreux relève cependant d'une démarche différente. Les patients qui intègrent ces services viennent au départ avec une demande somatique. Ils souhaitent d'ailleurs avant tout rencontrer le médecin. À ce sujet, Libert et al. rapportent que 78,4 % des patients consultant pour une maladie cancéreuse attendaient de l'aide de leur médecin spécialiste, et cela même pour ce qui concerne les questions d'ordre psychologique. Par contre, seulement 14,1 % de ces derniers désiraient consulter un psychologue [1].

Au-delà des a priori concernant les professions « psy » et des résistances à un travail psychique, il est évident qu'en consultant un service médical, les patients souhaitent avant tout soigner leur pathologie organique. Ils consultent spécifiquement pour un diagnostic et un traitement. En oncologie, cette demande est d'autant plus importante que nous parlons d'une maladie grave et que les attentes des patients portent

D. Ogez (✉) · M. Colmant
Psychologue ; centre du cancer,
cliniques universitaires Saint-Luc, 10, avenue Hippocrate,
B-1200 Bruxelles, Belgique
e-mail : david.ogez@uclouvain.be

E. Zech
Psychologue, faculté de psychologie et des sciences
de l'éducation, université catholique de Louvain,
10, place Cardinal-Mercier, B-1348 Louvain-la-Neuve, Belgique

P. de Timary
Psychiatre, secteur de psychiatrie de liaison,
service de psychiatrie adulte, cliniques universitaires Saint-Luc,
10, avenue Hippocrate, B-1200 Bruxelles, Belgique

sur la guérison et la survie. Le chirurgien, par son acte chirurgical, peut enlever une tumeur. L'oncologue, par les traitements de chimiothérapie qu'il utilise, peut contrôler un cancer. Les radiothérapeutes quant à eux peuvent irradier une tumeur cancéreuse et ainsi la neutraliser.

La complexité de la situation médicale et psychologique dans ce domaine spécifique de la médecine conduit à s'interroger. Le patient, ébranlé émotionnellement, doit assimiler des informations et un langage médical souvent mal compris. Ainsi, il apparaît qu'à peine 30 % des informations transmises aux patients lors de l'annonce du diagnostic sont intégrées par le patient [2]. Ce dernier est embarqué sur une voie qu'il ne maîtrise pas alors qu'elle engage sa vie. Il semble dès lors essentiel de permettre au patient de déposer les angoisses liées au traumatisme que peut constituer l'annonce de ce type de diagnostic. De cette manière, le patient pourra se permettre d'échanger avec les intervenants médicaux et ainsi de mieux comprendre ce qui lui arrive. Par ailleurs, dès cette annonce et pour la suite de son parcours, il s'agit également de pouvoir soutenir le patient dans l'adaptation à sa maladie. En effet, l'annonce du diagnostic va mobiliser, chez le patient, différents mécanismes d'adaptation qui viseront au maintien de l'homéostasie de l'appareil psychique [3] et qui mériteront d'être soutenus.

Pour répondre à ces difficultés, nous avons décidé de proposer une entrevue psychologique très rapidement après l'annonce du diagnostic, entrevue que nous avons souhaitée systématisée. Ce premier contact vise essentiellement à proposer un suivi si celui-ci est nécessaire. Il visera particulièrement à prendre en compte les difficultés anxieuses et dépressives souvent présentées par les patients à ces moments particuliers. Cette démarche, qui vient pallier de nombreuses difficultés inhérentes à ce contexte de vie, soulève cependant de nombreuses interrogations concernant le sens particulier de cette « démarche ». L'objectif de la présente réflexion est d'une part de présenter la structure de l'entretien systématique en psycho-oncologie tel que nous le proposons et, d'autre part, d'en évaluer l'intérêt en le confrontant à certaines conceptions théoriques. Autrement dit, nous tenterons de répondre à la question suivante : à travers des entretiens systématiques en oncologie, créons-nous de la demande ou permettons-nous à celle-ci d'émerger ?

Offre et demande

La demande est un concept essentiel à tout travail psychologique dans la mesure où, sans demande, il n'y a pas de rencontre. Elle peut toutefois être comprise de diverses façons en fonction du contexte dans lequel nous l'abordons. Ainsi, la rencontre ne sera pas travaillée de la même manière lorsqu'il y a ou non une demande de la part du patient ou encore une ouverture à l'offre.

Définitions de la demande

Dans le langage courant, la demande s'entend comme l'« action de demander, de faire connaître à quelqu'un ce qu'on désire obtenir de lui » [4]. Elle se définit donc d'emblée comme un acte relationnel adressé à un ou plusieurs autres sujets. En psychologie, la demande renvoie à la « forme ordinaire que prend l'expression d'un souhait, dans le cas où il s'agit d'obtenir quelque chose de quelqu'un, et à partir de laquelle le désir se distingue du besoin » [5]. Cette définition insiste sur l'importance de l'adresse à l'autre et souligne la distinction de la demande, du besoin et du désir [6]. La distinction entre ces notions peut être illustrée par l'exemple suivant. Lorsqu'un patient hospitalisé se plaint de troubles du sommeil, le médecin peut prescrire un somnifère et répondre ainsi au besoin de dormir du patient. Ce faisant, il peut ignorer le désir du patient de parler ou d'exprimer une angoisse éventuelle liée à l'affection somatique ou à l'hospitalisation.

En psychothérapie, trois éléments sont constitutifs d'une demande : le **symptôme** (manifestation psychique ou somatique), la **souffrance** qui en découle et l'**allégation** (invocation de soins) [7]. Ces constituants orientent le choix du type de psychothérapie. S'ils sont portés par différents membres d'un système, un travail d'orientation systémique est indiqué. C'est le cas par exemple d'une personne atteinte d'anorexie mentale qui ne souffre apparemment pas de son état et ne demande pas d'aide. Dans ce cas, une personne de l'entourage, par exemple sa mère, peut présenter davantage de souffrance face à la situation et invoquer la nécessité d'un rendez-vous chez un thérapeute. Ainsi, la fille est porteuse du symptôme, l'anorexie, tandis que la mère est porteuse de la souffrance et de l'allégation. Si symptôme, souffrance et allégation sont portés par une même personne, l'indication d'un travail individuel est posée.

Offre et demande en oncologie

L'intervention psychologique s'envisage donc habituellement comme une réponse à une demande. Dans ce contexte, le psychologue ne s'impose en principe jamais. Or, en oncologie, nous rencontrons souvent des patients en deçà de ces conditions idéales. Si le patient souffre, c'est avant tout dans son corps, et rares sont ceux qui sont demandeurs d'une rencontre avec le psychologue. La demande émane alors souvent des équipes soignantes [8] et peut prendre différentes formes. Une partie de la souffrance et de l'allégation semblent portée par l'équipe. Plus concrètement et de manière non exhaustive, les demandes peuvent concerner l'aide à la compliance, la gestion d'une détresse trop « démonstrative », l'évaluation de l'impact psychologique du cancer et l'accompagnement du patient [9].

Répondant aux demandes émises par le personnel soignant, il arrive souvent que le psychologue soit confronté à de nombreuses résistances de la part des patients : réticences

sociétales vis-à-vis du psychologique et du psychologue, acceptation de la rencontre vécue comme un indicateur de faiblesse personnelle et aussi crainte d'une attribution psychique au cancer (par exemple : une femme est atteinte d'un cancer du sein suite à des problèmes avec sa mère). À l'inverse, lorsque la demande est là, elle peut revêtir des apparences multiples et être plus ou moins appropriée : demande de soutien émotionnel (lié à un travail sur l'ici et maintenant), demande d'allure plus psychothérapeutique (mise en lien d'événements passés et de problèmes actuels) [10] mais également demandes d'informations médicales ou d'aide sociale. De manière globale, les réticences des patients et les demandes inadaptées du personnel soignant sont souvent liées à une méconnaissance quant à la nature d'un travail psychologique [11]. Formuler une demande devient plus facile lorsque l'on connaît ce qui peut être offert par un psychologue.

Pour conclure cette section, il existe de réelles spécificités au fait d'entamer un travail psychologique dans ce contexte des soins, puisque d'une part, contrairement au schéma psychologique classique, l'offre précède souvent la demande, par ailleurs, elle est parfois soutenue par une équipe soignante qui porte la souffrance et l'allégation et que, finalement, les patients et souvent les équipes sont généralement peu au courant de la nature exacte d'un travail psychologique.

Offre du psychologue en oncologie

Travailler comme psychologue dans le cadre de l'oncologie, c'est avant tout soutenir la présence, derrière le corps souffrant, d'une vie psychique chez la personne malade, et ce, aussi bien auprès du patient que de l'équipe qui l'accompagne.

Écoute psychologique

Notre première offre est celle d'un espace psychique à l'hôpital, défini comme un espace d'expression et de pensée, où le vécu peut se dire et se penser, et ce dans le respect total du patient. Il est essentiel de souligner ce caractère respectueux, sans jugement, qui permet au patient de déposer le plus librement possible ses émotions (peurs, tristesse). À travers la mise en place d'un tel espace, nous souhaitons souligner la spécificité du travail psychologique en milieu hospitalier : viser une vision holistique de l'humain et redonner au patient son statut de sujet et ainsi lui conserver un rôle actif dans un hôpital qui le prive souvent de son autonomie et qui axe les interventions sur le corps et non sur l'entière de la personne [12].

Travail psychothérapeutique

Cette rencontre peut conduire, dans un second temps, à un travail d'élaboration sur soi. À 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 clés de la vie d'une personne qui changent sa perception du monde [2]. Ainsi, le diagnostic de cancer, maladie régulièrement associée à l'idée de mort [13], peut conduire les patients à entamer une prise en charge psychothérapeutique [9]. Ce travail peut aider à refermer des plaies et permettre à nouveau d'avancer vers la vie, dans une perspective de recherche de sens et de prise de conscience personnelle.

Cette conception thérapeutique renvoie donc au fait qu'il ne faut pas négliger l'impact que le diagnostic de cancer peut avoir sur l'individu. Le langage courant a coutume de dire d'un diagnostic qu'il « tombe ». Lorsqu'un diagnostic de cancer est posé, le vécu des personnes touchées reflète cette sensation : elles sont « sonnées », elles ont pris un « coup de massue » ou se disent littéralement « écrasées ». Bien que la mortalité par cancer ait fortement diminué ces dernières années et que celui-ci prenne davantage le statut de maladie chronique, les premières images évoquées lors d'un diagnostic renvoient inévitablement à la mort [14]. Mort à laquelle, dans le décours habituel de notre vie, personne ne croit vraiment lorsqu'elle intéresse la personne propre. Le diagnostic de cancer va cependant sortir la mort de l'abstraction pour l'emmener dans la réalité, dans le corps. « Au fond, personne ne croit à sa propre mort, et dans son inconscient, chacun est persuadé de son immortalité » [15].

Psychopathologie

Lorsque le patient est fortement fragilisé psychologiquement, il se peut que divers troubles psychiatriques apparaissent. Les troubles dépressifs et anxieux peuvent être relativement importants en oncologie. Ainsi, un tiers des patients nouvellement diagnostiqués présente des troubles de l'adaptation avec humeur dépressive ou anxieuse [16] et un quart à un tiers des patients développe un trouble anxieux ou dépressif dans les deux ans après le diagnostic [17]. Le psychologue peut dans ce cas offrir son expertise dans ce domaine et travailler en relais avec ses collègues psychiatres.

Pour résumer, l'offre du psychologue en oncologie peut prendre des formes multiples : une écoute ponctuelle du sujet, un travail psychothérapeutique à plus ou moins long terme, voire même l'abord d'un éventuel trouble psychopathologique associé.

Approche systématique

Face à cette intense sollicitation des ressources psychologiques des patients, nous avons envisagé une manière de nous rendre suffisamment disponible. Comme nous l'avons signalé, les freins à la demande psychologique sont

nombreux, et le recours au psychologue se fait souvent dans des situations aiguës qui ne facilitent pas le travail psychologique. Notre institution est constituée d'un centre du cancer comprenant plusieurs entités cliniques distinctes ayant un caractère multidisciplinaire. Des spécialistes de diverses disciplines intervenant dans le diagnostic et le traitement du patient se réunissent en groupes multidisciplinaires, selon le type de cancer (par exemple clinique du sein). Des psychologues sont intégrés au sein de ces différentes entités cliniques. Cela permet de collaborer au mieux avec les équipes dans une idée d'attention portée à la globalité somatique et psychique des personnes. Plus particulièrement, nous avons développé l'idée d'une première rencontre systématique avec les personnes nouvellement diagnostiquées.

Notion de systématique

Systématique signifie « qui est fait avec méthode, procède d'un ordre déterminé à l'avance » [4]. Ainsi, une prise en charge systématique des patients atteints d'un cancer conduit à élaborer une méthode que nous tâcherons d'appliquer identiquement à toutes les situations rencontrées. Dans notre manière de concevoir la rencontre systématique des patients atteints d'un cancer, nous souhaitons rendre possible un premier contact au plus près du moment du diagnostic. Ce premier contact n'est bien entendu pas un début de prise en charge explicite. Comme souligné précédemment, la plupart du temps, formuler une demande devient possible quand l'offre est connue. De ce fait, si nous faisons le premier pas vers le patient, c'est précisément pour une proposition de soins. Il s'agit d'une partie du processus de prise en charge « prédéfinie » par l'hôpital. À travers cette démarche, le psychologue n'est donc pas en position de demandeur, mais bien dans l'offre de soins faite par l'institution. Cette première rencontre avec le patient et la manière dont elle est introduite se veut semi-directive. Le psychologue laisse donc le patient s'exprimer sur ce qu'il vit actuellement, mais aborde la situation sur la base d'un canevas constitué de différents éléments qui sont explicités ci-après.

Présentation du projet d'équipe

Dans notre service, les équipes multidisciplinaires estiment que les aspects psychologiques sont importants dans la prise en charge des personnes malades. Pour cette raison, elles souhaitent que les patients diagnostiqués d'un cancer soient rencontrés. Dans un premier temps, nous faisons part au patient de ce projet d'équipe. Nous transmettons également notre spécificité de psychologue (par exemple : écoute, accompagnement). Par cette démarche, nous souhaitons faire face à l'a priori négatif que les personnes peuvent encore avoir vis-à-vis de notre profession. C'est donc sur

la base d'une présentation réciproque, celle du patient et du psychologue, que l'entrevue systématique peut débiter.

Histoire du patient

Comment le patient est-il entré dans la maladie ? Cette question est essentielle dans la prise en charge psychoncologique, car elle donne une bonne indication de l'état psychique du patient. Elle permet en effet d'évaluer les éventuelles difficultés psychologiques, les troubles de l'adaptation et les mécanismes de défense que le patient a mis en place pour faire face à l'annonce du diagnostic.

Si l'adaptation est un processus naturel chez l'être humain, il n'en reste pas moins que des échecs d'adaptation peuvent avoir des conséquences notables. À tout âge, les individus sont confrontés à des changements importants auxquels ils vont devoir s'adapter. Ainsi, par exemple, s'il n'arrive pas à se passer du sein, le nourrisson ne parviendra jamais à s'alimenter autrement. S'il ne s'adapte pas à vivre sans ses parents, l'adolescent ne les quittera pas et ne constituera pas, à son tour, une famille. S'il ne s'habitue pas à l'arrêt de sa vie professionnelle, le retraité ne pourra pas vivre sereinement son retrait du monde du travail. En oncologie, l'annonce d'une maladie potentiellement létale vient marquer un bouleversement auquel le patient devra faire face. Selon plusieurs critères, dont notamment la gravité de la maladie, l'histoire personnelle du patient et son âge, les changements seront différemment vécus. En réagissant au plus tôt, en permettant aux défenses du patient de supporter au mieux ces moments difficiles, nous aiderons davantage le malade à s'adapter à la maladie cancéreuse.

Lors de sa rencontre avec le patient, le psychologue est également attentif à l'existence de troubles psychopathologiques préexistants ou réactionnels à l'annonce du cancer. En dehors de toute pathologie, il s'intéressera aux événements de vie difficiles que la personne a rencontrés dans son passé et qui sont susceptibles d'être réactivés. Il évalue aussi par une écoute bienveillante la manière dont le patient se sent et dont il se représente la maladie et ses conséquences. Enfin, il s'intéresse aux ressources personnelles et environnementales dont dispose le patient. Cette intervention s'intègre dans une approche biopsychosociale de la santé [18]. Cet abord des aspects psychopathologiques ne doit toutefois pas être considéré comme propre au psychologue. Des études ont en effet mis en évidence l'intérêt d'outils psychométriques utilisés par l'équipe soignante dans la détection des troubles psychopathologiques [19].

Attentes du patient

Même si la rencontre est systématique, il est important de s'intéresser aux attentes du patient. Dans certains cas, ce dernier souhaite commencer une prise en charge dans la

mesure où sa propre demande et la rencontre avec le psychologue ont permis une accroche, essentielle à un tel travail de soutien [20]. Un suivi tout au long de la maladie peut alors s'instaurer, fait de rencontres ponctuelles ou plus régulières, en hospitalisation ou en consultation. Ce travail visera à aider le malade à réguler ses émotions face aux événements difficiles qu'il peut traverser, notamment aux moments clés que constituent l'annonce du diagnostic, les conséquences des traitements, la rémission, les rechutes, la mise en invalidité, la stérilité, la guérison ou encore la fin de vie. Une attitude thérapeutique peut également être instaurée, permettant l'élaboration de questions personnelles, voire existentielles. Il est en effet fréquent qu'au décours d'une maladie grave le patient se remette en question et se mette à la recherche d'un nouveau sens dans sa vie [21].

Dans d'autres circonstances, le patient ne souhaite pas entamer un suivi psychologique. Laisser une « porte ouverte » semble utile afin de permettre un éventuel suivi dans le décours de ses traitements. Nous laissons le patient libre de demander un accompagnement par la suite. Un second passage peut toutefois être proposé lorsque nous jugeons que la situation psychologique le justifie ou suite à la demande de l'équipe multidisciplinaire.

Ajoutons qu'en laissant cette porte ouverte, nous pouvons également déboucher sur un travail plus complexe. Il n'est en effet pas rare que des patients supportent mal la fin des traitements au moment de la rémission du cancer. Le sentiment d'être abandonné par l'équipe soignante qui les a suivis de manière rapprochée pendant plusieurs mois et qui soudainement ne les verra plus que de manière épisodique et la peur de la récurrence sont souvent considérables à ce moment [22]. Par ailleurs, traverser une telle maladie peut conduire le patient à penser autrement son avenir [21]. C'est pour ces raisons que de nombreux patients reprennent contact à cet instant du suivi oncologique. Ils demandent alors à entreprendre un travail qui s'apparente plus à une psychothérapie.

Précisons enfin que si l'objectif de cette démarche systématique est de sensibiliser le patient à une prise en charge psychologique, nous permettons surtout aux patients de formuler une demande personnelle. Nous soutenons donc, lors de cette première rencontre, l'émergence d'une demande quant à une prise en charge, même si ce suivi peut être instauré en dehors de l'hôpital, dans un contexte qui correspondra mieux au patient.

Conclusion

Après l'annonce d'un cancer, les ressources psychiques des personnes atteintes sont fortement sollicitées. Cette maladie débouche d'ailleurs parfois sur un parcours qui peut s'avérer long et rude physiquement. C'est pour cette raison que les interventions psychologiques en cancérologie sont en plein

essor et que des projets politiques nationaux [23,24] sont mis œuvre. Toutefois, si vivre avec le cancer est une expérience difficile, certaines personnes vont pouvoir compter sur leurs ressources personnelles. D'autres vont par ailleurs tirer parti de cette expérience de vie pour aboutir à une remise en question constructive et reprendre leur vie en main, parfois en entamant une psychothérapie. Le cancer va dans un certain nombre de cas être l'occasion d'une première rencontre avec un psychologue. Cela permettra éventuellement de démystifier la fonction du psychologue et de diminuer les préjugés, mais également de nouer un lien, élément essentiel pour que le patient puisse se sentir soutenu dans l'entame d'un questionnement psychologique. Ce sont donc souvent les quelques entretiens exploratoires qui soutiendront l'éclosion d'une demande de travail psychothérapeutique.

C'est avec, en arrière-pensée, la possibilité de l'émergence d'un lien que nous avons réfléchi à l'organisation des interventions en psycho-oncologie. Les patients seront plus ou moins démunis face à l'annonce du diagnostic. Certains ne seront plus capables de mobiliser leurs ressources pour s'adapter à cette situation médicale extrême. Un soutien psychologique peut s'avérer essentiel pour traverser convenablement cette crise. L'idée d'organiser des entretiens systématiques est que la rencontre ne doit pas être tributaire de la seule demande du patient, et éventuellement de son manque de connaissance sur ce que pourrait lui apporter l'accompagnement par un psychologue. L'objectif principal de cette entrevue est donc de faciliter le recours au psychologue et de porter une première attention aux difficultés que la personne peut rencontrer. Cette démarche systématique n'est toutefois pas sans générer diverses réflexions.

Dans un premier temps, nous nous sommes interrogés sur qui était le demandeur de la rencontre. D'un point de vue éthique, il est en effet important de distinguer si cette consultation permet à la demande du patient d'émerger ou si au contraire, en intervenant de la sorte, le psychologue impose une intervention que le patient ne voudrait pas et qui serait alors vécue comme le fait qu'il est forcément incapable de faire face par lui-même à cet événement. C'est la pathologie organique qui définirait l'intervention psychologique et non une personne et son histoire particulière. Hormis certaines situations particulières où ce type de vécu a été rapporté par les patients, la consultation systématique a dans l'ensemble été bien vécue et semblait jouer un rôle de facilitateur. En psycho-oncologie, les besoins psychologiques des patients souffrant du cancer ont été clairement mis en évidence [1]. En particulier, notamment, l'importance de la qualité de la relation entre le patient et le soignant a été soulignée [20]. Toutefois, il n'est pas facile d'entreprendre une démarche vers les « spécialistes du psychisme » [7]. C'est ainsi que la présentation de la fonction du psychologue fait partie des éléments constitutifs de l'entretien systématique et joue un rôle essentiel pour permettre la possibilité d'un éventuel

accompagnement psychologique. La place du psychologue, comme partie intégrante de l'équipe interdisciplinaire, permet aussi de faire apparaître que la dimension psychologique est une des dimensions propres à toute démarche de soins. Parallèlement, la rencontre ouvre pour le patient un horizon nouveau : la possibilité de consulter et de se faire aider. L'entretien systématique induit tout de même une particularité par rapport à la démarche traditionnelle de recherche d'une aide psychologique : ici, ce n'est pas le patient qui choisit son psychologue selon des critères qui lui sont propres. Dans cette rencontre systématique, le psychologue restera à l'écoute de la réaction des patients, dans le but de respecter sa perception et ses attentes, l'idée de cette entrevue n'étant nullement d'imposer une prise en charge. Dans ces cas de figure, le psychologue se retirera discrètement tout en laissant la porte ouverte à une rencontre future.

L'entretien systématique pourrait aussi induire un autre risque sur la dynamique générale d'accompagnement de ces patients par les équipes interdisciplinaires : permettre aux équipes « non pys » de se décharger complètement de la dimension psychologique de leur mission. Le danger, dans ce cas de figure, est de fonctionner de manière clivée avec les équipes qui délégueraient entièrement l'aspect émotionnel/psychologique aux psychologues et ne seraient plus dépositaires que des aspects somatiques. Soulignons par ailleurs que la question du dépistage de la détresse ne doit pas relever uniquement de l'intervention du psychologue [25], ce dépistage pouvant être porté aussi par les équipes interdisciplinaires [8]. De manière générale, nous pensons que la dimension « psy » doit au contraire être portée par l'ensemble de l'équipe, le psychologue pouvant d'ailleurs dans son travail institutionnel aider l'équipe à mieux assumer cette fonction.

Ces entretiens systématiques, menés avec discernement et dans le respect des patients et de leurs défenses, leur permettront bien souvent d'exprimer librement leurs difficultés et soutiendront leurs capacités « d'adaptation » face à cette terrible maladie.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Références

- Libert Y, Merckaert I, Étienne AM, et al (2006) Les besoins psychosociaux et le soutien apporté aux patients atteints d'un cancer : une étude nationale belge. *Oncologie* 8:465–76
- Buckman R (2001) *S'asseoir pour parler. L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades*. Masson, Paris
- Jadoulle V, Ogez D, Rokbani L, et al (2006) Coping and adapting to breast cancer: a six-month prospective study. *Bull Cancer* 93:67–72
- Robert P (2009) *Le Petit Robert. Dictionnaire de la langue française*. Société du nouveau Littré, Paris
- Bloch H (1991) *Grand dictionnaire de la psychologie*. Larousse, Paris
- Blondiaux I (2010) L'avis psy : quel avis, pour quelle demande et pour quelle éthique ? *Ann Medico-psychol* 168:210–3
- Neuburger R (2003) *L'autre demande : psychanalyse et thérapie familiale*. Éditions Payot, Paris
- Basarab N (1996) *La transdisciplinarité, manifeste*. Éditions du Rocher, Paris
- Razavi D, Delveaux N (1998) *La prise en charge médicopsychologique du patient cancéreux*. Masson, Paris
- Arbuckle DS (1967) *Psychotherapy and counseling: an overview*. McGraw Hill, New York
- Pace T, Chaney J, Mullins L, Olson R (1995) Psychological consultation with primary care physicians: obstacles and opportunities in the medical setting. *Prof Psychol Res Pract* 26:123–31
- McDougall J (2002) The psychoanalytic voyage of a breast cancer patient. *Revista portuguesa de psicossomatica* 4:51–70
- Bacqué MF (2000) *Le deuil à vivre*. Odile Jacob, Paris
- Baker F, Denniston M, Smith T, West MM (2005) Adult cancer survivors: how are they faring? *Cancer* 104:2565–76
- Freud S (1915) Considérations actuelles sur la guerre et la mort. In: *Essais de psychanalyse*. Éditions Payot, Paris, pp 235–67
- Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, et al (1983) The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 249:751–7
- Hammerlid T, Taft C (2001) Health-related quality of life in long-term head and neck cancer survivors: a comparison with general population. *Br J Cancer* 84:149–56
- Engel G (1977) The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 196:129–36
- Jacobsen PB, Donovan KA, Trask PC, et al (2005) Screening for psychologic distress in ambulatory cancer patients: a multicenter evaluation of distress thermometer. *Cancer* 103:1495–502
- Maslow A (1998) *Towards a psychology of being*. Wiley, New York
- Saltel P (2002) Psycho-oncologie : méthodes, outils. *Cancer Radiothérapie* 6:207–13
- Baillet F (2002) Organisation de la psycho-oncologie. *Cancer Radiothérapie* 6:214s–8s
- Onkelinx L (2008) Plan national cancer 2008. Available from: URL : http://www.ps.be/_iusr/32_actions_f.pdf
- Touraine M, Fioraso G (2014) Plan cancer 2014–2019. Available from: URL : <http://www.e-cancer.fr/le-plan-cancer>
- Guex P, Dolbeault S (2013) Détections des vulnérabilités psychiques en cancérologie. *Psycho-oncologie* 7:199–200