

COMPTE-RENDU

Compte-rendu du VII^e Congrès mondial de Psycho-Oncologie Copenhague, 25-28 août 2004

Meeting report of the 7th World Congress of Psycho-Oncology Copenhagen, August 25-28, 2004

M. Reich, S. Dolbeault, E. Seigneur, S. Dauchy, E. Marx

Du 25 au 28 août 2004 s'est tenu à Copenhague le VII^e Congrès mondial de psycho-oncologie avec pour thème principal la compréhension de la diversité des stratégies en oncologie psychosociale ainsi que leur développement. Celui-ci coïncidait avec le 20^e anniversaire de la création de l'IPOS (International Psycho-Oncology Society). Environ 550 participants du monde entier y ont participé. Durant ce congrès, 200 présentations orales et 264 posters ont traduit la vitalité des diverses équipes à travers le monde dans ce domaine, 487 abstracts ayant été soumis et publiés dans la revue *Psycho-Oncology* (2004 ; 13(8) suppl). La personnalité du *chairman*, le Dr C. Johansen, actuel président de l'Ipos, s'est traduite dans ce congrès par une orientation épidémiologique classique et traditionnelle aux pays nordiques.

Les diverses sessions ont abordé l'impact psycho-socio-économique et culturel du cancer sur les patients et leur entourage familial. L'élaboration de *guidelines* au niveau des diverses approches cliniques, l'effort de multidisciplinarité et la nécessaire concertation pour canaliser les travaux de recherche dans ce domaine sont apparus comme des para-

mètres fondamentaux pour optimiser la prise en charge de la souffrance psychosociale parmi les patients et leurs familles.

La nécessité de développer des *guidelines* a été soulignée, témoignant d'un besoin de mesure qui semble quitter le champ anglo-saxon pour s'internationaliser. Cela a pu se traduire dans de nombreuses études concernant le domaine du dépistage (*screening*), de la validation de procédures et d'outils et de leur adaptation culturelle (abstracts 97, 98, 99, 101, 110, 113, 116, 121, 124, 133, 136). Ainsi a-t-on pu relever une traduction de l'HADS (*Hospital anxiety and depression scale*) en hongrois (abstract 133), différentes adaptations du *distress thermometer* en arabe (abstract 121), en japonais (abstract 97), mais aussi comme outil de dépistage des besoins de réhabilitation (abstract 388).

Il s'agit d'un axe de travail majeur pour les prochaines années, la psycho-oncologie souhaitant et devant se doter d'outils d'évaluation d'efficacité comme les autres disciplines de la cancérologie.

Les différentes présentations ont exploré la réciprocité des liens entre les facteurs psychosociaux et comportementaux et la maladie cancéreuse, et leur impact mutuel dans le parcours du patient. La prise en compte des facteurs psychosociaux fait partie intégrante de la prise en charge du cancer durant toutes ses étapes jusqu'à la phase palliative ou la période de réhabilitation.

Quelques idées fortes glanées tout au long de ce congrès :

- intégrer dans le traitement global du cancer les interventions psychosociales afin d'optimiser leur efficacité sans attendre les situations de détresse psychologique ;
- amplifier l'intégration multidisciplinaire de la psycho-oncologie ;

Michel Reich (✉)
Psychiatre
Centre Oscar-Lambret, Lille, France
Sylvie Dolbeault
Psychiatre
Institut Curie, Paris, France
Étienne Seigneur
Pédopsychiatre
Institut Curie, Paris, France
Sarah Dauchy
Psychiatre
Institut Gustave-Roussy, Villejuif, France
Éliane Marx
Psychologue et psychothérapeute
Centre Paul-Strauss, Strasbourg, France

- intégrer l'IPOS dans l'OMS afin que la prise en charge psycho-oncologique soit déclinée sur les mêmes axes que la politique de prise en charge du cancer, notamment en termes de prévention, de dépistage et de traitement;

- recenser et coordonner les travaux dans le domaine de la psycho-oncologie et permettre de diminuer les inégalités de prise en charge à travers le monde.

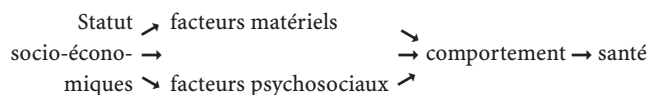
On peut schématiquement dégager **quatre grands thèmes** qui ont fait l'objet du plus grand nombre d'abstracts :

- la communication;
- le repérage et l'évaluation de la détresse psychologique (*distress*) ou désarroi;
- les interventions psychologiques et leur impact;
- la famille et les enfants.

La conférence d'introduction, traditionnellement dédiée à la mémoire du Dr A. M. Sutherland, pionnier américain de la psycho-oncologie dans les années 50, a été consacrée par le Pr Baider au développement des deux concepts d'intimité (*intimacy*) et d'isolement (*loneliness*). Dans cette présentation, L. Baider s'est attachée à explorer ces dimensions affectives et relationnelles dont elle a montré chez les patients l'écart avec l'aspect marital factuel, puisque le sentiment d'isolement, accru chez les femmes malades, l'est indépendamment de leur situation conjugale réelle. À l'heure du dépistage des facteurs de stress psychosociaux et de l'accentuation du soutien psychologique, le Pr Baider a insisté sur l'importance du soutien effectif et perçu, qui peut être insatisfaisant, notamment si le conjoint déprimé n'est pas affectivement présent.

Sept sessions plénières ont eu lieu :

- La première a donné l'occasion au Pr J. Mackenbach, épidémiologiste à Rotterdam, de pointer les inégalités socio-économiques en termes de santé publique et d'intégrer les facteurs psychosociaux dans le modèle causal suivant :



L'augmentation du risque relatif de cancer avec la diminution du statut socio-économique apparaît en effet une constante pour tous les types de cancer et tous les pays, même si cela reste variable d'un pays à l'autre. Ce modèle d'implication des facteurs psychosociaux soutient l'intégration de la psycho-oncologie dans une perspective de santé publique mondiale, une meilleure quantification de ces déterminants socio-économiques permettant d'orienter une politique ciblée en faveur des populations défavorisées.

- La deuxième a permis de faire connaître les sociétés internationales de psycho-oncologie dans des pays en voie de développement et d'y faire un état des lieux de la psycho-oncologie : Brésil, Argentine, Afrique du Sud, Inde. Tous les intervenants ont

souligné les difficultés à mettre en place des programmes de développement de l'oncologie psychosociale en raison du manque de professionnels formés, de la faiblesse des ressources matérielles et humaines, du manque de coordination entre les équipes et de la faible motivation des équipes soignantes à se sentir concernées par les problèmes psychosociaux.

- La troisième a permis au Pr J. Holland de souligner d'une part les résistances des équipes médicales à évaluer et à prendre en compte la détresse psychologique et d'autre part les besoins des patients atteints de cancer et de leur famille. Entre 25 et 45 % des patients présentent un état de détresse psychologique significatif et seulement 10 % d'entre eux sont adressés à un service adapté pour bénéficier d'une prise en charge psychosociale. Elle estime que les équipes soignantes devraient ainsi systématiquement prendre en compte cette détresse psychosociale.

Elle suggère de considérer cette détresse psychologique comme le 6^e signe vital, venant s'ajouter aux quatre signes capitaux que sont la température, la fréquence cardiaque et respiratoire, la pression artérielle, ainsi qu'à la douleur admise récemment comme le 5^e signe vital à prendre en considération dès l'évaluation initiale du patient. Afin de crédibiliser les actions en psycho-oncologie, le Pr Holland met l'accent sur la nécessité de mesurer et d'évaluer nos actions, à l'aide de standards et de *guidelines* qui sont à élaborer dans le champ du psychosocial. Ces *guidelines* sont utiles en pratique clinique, que ce soit aux étapes du dépistage, du diagnostic, de la conduite à tenir et de prise en charge psychosociale. Ils doivent être élaborés sur le modèle de ce qui existe déjà dans les disciplines médicales et reposent sur les principes de l'*evidence based medicine*, qui établit les propositions de soins en fonction du niveau de preuve scientifique apporté par la littérature (et reflète d'un gigantesque travail d'analyse de la littérature par des comités d'experts). À cet effet, les Canadiens et les Australiens semblent avoir une longueur d'avance sur les autres pays. Les Australiens ont en effet été les premiers à proposer des *guidelines* dans le champ du psychosocial (site web : www.nhmrc.gov.au, et plus précisément : www.nhmrc.gov.au/publications/pdf/), suivis par les Canadiens qui ont fait des propositions dans le cadre du CAPA (Canadian Association for Psychosocial Oncology). Les États-Unis ont développé de leur côté des *guidelines* dans le cadre du National Comprehensive Cancer Network, groupe multidisciplinaire qui travaille depuis 1999 (www.nccn.org), et plus récemment l'Angleterre (www.nice.org.uk).

- La quatrième session a permis au Dr M. Watson de faire le point sur les interventions dans le domaine psychosocial. Elle a souligné le manque de consensus concernant les résultats obtenus par les diverses mesures d'efficacité des thérapies. Elle suggère la mise en œuvre d'une procédure graduelle avec quatre niveaux d'intervention successifs :

- niveau 1 : reconnaissance de l'existence des besoins psychologiques et psychiatriques ;

- niveau 2 : simple dépistage de la détresse psychologique ;

- niveau 3 : évaluation de la détresse psychologique et diagnostic de certains troubles psychopathologiques ;

- niveau 4 : diagnostiquer tous les troubles psychopathologiques.

Elle a par ailleurs proposé un modèle pyramidal des diverses interventions tenant compte des besoins psychosociaux :

- au bas de la pyramide, l'information au sens global du terme et la prise en charge générale des réactions émotionnelles (soutien et soins) concerneraient l'ensemble des patients (100 %) ;

- au milieu de la pyramide, l'activité de conseil (*counseling*) en concernerait 25 % ;

- au sommet de la pyramide, l'action psychiatrique formelle ne serait nécessaire que pour 10 % des patients.

Concernant les orientations futures, le Dr M. Watson a souligné l'importance de développer des équipes pluridisciplinaires travaillant dans le domaine psychosocial, d'améliorer les outils de dépistage et d'évaluation, de développer une politique cohérente de gestion du risque, de favoriser les recherches multidisciplinaires et pluricentriques, et enfin de permettre la mise en place de programmes et de recommandations cliniques.

- La cinquième session a permis conjointement au Pr D. Cella de l'université de Chicago et au Dr N. Aaronson de faire le point sur le développement des échelles de qualité de vie utilisées lors des essais cliniques. Cette conférence était dédiée au Pr B. H. Fox récemment décédé et qui a beaucoup œuvré dans le champ de la recherche psychosociale. Ces auteurs ont souligné le risque de confusion générée par la profusion d'échelles avec l'apparition de sigles pas toujours bien compris de la part des professionnels [ex. : FACT-G (*functional assessment of cancer therapy general scale*)]. Les limites de ces divers outils ont été pointées, avec en particulier la difficulté non seulement d'évaluer correctement cette qualité de vie en partie subjective, mais également d'en tenir compte réellement dans la pratique clinique. Les outils les plus utilisés dans les essais cliniques en cancérologie [en 2001, l'EORTC (European Organisation for Research and Treatment of Cancer) et le FACT (*functional assessment of cancer therapy*)] ne permettent pas forcément de rendre compte de certaines caractéristiques des symptômes et des situations individuelles des patients. Il semble également que de nombreux praticiens ne prennent que peu en compte l'expression par les patients d'une altération de leur qualité de vie, ou de leurs préférences thérapeutiques, surtout lorsque cette expression est spontanée et non en réponse à une demande de leur part. Pour les auteurs, la mesure de la qualité de vie devrait sortir d'une seule optique de recherche et pouvoir être appliquée en routine y compris au lit du patient, ce qui est favorisé par le développement de l'outil informatique. Il a été montré qu'une autoévaluation systématique de la qualité de vie avant la consultation médi-

cale permet d'aborder plus constamment ce sujet lors de la consultation, sans en augmenter toutefois la durée ni la charge émotionnelle, en augmentant la satisfaction des patients.

- La sixième session a permis au Pr B. M. Pinto de l'institut de Rhode Island, dans une optique de santé publique, de faire le point sur « les comportements déviants », maintenus après la survenue du cancer et observés chez les survivants : persistance du tabagisme et de l'alcoolisme, mauvaise hygiène alimentaire, sédentarité. Le cancer et ses traitements peuvent affecter les comportements de santé (*health behaviours*) qui ne sont pas sans conséquence en termes de prévention des récidives et de survenue d'autres cancers. Elle a relaté ses travaux portant sur la manière de modifier ces comportements par des actions psychosociales ciblées en travaillant entre autres sur la culpabilité et le sentiment de honte. Elle a évoqué le concept de *disuse syndrome* dans le cadre de la sédentarité, à savoir la non-utilisation de sa force musculaire, responsable d'une perte de la force à long terme (« *if we don't use it, we loose it* »). Le maintien d'une activité physique est associée à une amélioration de la qualité de vie et de la satisfaction. Cependant, en termes de santé publique, la quantité d'exercice physique à fournir chez des personnes déjà atteintes par le cancer reste indéterminée selon elle !

- La septième session a permis au Pr E. Bruera du MD Anderson de souligner l'importance des problèmes psychosociaux rencontrés chez les patients en phase avancée et palliative de leur cancer avec les répercussions au niveau familial. Il a souligné l'importance de tenir compte dans le processus décisionnel des préférences et du choix des patients (*decision making preferences* ou DMP), ce qui est loin d'être fait en pratique, le principe de DMP ayant tendance à diminuer au fur et à mesure de la progression de la maladie. Il a mis en exergue l'importance pour l'adhésion au traitement et la satisfaction des patients et de leur famille à l'égard de l'information donnée (éventuellement favorisée par l'écrit ou l'audiovisuel), de bonnes techniques de communication y compris gestuelles. Ainsi, le passage du médecin de la station debout à la position assise serait préférable au passage de la station assise à la position debout en termes d'adhésion au traitement. La perception par les familles que le proche est en train de mourir paisiblement est un gage de maintien d'une bonne adaptation de l'entourage.

En réponse à une question concernant la place du psycho-oncologue dans la prise en charge palliative des patients, le Pr Bruera a répondu dans un premier temps par une boutade : apporter un soutien aux équipes soignantes, puis il a tenu à préciser la complémentarité des interventions en psycho-oncologie sans pour autant se substituer aux interventions somatiques (le champ de la médecine interne). Enfin, il a précisé l'importance de tenir compte non seulement de l'expression des symptômes physiques et psychologiques mais surtout de la perception que peuvent en avoir le patient, l'entourage et les soignants.

Outre ces séances plénières, certains thèmes ont attiré notre attention :

La psycho-neuro-immunologie

Très bel exposé de Christoffer Johansen faisant le point de la littérature récente (dont les multiples publications de son équipe) portant sur la question de l'étiologie des cancers en reprenant les hypothèses du rôle joué respectivement par les événements de vie récents, la dépression, la personnalité.

Pour chacun de ces facteurs, il montre que les hypothèses de liens directs, proposées dans un certain nombre d'études, doivent être rediscutées au regard des importants biais méthodologiques trouvés et de la mise en évidence de facteurs confondants.

- *Événements de vie* : pas d'augmentation du risque de cancer chez les parents qui ont un enfant atteint de cancer, et même chez ceux dont un enfant est décédé de cancer. La même étude a été reproduite avec des parents dont un enfant est atteint de schizophrénie (résultats comparables) ;

- *Dépression* : les liens évoqués entre dépression et augmentation du risque de cancer sont dus à une variable intermédiaire : les modifications comportementales (alcool, tabac, hygiène de vie...) ;

- *Personnalité* : là encore, la variable intermédiaire correspond à l'augmentation de la fréquence de comportements à risque (tabagisme, consommation d'alcool).

Ainsi l'ancienne théorie selon laquelle

Psychisme $\Rightarrow$ perturbations du système immunitaire $\Rightarrow$ processus physiopathologiques $\Rightarrow$ cancer
est remplacée par une théorie alternative :

Psychisme $\Rightarrow$ comportements pathologiques $\Rightarrow$ processus physiopathologiques $\Rightarrow$ cancer

L'idée princeps d'un rôle prépondérant du système immunitaire et de sa déficience dans l'apparition et la progression de la maladie cancéreuse reste très débattue et plus que jamais sujette à controverse. D'où l'idée pour certains d'optimiser l'action du système immunitaire par des interventions psychologiques. L'équipe hollandaise de Boomsma *et al.* au travers d'une revue de la littérature ne corrobore pas cette hypothèse.

Les facteurs psychosociaux et le cancer du sein

Différents champs d'action psychosociale concernent le sein : les facteurs de risques, les facteurs pronostiques, l'image du corps, la qualité de vie, le conseil génétique, l'adaptation et le dépistage. Les stratégies de coping (esprit de combat, déni, acceptation stoïque, désespoir/impuissance), la qualité du support social (état marital, existence et accessibilité à un réseau social, fréquence des contacts sociaux), les événements de vie, la mise en place d'interventions psychologiques (groupes de soutien) sont autant de paramètres supposés avoir une influence positive ou négative sur le développement et la progression du cancer du sein. Toutefois, les auteurs tempèrent ces affirmations car les études restent contradictoires.

La communication

Le Pr L. Fallowfield a fait un état des lieux sur la communication entre médecins et patients et sur les divers programmes d'enseignement destinés à améliorer les capacités de « communiquant » des soignants. Elle insiste sur le fait de tenir compte de la pluridisciplinarité des équipes soignantes pour adapter une information cohérente, logique et complémentaire.

Les prises en charge psychothérapeutiques

Relevons deux prises en charge originales rapportées par deux auteurs sud-africains : la première concerne le PTSD chez des patients en chimiothérapie. Il est noté une relation entre l'existence d'un PTSD et la non-observation du traitement. RVN. Benjamin a développé un modèle calqué sur le débriefing chez des personnes confrontées à un traumatisme aigu : *medical trauma debriefing*. Celui-ci pourrait faciliter le dépistage de la non-observation du traitement des patients.

Une autre prise en charge concerne un groupe de parole effectué chez des patientes atteintes de cancer du sein et faisant appel aux méthodes de narration avec l'intervention d'un témoin étranger au groupe et facilitant ainsi la narration de la maladie en l'intégrant à l'expérience individuelle de chaque personne (LE. Greef).

Par ailleurs, certaines équipes américaines commencent à développer des groupes de soutien par le web (*on line support group* ou *electronic support group*). Une analyse du contenu émotionnel fondée sur l'écrit se développe mais un des biais se trouve être la non-prise en compte des messages non verbaux (ex. : ironie, sarcasme, interprétation).

L'oncogénétique

Les études en général (H. Berth *et al.*, EMA. Bleiker *et al.*) retrouvent des niveaux de détresse psychologique élevée en rapport avec la perception personnelle du risque génétique (cas du cancer colorectal héréditaire non poliposique). Une expérience canadienne de groupe de soutien (MJ. Esplen *et al.*) est effectuée chez les femmes porteuses de mutation BRCA1 et 2 et améliorerait la transmission de l'information au sein de la famille. Par opposition à ces répercussions immédiates, les répercussions psychosociales à long terme faisant suite à l'annonce d'un gène de prédisposition génétique (mutation génétique) ne seraient pas si importantes. Une équipe anglaise (C. Foster *et al.*) rapporte à un an un retour au niveau de base des taux d'anxiété chez les femmes mutées. Cela est aussi retrouvé par une équipe suisse (P. Waltz *et al.*). Les problèmes rencontrés seraient plutôt d'ordre médico-économique avec pour 23 % d'entre elles des problèmes de discrimination vis-à-vis des assurances.

Les liens entre répercussions psychiques de la perception du risque et préférence d'implication thérapeutique (mastectomie prophylactique ou pas) des femmes à haut risque de cancer du sein ont été étudiés par une équipe du MSKCC de New York (K. Hurley *et al.*). Trois profils de préférence déci-

sionnelle peuvent être distingués : non impliqué (*disengaged*), ambivalent et impliqué face au risque, qui correspondent à des profils de détresse distincts, impliquant des attitudes différentes dans le conseil génétique. Les facteurs culturels et ethniques font varier ces résultats, incitant à une meilleure adaptation individuelle des outils et procédures.

Une équipe anglaise (S. Davolls *et al.*) a étudié les facteurs motivant les hommes (pouvant eux aussi être porteurs du gène BRCA1/2) à effectuer les tests génétiques : devoir parental, obligations familiales. Généralement, ils ont plus facilement tendance à partager avec le conjoint et à communiquer au sein de la famille quel que soit le résultat du test.

La détresse psychologique ou désarroi

Une équipe espagnole a proposé des *guidelines* inspirés de ceux de J. Holland pour gérer la détresse psychosociale : partir d'un dépistage des problèmes sociaux, familiaux et personnels en utilisant des outils adaptés, évaluation faite par l'oncologue ou une infirmière et adresser à l'équipe de psycho-oncologie ou au service social. Ils évoquent la possibilité d'organiser un comité psychosocial qui réunirait les associations de malades, les infirmières formées au conseil, les services sociaux et pastoraux, le médecin traitant, le psychiatre, l'équipe de psycho-oncologie.

La sexualité

Thème encore peu abordé en pratique clinique, il apparaît qu'évoquer avec les patients leurs problèmes de sexualité et l'impact de la maladie et des traitements sur la fonction sexuelle améliore leur qualité de vie. Cela peut se faire par l'intermédiaire d'une information de groupe (A. Ashkenazi *et al.*). Le concept de réhabilitation psychosexuelle a été évoqué par des équipes indiennes travaillant sur des populations d'appartenance culturelle plus conservatrice sur le plan de la libération sexuelle chez des femmes présentant un cancer génital (I. Basu Mallik *et al.*, BK. Chakrabarti *et al.*).

La famille, les enfants et les adolescents

Un seul symposium était consacré aux proches de patients atteints de cancer avec des communications portant essentiellement sur l'évaluation et la prise en charge de la souffrance des *caregivers* dans les situations de fin de vie ainsi que durant le deuil. Par exemple, D. W. Kissane a présenté une étude portant sur un programme visant à prévenir les complications de la phase palliative et du deuil chez des familles à risque (*Family focused grief therapy*).

Concernant l'oncologie pédiatrique, on ne peut que remarquer et déplorer le faible nombre de travaux présentés sur ce thème, que ce soit sous forme de communications orales ou de posters. Les aspects psycho-oncologiques spécifiques aux enfants et adolescents atteints de cancer mériteraient donc à l'avenir d'être plus étudiés et représen-

tés dans ce type de congrès. Quelques études portaient sur le devenir des enfants et adolescents guéris (séquelles, devenir psychosocial et spectre post-traumatique), sur la qualité de vie des parents et les groupes de soutien aux parents endeuillés. Rapportons aussi des présentations plus originales : un voyage en Jeep avec des adolescents et des jeunes adultes en rémission (*adventure therapy*) ; un site Internet spécialement destiné aux *teenagers* atteints de cancer (Group Loop : Teens. Talk. Cancer. Online. www.grouploop.org) et leur permettant de se rencontrer et de partager leurs expériences. Citons également une étude intéressante comparant les pratiques américaines et japonaises concernant la communication entre médecins et adolescents au sujet de la fin de vie : on apprend que la fin de vie est beaucoup plus souvent évoquée avec les adolescents aux États-Unis, qui sont questionnés sur leurs priorités et leurs désirs concernant la phase palliative mais on voit également que, outre le facteur culturel, un déterminant important de cette communication est représenté par les habitudes des services (dans ce domaine, les médecins sont fortement influencés par les pratiques de leurs collègues).

Évoquons enfin la situation des enfants et des adolescents de parents malades, sujet qui a donné lieu à plusieurs communications orales et posters et qui paraît emblématique de l'attention portée à l'entourage des patients atteints de cancer. Les expériences de programmes spécifiquement destinés à ces enfants et adolescents sont diverses dans leurs objectifs et leurs modalités (groupes de parole, art thérapie...) et leurs résultats jusque-là insuffisamment évalués. Un symposium a été consacré à l'exposé des résultats des études menées dans différents pays européens au sein du groupe COSIP (Children Of Somatic Ill Parent) : ces études de méthodologie assez comparables insistent sur le rôle délétère de la psychopathologie, en particulier de la dépression, du parent malade et sur le rôle protecteur d'un conjoint non malade quand il/elle est capable de communiquer et d'apporter du soutien aux enfants. Les familles monoparentales sont donc très fragilisées. D'autre part, le fonctionnement familial est évalué différemment par les parents et les adolescents, ces derniers ont généralement une perception moins bonne de la communication au sein de la famille. Enfin les enfants et les adolescents rapportent plus de troubles que leurs parents ou leurs enseignants.

On pourra regretter l'absence de communications qui reflètent la recherche appliquée à la pratique psychanalytique.

Pour finir, saluons le travail de notre confrère et compatriote le Dr E. Seigneur de l'Institut Curie qui a obtenu l'*award* (récompense) du meilleur poster de par son originalité. Il s'agissait de comparer la détresse psychologique chez les enfants et adolescents vivant avec un parent atteint de cancer par rapport à ceux qui vivent avec des parents souffrant d'autres maladies physiques (diabète insulinodépendant, transplantation rénale) en rapport avec la communication de cette maladie au sein de la famille.

Les dernières nouvelles de l'IPOS

Compte-rendu des éléments remis lors des conférences plénières par Jimmie C. Holland (président fondateur de l'IPOS) et Uve Koch (trésorier) et au cours de la réunion des Sociétés nationales de psycho-oncologie.

Une soixantaine de pays sont aujourd'hui représentés à l'IPOS, mais tous n'ont pas de société nationale. L'IPOS compte actuellement 180 membres à jour de leur cotisation. Les congrès de l'IPOS réunissent en général un nombre beaucoup plus important de professionnels (entre 550 et 800).

1) Jimmie C. Holland a d'abord rappelé les missions premières de l'IPOS concernant la psycho-oncologie : développer la communication, former et éduquer les professionnels en tenant compte des diversités transculturelles, promouvoir les recherches multicentriques à travers le monde.

2) Une des idées phares prônées lors de ce congrès est d'inclure l'IPOS (International Society of Psycho-Oncology) dans les programmes de la World Health Organization (WHO ou OMS), afin d'optimiser les programmes de lutte contre le cancer. L'IPOS se focaliserait sur les aspects psychosociaux, spirituels et comportementaux qui définissent le champ du psychosocial. Ces diverses dimensions seraient ajoutées aux différents programmes de contrôle du cancer déjà développés par l'OMS (Organisation mondiale de la santé) : prévention, diagnostic précoce, dépistage, thérapie, douleur, soins palliatifs.

L'idée est de fournir un cadre d'expertise à l'OMS par l'intermédiaire de l'IPOS.

L'IPOS interviendrait comme une organisation non gouvernementale et donc apolitique.

3) Proposition de rapprocher l'IPOS, l'EFPOS (European Federation of Psychosocial Oncology Societies) et les différentes sociétés nationales existantes ou à venir : importance de s'allier et d'unifier nos points de vue dans la mesure où la psycho-oncologie reste une communauté très restreinte en nombre.

4) Projet de développement de l'accès aux connaissances en psycho-oncologie et des activités éducatives de la Société savante.

Un corpus de connaissances dans le domaine de la psycho-oncologie est actuellement en cours de constitution, qui sera prochainement accessible gratuitement sur le web (site : ipos-society.org).

Pour chaque grand thème de la clinique psycho-oncologique (détresse psychologique, dépression, confusion, interventions en psycho-oncologie, communication, travail en équipe multidisciplinaire...), une conférence de quarante-cinq minutes sera disponible sur le site web de l'IPOS. Celle-ci comprend un *power point* associé à une présentation orale de l'exposé donnant de plus amples détails. Une traduction est pour le moment prévue en cinq ou six langues autres que l'anglais (espagnol, italien, français, polonais, russe et peut-être portugais ; la traduction en français sera assurée par des membres de la SFPO (Société française de psycho-oncologie).

À moyen terme, ces exposés pourraient également porter sur les aspects de recherche clinique en psycho-oncologie.

L'ESO (European School of Oncology) est pourvoyeur de fonds pour la réalisation de ce programme pour les trois premières années, mais d'autres financeurs doivent être appréhendés.

Il serait utile que chacun des membres de l'IPOS qui assure actuellement une formation à la psycho-oncologie dans son pays d'origine fasse parvenir à Uve Koch les contenus de ces formations, dans le dessein d'homogénéiser progressivement l'enseignement de la psycho-oncologie et tout en respectant les spécificités culturelles.

Ces cours reçoivent le label de *psychosocial academy training*. L'objectif à terme est de constituer un *master* en psycho-oncologie.

5) Développement du journal *Psycho-Oncology*. Stabilité actuelle du nombre d'abonnés. Disponibilité d'une version électronique et d'une version papier. Actuellement, douze numéros par an. Augmentation de l'indice de consultation (*impact factor*) au fil des ans (presque 2 aujourd'hui).

Aide aux pays en voie de développement sous la forme d'un abonnement gratuit à la revue *on line*.

6) Rénovation complète du site de l'IPOS cette année, désormais plus riche et plus convivial.

7) Questions financières : l'IPOS est actuellement à l'équilibre mais la situation dans les années à venir pourrait se révéler plus précaire. Les membres du bureau de l'IPOS travaillent activement sur la question des ressources de l'association (développement, diversification, fidélisation).

8) Dernières élections du bureau de l'IPOS :

- Président : Christoffer Johansen (Danemark) ;
- Premier vice-président : Luigi Grassi (Italie) ;
- Deuxième vice-président : Y. Uchitomi (Japon) ;
- Secrétaire/trésorier : Uve Koch (Allemagne) ;
- Président d'honneur : David Kissane (États-Unis) ;
- Directeurs : William Breitbart (États-Unis) ; Barry Bultz (Canada) ; Sylvie Dolbeault (France) ; Maggie Watson (Royaume-Uni).

L'IPOS souhaiterait accueillir dans son bureau un professionnel non psycho-oncologue pour renforcer le principe de la collaboration entre professionnels de l'oncologie et de la psycho-oncologie.

À VOS AGENDAS !

La II^e Conférence annuelle de l'APOS (American Psycho-Oncology Society) se tiendra à Phoenix, Arizona, du 27 au 29 janvier 2005.

Le prochain Congrès mondial de psycho-oncologie se déroulera à Venise du 18 au 21 octobre 2006 sous la présidence du Pr L. Grassi.