

Évolution des traitements du cancer : quel impact psycho-social ?

XXI^e congrès de la SFPO, Paris, 25 et 26 novembre 2004

Sarah DAUCHY¹
Sylvie DOLBEAULT²
Gilles MARX³
Fabienne KIMMEL⁴
Nicole PELICIER⁵

¹ Unité de psycho-oncologie,
Institut Gustave-Roussy,
39 rue Camille-Desmoulins,
94805 Villejuif
<sdauchy@igr.fr>

² Unité de psycho-oncologie,
Institut Curie, 26 rue d'Ulm,
75005 Paris

³ Unité de psycho-oncologie,
Centre René-Huguenin,
35 rue Dailly, 92210 Saint-Cloud

⁴ Accueil Cancer de la Ville de Paris,
18, rue Quincampoix, 75004 Paris

⁵ Service de psychiatrie de liaison,
Hôpital européen Georges-Pompidou,
20 rue Leblanc,
75015 Paris

Résumé. L'évolution des stratégies thérapeutiques adoptées en cancérologie s'accompagne de profondes mutations dans le rapport des patients et des soignants à la maladie, ainsi que dans leurs relations mutuelles. Les modifications significatives en termes de survie et de qualité de vie ont accru l'espoir des patients. L'évolution de leurs droits a redessiné les contours du contrat de soins mais n'est pas sans impact sur la relation soignant-soigné. La crise démographique des métiers de la santé et le poids croissant sur le soin des contraintes économiques inscrivent ces modifications dans une réalité quotidienne très éloignée des attentes des patients : traitements ou examens indisponibles, délais d'attente, professionnels épuisés ou temps d'échange réduits par la surcharge de travail. Le XXI^e congrès de la Société française de psycho-oncologie, qui s'est tenu à Paris les 25 et 26 novembre 2004 à l'Institut d'océanographie, a réuni autour de la problématique de l'impact psychologique et social de l'évolution des traitements du cancer 300 professionnels impliqués dans la prise en charge médicale et psychologique des maladies cancéreuses. Il s'agissait d'abord de susciter l'échange et la réflexion entre professionnels ; aussi l'accent avait-il été mis sur des présentations se prêtant aux échanges avec la salle, de larges temps de discussion succédant à des tables rondes où le dialogue entre acteurs de professions distinctes était favorisé. Toutes les communications ne sont pas rapportées ici mais un numéro de la *Revue Francophone de Psycho-oncologie* (2004, 4, volume 3, novembre) a publié l'intégralité des résumés présentés ainsi que certains articles plus détaillés. ▲

Mots clés : psycho-oncologie, évolution, traitements, impact psychosocial

Évolutions des traitements et des prises en charge

Après une introduction de P. Saltel, secrétaire général de la SFPO, la première après-midi était consacrée à l'état des lieux des évolutions dans la prise en charge des cancers, faisant succéder un cancérologue, un patient, un juriste et un psycho-oncologue, chacun témoignant de sa place respective dans ces changements. J.-F. Morère est venu rappeler les progrès accomplis dans la compréhension du développement des cancers à l'échelon biologique et cellulaire, ainsi que leurs conséquences en termes de prévention et de traitement. Le développement des soins de support, la prise en charge globale du patient, la meilleure tolérance des traitements, la diversification des stratégies thérapeutiques (chimiothérapies orales, thérapies ciblées, associations thérapeutiques...) et diagnostiques (Petscan) entraînent des résultats thérapeutiques différents qui s'accompagnent de changements dans les représentations de la maladie.

Un patient ayant été soigné pour plusieurs cancers est ensuite venu témoigner de la façon dont il a vécu cette évolution : conscience de l'efficacité accrue d'abord, importance des représentations associées à la maladie, importance de l'alliance thérapeutique avec son cancérologue pour faire face

aux effets secondaires dont l'importance peut alors être hiérarchisée par rapport au bénéfice de survie.

L'évolution du cadre juridique a été rapportée par T. Casagrande qui a resitué les modifications de la relation de soins à la lumière du développement des droits des patients et de la tendance sociétale à l'intervention du judiciaire comme mode de régulation des relations entre individus. L'engagement de la responsabilité médicale dans l'acte de soigner s'est ainsi alourdi de nouvelles exigences, parallèlement à l'augmentation des recours effectués par des patients à des fins de responsabilité ou d'indemnisation. L'obligation de prouver l'information remise au patient, l'accès au dossier, la désignation de la personne de confiance ont réellement placé l'information en clé de voûte de la relation de soins. Des exceptions persistent encore à cette information. À côté des situations d'urgence, le refus et l'impossibilité d'informer le patient peuvent justifier une information limitée et être liés à des difficultés d'adaptation psychologique.

N. Pelicier a apporté à cet « état des lieux » son point de vue de psycho-oncologue à la lumière de l'éthique ; elle a rappelé la définition du Pr Sicard : « *le chemin entre le nécessaire progrès technique et le respect des personnes* ». Ce progrès technique, cet « enfin possible » du soin, met en tension la relation thérapeutique au cours de laquelle il s'agit de répon-

dre non seulement à la question du « peut-on le faire ? » mais encore à celle du « doit-on le faire ? ». Tenir compte dans les choix thérapeutiques des attentes du patient et de son adaptation singulière à l'irruption du cancer et de ses conséquences dans sa vie devient une nécessité sous peine de voir ce *corpus* revenir sous forme de revendication *via* les symptômes, voire juridique. La mise en tension de cette demande d'information grandissante peine à laisser la place à la nécessaire étape d'explication tant des besoins du patient que des limites du traitement. Cette étape est pourtant garante de la qualité à la fois du soin et de la relation avec des soignants auxquels il ne sera pas demandé ce qu'ils ne peuvent pas apporter.

Lorsque le fossé se creuse entre les logiques du soignant et celles du soigné, c'est souvent le psycho-oncologue que l'on sollicite pour tenter de rétablir la congruence du soin, voire l'observance du patient, ce qui passe bien par ce rétablissement du contexte, des besoins, des limites. Mais quelle menace sur l'adaptation psychologique du patient lorsque le fossé s'accroît devant le double mouvement d'amplification entre les demandes croissantes d'un patient usager du soin – pouvant être relayées par la voix associative – et la dramatisation d'une réalité clinique de plus en plus disparate, faute notamment d'intervenants ?

Quand la satisfaction par rapport aux soins devient un enjeu politique et médico-économique, quelle place est laissée à l'éthique du soin, dans ce qu'elle s'attache à concilier de la mise en tension de ces conditions opposées ? La médecine, nous dit N. Pélicier, a besoin pour n'être pas un simulacre de s'appuyer sur des axes de réflexion conjoints, qui tentent de relever le défi de la complexité et de la diversité des enjeux. La mise en parallèle de concepts aussi distincts que la durée de survie, la qualité de vie, les coûts de traitement, la répartition des ressources démographiques ou économiques implique, si l'on cherche à éviter que ces axes ne divergent, une nécessaire pondération des enjeux dont naîtra inévitablement le doute : quelle est notre capacité aujourd'hui à le soutenir et à ne pas le nier ?

L'information, la prescription des traitements, l'évaluation de la satisfaction des soins, trois aspects majeurs de cet état des lieux, faisaient l'objet des ateliers de cette première après-midi. Ainsi la question de l'information a-t-elle été tout d'abord abordée avec l'exemple du centre de protonthérapie d'Orsay (L. Feuvret *et al.*) dont la haute technologie favorise l'apparition de représentations extrêmes chez les patients et les soignants. Le patient oscille entre fascination et peur devant cette technologie fantasmée toute-puissante ; il faut un temps particulièrement long lors des consultations médicales pour que naisse une relation plus humaine et symétrique qui lui permette d'exprimer ses émotions et ses besoins. M. Reich, psychiatre, a abordé ensuite la question du cadre éthique de l'information : à côté du cadre législatif dont l'évolution favorise l'autonomie du patient, la préservation de sa dignité et de sa liberté de choix, persistent des limitations à cette information, notamment lorsque le patient n'a pas la capacité de comprendre ou de s'impliquer dans ces choix. Mais l'ambivalence de ses désirs ou encore de ses valeurs individuelles peut également moduler considérablement les représentations qu'il a de cette information ; il s'agit non de lui « asséner » une vérité mais de la partager avec lui et l'on doit apprendre à connaître ses espoirs et ses limites – et à ne pas, au nom d'avancées technico-scientifiques, confon-

dre « tout tenter » et « trop tenter », passant *in fine* à côté de sa relation avec lui.

L'information donnée au patient doit faire l'objet d'une appropriation pour être utilisable ; une illustration nous en a été donnée ici avec l'exemple des groupes psycho-éducatifs proposés à des femmes atteintes de cancer du sein (A. Chabot, M. Simonet). Ces groupes, centrés sur la rencontre et l'échange avec d'autres patientes qui confrontent leurs modalités d'adaptation respectives, assurent un cadre émotionnellement contenant à ces échanges d'information et autorisent, dans le même temps, la reprise d'un travail psychique garant d'une adaptation et d'une reprise progressive d'autonomie, non seulement en tant que patient mais aussi en tant qu'acteur d'une vie sociale, familiale et professionnelle préservée.

L'atelier prescription a tout d'abord abordé la question du désir d'information et d'implication par l'exemple de patients atteints de cancer du bas rectum, montrant la variabilité individuelle de ce désir d'implication (Zenasni *et al.*). Ce type d'étude permet d'apporter aux cliniciens une *feed-back* sur leur pratique, encourageant à des modifications dans les comportements de soin. Un autre exemple de ces possibilités d'influer sur l'organisation des soins et leur processus de prescription est donné par la présentation d'une étude montrant la plus grande efficacité sur le bien-être psychique d'une prise en charge psychothérapeutique précoce (*versus* différée) proposée à des patients en situation de greffe de moelle (E. Frick *et al.*). Cette étude allemande fait partie des quelques présentations internationales francophones qui sont venues renforcer les échanges entre les acteurs de la psycho-oncologie de ces différents pays (H. Benjelloun, E. Frick *et al.*, P. Sakellarpoulos et A. Gerassi).

L'évaluation de la satisfaction des soins a permis d'envisager au travers de différentes études la pertinence de ce concept, doté aujourd'hui d'une définition et de modalités de mesure très précises (A. Brédart), même s'il garde des limites et peut être amélioré. La très fréquente divergence entre l'opinion du patient et celle de son médecin en termes de satisfaction par rapport aux soins reçus mérite d'être soulignée. L'évaluation de la satisfaction permet de souligner certains besoins non comblés, comme par exemple, dans l'évaluation préliminaire du dispositif d'annonce en Bourgogne, le besoin d'un complément d'information écrite et d'une proposition de soutien psychologique (E. Lagneau, G. Truc) ou le besoin de temps de concertation entre les soignants dans l'évaluation des prises en charge en hospitalisation à domicile (O. Frezet *et al.*). Le besoin pour cette évaluation de la satisfaction d'approches cliniques qualitatives et non seulement quantitatives est souligné (C. Boyer, F. Kimmel, L. Sifer *et al.*). La satisfaction est un concept évolutif, à évaluer de façon dynamique, et le suivi du patient dans le temps permet de dégager les processus complexes dont elle dépend. Des structures de soutien psychologique extrahospitalières ont ici une place importante : les Accueils Cancer de la ville de Paris en sont un exemple (C. Boyer, F. Kimmel)). Dans ces lieux non médicalisés où sont proposés un soutien psychologique et un accompagnement social pour les personnes atteintes de cancer et pour leur entourage, le grand nombre de patients accueillis après la fin des traitements, parfois après plusieurs années de rémission, souligne combien l'impact psychosocial du cancer perdure, même après la guérison somatique.

Limites et paradoxes

Après cet état des lieux des évolutions dans la prise en charge des cancers, la matinée a commencé par une « leçon de clinique » de Pierre Pouillard, proposant, à travers quelques exemples cliniques, de rappeler toutes les subtilités de la relation médecin-malade, en particulier dans des situations clés telles que celle de l'annonce diagnostique, et la difficulté que l'on peut éprouver à repérer le positionnement relationnel approprié, ni trop distant ni trop intrusif.

La deuxième partie de ce congrès était consacrée aux limites et paradoxes de cette évolution dans les prises en charge. En premier lieu, les problèmes d'hétérogénéité de l'accès aux soins, auxquels une table ronde a été consacrée, autour d'un oncologue radiothérapeute et directeur d'hôpital (P. Bey), d'une psychologue coordinatrice d'un réseau de soins palliatifs (F. Ellien), d'un représentant des autorités de tutelle (G. Echardour) et d'un généraliste (S. Krieff). P. Bey a rappelé que le parcours des patients, dont les attentes croissantes sont soutenues par les progrès thérapeutiques accomplis, commence souvent par la recherche du « meilleur » lieu de soins, celui-ci lui étant diversement accessible en fonction de son lieu de résidence, de son niveau social, de ses connaissances. Cette hétérogénéité, souvent réelle, peut être majorée par les représentations que le patient a d'un système de soins dont les modalités d'évaluation ne sont pas sans conséquences sur le sentiment de confiance qu'il éprouve. Une meilleure lisibilité des moyens et des compétences, un renforcement des liens entre médecine hospitalière et médecine de ville, une meilleure éducation du patient devraient permettre d'atténuer les écarts d'accessibilité à des soins appropriés. Le message du médecin généraliste, concernant ces difficultés d'accès au soin, s'est appuyé sur la mise en avant de la multiplicité des responsabilités qui lui incombent entre prévention, dépistage, annonce, accompagnement du traitement et réhabilitation. Pour être efficace, la collaboration avec les acteurs hospitaliers doit s'appuyer sur des échanges de qualité qui permettront au praticien de réduire ces inégalités plutôt que de les laisser s'accroître du fait du manque d'information (phase de l'après-traitement par exemple, quand le patient habite loin de l'hôpital). La concertation généraliste-spécialiste apparaît plus complexe en cancérologie que dans les autres spécialités, et ce pour diverses raisons : pratique multidisciplinaire associée parfois à la complexité d'identification du médecin référent, possible passage par un spécialiste d'organe avant le cancérologue, ce qui ajoute un niveau de transmission supplémentaire. C'est pourquoi, dès le début de la prise en charge, les liens devraient se structurer entre généraliste et cancérologue, donnant la possibilité d'éviter la discontinuité entre les professionnels qui risquerait de conforter le patient dans la représentation selon laquelle ses soins dépendent exclusivement du centre hospitalier.

Le point de vue des autorités de tutelle a été donné par G. Echardour, de l'ARHIF, qui a rappelé les dispositions prises autour des soins de support, la récente circulaire ministérielle à ce sujet demandant à chaque établissement hospitalier traitant des patients atteints de cancer d'organiser l'accès aux soins de support, qu'il s'agisse de la globalité de la prise en charge ou du recours à des avis d'expert. L'organisation des soins définie par le SROS comme par les exigences du Plan Cancer doit s'appuyer sur les réseaux pour lesquels les questions de tarification toujours posées, portant en particulier sur

le financement des activités libérales et la coordination des intervenants, constituent un frein à leur développement. Il y a là aussi risque d'attentes accrues des patients, souligne la psychologue (F. Ellien), sans que les structures de soins puissent y répondre au quotidien, avec le corollaire que constituerait l'accroissement du fossé existant entre une surmédiation des évolutions du système de santé et une réalité des soins aggravée par la crise démographique des soignants. Cela expose les patients à un vécu d'inégalité, voire de perte de chance, et les soignants à un épuisement accentué par l'impossibilité de répondre aux attentes des patients et de la société.

C'est aux questions de choix partagé et de patient partenaire qu'était consacré le symposium suivant réunissant les différents acteurs concernés. En premier lieu, le cancérologue M. Espié a développé les questions posées par l'écart existant entre perception objective (connaissances scientifiques du médecin, risque épidémiologique, formulaires de consentement éclairé...) et vécu subjectif du patient (jusqu'où veut-il être informé, avec quel savoir est-il supposé être partenaire, risque pour lui individuel et non épidémiologique...), soulignant le fait, s'il s'agit d'un partenariat, que la relation thérapeutique ainsi nouée n'en demeure pas moins toujours asymétrique. Ainsi, le risque d'une évolution radicale d'un système « paternaliste » à un système de « neutralité affichée » est également dénoncé. La présentation d'une étude de décision partagée chez des patientes atteintes de lésions radiologiques infracliniques du sein (M. Charavel) décrit les modalités d'appréhension par les patientes de l'information et de la situation de choix, ainsi que les facteurs influençant leur prise de décision et le mode de relation médecin-patient. Informées par un tableau décisionnel présenté par le médecin, les patientes devaient retenir ou écarter l'option d'une chimiothérapie adjuvante dont le bénéfice théorique était confronté aux effets secondaires attendus. La plupart d'entre elles ont refusé la chimiothérapie, certaines éprouvant le besoin d'avoir recours à l'avis d'un autre médecin durant les 5 jours qui leur étaient laissés pour choisir. Qu'il s'agisse du besoin d'un guide médical (avec refus de l'autonomie qui leur est accordée), de la difficulté à comprendre qu'une chimiothérapie peut avoir un intérêt puisque leur médecin ne les y oblige pas, de l'angoisse de l'attente, les femmes ont globalement témoigné de leurs difficultés à investir favorablement cette situation de décision partagée et de leur besoin de partager la relation et l'information plutôt que de s'approprier le choix.

Le psychiatre O. Bezy a évoqué les risques de dérive liés à l'évolution actuelle de la médecine et aux nouveaux cadres juridiques posés, qui tendraient à transformer le soin en un objet de consommation, avec des conséquences délétères : sentiment d'abandon du patient, dé-responsabilisation du médecin, illusion d'une symétrie de la relation médecin-malade, dérive du concept d'autonomie.

Le juriste (maître Joliff) a rappelé que, au sens légal du terme, cette notion de partenariat a des limites : le contrat de soins fait du médecin un prestataire responsable du résultat et non un partenaire dans une collaboration. Quant à la contrainte légale de prouver l'information, celle-ci a fait passer la relation médecin-malade d'une tradition orale à une tradition écrite peu propice à un réel partenariat : le patient peut, par exemple, refuser de signer un consentement ou refuser des soins après confrontation anxiogène à des risques qui auraient auparavant été minimisés.

Le dernier thème de cette demi-journée abordait la question du « soigner ou prendre soin » (B. Barreau *et al.*) en déclinant la perception par les patients de cette évolution des soins et en montrant jusqu'à quel point cette perception peut parfois être extrêmement éloignée de celle des soignants. Ainsi, la perception parfois ambivalente, voire négative, des soins ambulatoires a été plusieurs fois soulignée : permettant la diminution des stress psychiques et physiques liés à l'hospitalisation, ces soins sont parfois jugés plus épuisants par le patient du fait des trajets et du maintien des charges du quotidien, mais aussi souvent perçus comme étant plus angoissants du fait de la distance instaurée avec le cadre sécurisant de l'hôpital et la présence des soignants.

Perspectives

La troisième partie du congrès était tournée vers les perspectives dessinées par ces évolutions, autour des concepts de qualité de vie mais aussi de soins de support, dont l'organisation est désormais recommandée, et de la fonction du questionnement éthique comme modérateur des mises en tension accentuées par ces évolutions. C. Hervé a introduit l'après-midi en insistant sur les modifications des positions respectives du médecin, autrefois tout-puissant mais aujourd'hui vulnérabilisé par les modifications du droit, et des patients, *a priori* vulnérables, mais dont le regroupement en association les met en position d'être des interlocuteurs politiques aux exigences renforcées. Ces modifications laissent néanmoins persister l'ambiguïté de la situation de patient, avec la complexité de ses représentations et de ses non-dits, et l'adaptation par essence individuelle, qui introduit les concepts de qualité de vie ou de fin de vie, variables en fonction des repères personnels et culturels.

C'est à la qualité de vie qu'était consacré le premier symposium, réunissant deux oncologues (F. Joly, J.-P. Spano), un psychiatre (S. Dolbeault) et une psychologue (A. Brédart). L'évolution de certains cancers est caractérisée par la chronicisation et la diminution de la mortalité au profit d'un allongement de la longévité sous traitements ou avec les séquelles éventuelles de ceux-ci, mais aussi par la meilleure information des patients. Tous ces changements imposent d'accorder de plus en plus d'importance à l'évaluation de la qualité de vie dont le patient est et doit rester le meilleur juge. Plus qu'une « mesure » de la qualité de vie, les outils existants permettent la quantification de certains de ses aspects, en réponse à des objectifs variables suivant les échelles, qu'il s'agisse d'outils spécifiques au cancer ou non. L'utilisation de ces outils permet d'améliorer à la fois la qualité des soins et l'adaptation de ceux-ci au patient, l'objectif étant non d'adopter une attitude « normative » mais, bien au contraire, d'améliorer la caractérisation individuelle de l'état du patient à un moment donné ainsi que son évolution au fil du temps. L'évaluation de la qualité de vie au cours de l'entretien permet au clinicien de prêter attention à l'ensemble des domaines de la vie du patient, y compris ceux qui risqueraient d'être l'objet de réticence ou de gêne (vie psychique, sexuelle ou spirituelle par exemple). Ces domaines ne sont pas hiérarchisés par avance, le soignant reconnaissant la fonction d'expert qu'a le patient dans l'évaluation de son état et de ses besoins propres. Ces outils peuvent être adaptés à des populations spécifiques (adolescents, sujets âgés). Certaines questions demeurent posées : leur adaptation culturelle, mais surtout la difficulté à passer d'un niveau individuel

qualitatif à une échelle collective quantitative qui risque d'être réductrice. L'utilisation faite des résultats doit en tenir compte.

La prise en compte des différents domaines de la vie du patient et l'évaluation globale de ses besoins introduisent le symposium consacré aux soins de support. I. Krakowski a retracé l'histoire récente de cette volonté de coordination harmonieuse des diverses dimensions du soin global, telles que la prise en charge de la douleur chronique, la psychoncologie, l'accompagnement social, les soins palliatifs... existant depuis de nombreuses années auprès des patients atteints de cancer mais dont le développement apparaît lié à l'évolution des traitements et à l'augmentation de la durée de vie de patients symptomatiques. Les soins de support doivent intervenir le plus précocement possible dans le cours évolutif de la maladie et leur structuration doit aider à l'anticipation des besoins du patient et de son entourage ainsi qu'à la prévention des situations à risque. Cela implique des interfaces souples et riches d'échanges avec les soins oncologiques spécifiques, les avantages escomptés de cette prise en charge globale ne devant pas être affectés par cet ajout d'intervenants qui impose une communication transversale pour une authentique continuité des soins. Pour les équipes de soins spécifiques, le développement des soins de support doit être source d'une amélioration de la satisfaction à l'égard des soins prodigués, passant par la valorisation d'une prise en charge de meilleure qualité, le gain de temps et l'expertise facilitée par cette collaboration. Néanmoins, le risque d'un vécu de désappropriation du patient ou d'un morcellement de la prise en charge implique de prêter attention aux temps de synthèse et de partage des savoirs, à la coordination des projets, au décloisonnement des professionnels (bi-appartenance). Le positionnement et les pratiques du psychoncologue, psychiatre ou psychologue, s'intègrent naturellement dans les perspectives dessinées par les soins de support, du fait du travail d'adaptation psychologique à accomplir par le patient et de la nécessaire prise en compte de la possible souffrance psychique s'inscrivant dans ce contexte carcinologique. L'intégration multidisciplinaire offerte au psychoncologue par les soins de support facilite l'adaptation de son champ d'intervention, privilégiant un travail d'anticipation et une transversalité de ses actions. G. Marx a rappelé en outre le fait que les difficultés de l'approche multidisciplinaire résident aussi dans l'ambiguïté des objectifs fixés ainsi que dans l'ambivalence des acteurs du soin, dont le psychoncologue peut être un des interprètes afin d'aider à un soin global mieux concerté.

Le questionnement éthique de P. Guex, psychiatre à Lausanne, a permis de conclure ces journées de travail sur les questions posées par le « traiter mieux, traiter trop, traiter pas assez ». P. Guex a insisté sur la nécessaire dimension de réorganisation institutionnelle face à l'individualité du sujet, qui ne peut être réduite à des données épidémiologiques obligatoirement adaptées au plus grand nombre. La recherche thérapeutique, l'inclusion d'un patient dans un protocole génèrent des représentations qui influent sur la relation de soin : par exemple, de quel droit de vie ou de mort paraît disposer le promoteur d'une étude quand un patient est déclaré non éligible ? Ou quelles représentations a le patient de son traitement en fonction de l'étape de la maladie à laquelle il se trouve, en fonction également de son inclusion dans un processus de randomisation aveugle, éventuellement partagé avec le médecin ? Traite-t-on un patient, une maladie

ou parfois une probabilité statistique de rechute ou un risque génétique ? Quelles conséquences ces éléments ont-ils sur le vécu du patient ? Quelle place dans le « combat » déclaré à la maladie sera-t-elle laissée à l'expression de ses sentiments ou de ses émotions, à la trajectoire adaptative du patient, parfois moins porté à ce combat que peut l'être le soignant ? C'est par le débat, l'échange de valeurs autour du patient reconnu comme sujet dont le parcours existentiel ne peut se résumer au cours évolutif de la maladie, que le soignant parviendra à construire des réponses à ces questions. L'aider

à garder son autonomie, c'est l'aider à être en harmonie avec lui-même et ses valeurs dans la construction partagée d'une décision thérapeutique. Cela demande du temps, de l'attention et du respect. Dans l'échange avec le patient, nous a dit P. Guex, il ne s'agit pas tant de vérité ou de mensonge, que d'une dialectique entre vérité et liberté, dans laquelle se restaurent l'individualité et la subjectivité du celui-ci.

Le prochain congrès de la SFPO aura lieu à Lille les 1^{er} et 2 décembre 2005 et portera sur le thème : « Cancer, croyances et spiritualités ». ▼