

# Réflexion sur l'offre de services psychologiques en oncologie et soins palliatifs dans deux centres hospitaliers universitaires montréalais

## Reflection on Psychological Services in Oncology and Palliative Care in Two Montreal University Hospital Centers

C. Defer · M.-S. Bernatchez

© Lavoisier SAS 2022

**Résumé** Face au cancer et à la fin de vie, la détresse émotionnelle est courante et de mieux en mieux repérée, résultant en de nombreuses demandes de consultation vers nos services psychologiques spécialisés. Les auteures présentent une réflexion sur les différents facteurs qui guident leurs choix d'interventions auprès de la clientèle en oncologie et soins palliatifs rencontrée en contexte hospitalier, le défi étant d'offrir le bon soin au moment opportun à tous les patients en besoin et leurs proches. Le plan de traitement sera adapté selon la sévérité et la nature de la détresse, la nécessité d'intervenir rapidement, la préférence du patient, ses facteurs de vulnérabilité et de protection, tout en conservant à l'esprit que notre mandat de psychologue est circonscrit à l'oncologie et aux soins palliatifs. Cet article illustre que pouvoir recourir à une approche intégrative est précieux pour mieux répondre à la diversité des demandes reçues dans un contexte de temps et de ressources limités.

**Mots clés** Approche intégrative · Plan de traitement · Psycho-oncologie · Ressources limitées · Jugement clinique

**Abstract** In the face of cancer and at the end of life, emotional distress is common and is increasingly recognized, resulting in a significant number of requests for consultation with our specialized psychological services. The authors present a reflection on the various factors that guide their interventions with oncology and palliative care patients in a hos-

pital setting. The challenge is to offer the right care at the right time to all patients and their loved ones who need it. The treatment plan will be adjusted according to the severity and the nature of the distress, the need to intervene within a short delay, the patient's preference, his or her vulnerability, and protective factors while keeping in mind that our mandate as psychologists is limited to oncology and palliative care. This article illustrates that an integrative approach is valuable in responding to the diversity of requests received in the context of limited time and resources.

**Keywords** Integrative approach · Treatment plan · Psycho-oncology · Limited resources · Clinical judgment

### Introduction

Dans le contexte d'un diagnostic de cancer, le patient vient d'abord à l'hôpital pour traiter la maladie ou soulager des symptômes physiques. La référence au psychologue arrive ainsi dans un second temps, de façon complémentaire aux traitements et suivis médicaux. En Amérique du Nord, il est estimé que 35 à 46 % des patients adultes touchés par le cancer présentent un degré élevé de détresse et pourraient nécessiter une intervention spécialisée [1,2]. Il n'est effectivement plus à démontrer que les défis psychologiques peuvent survenir à différents moments de la trajectoire de soins oncologiques, perdurer, voire se développer une fois les traitements intensifs terminés, lors d'une récurrence ou d'une transition vers des soins palliatifs. Les motifs de consultation que nous recevons sont divers et peuvent concerner autant la personne touchée par le cancer que ses proches. Il peut s'agir d'enjeux spécifiques comme de l'anxiété face à un traitement ou une procédure médicale, de l'insomnie, ou bien d'un enjeu plus général d'adaptation à la maladie et à ses répercussions, de difficultés relationnelles avec l'équipe soignante ou les proches, ou encore d'un besoin d'accompagnement à la fin de vie et dans le deuil. Également, il est

C. Defer (✉)

Hôpital Maisonneuve-Rosemont,  
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal,  
H1T 2M4 Montréal, Canada  
e-mail : cdefer.hmr@ssss.gouv.qc.ca

M.-S. Bernatchez

Programme d'oncologie psychosociale,  
centre universitaire de santé McGill,  
H4A 3J1 Montréal, Canada

courant que la confrontation à la maladie ou l'approche de la mort puissent réveiller des difficultés passées ou activent le désir de les aborder de front ou bien qu'elles soient elles-mêmes traumatiques.

Dans nos deux centres hospitaliers situés à Montréal, les ressources en psychologie dédiées à l'oncologie et aux soins palliatifs étant présentes, offertes gratuitement mais limitées, nos équipes entretiennent régulièrement une réflexion sur leur offre de services, afin de s'assurer qu'elles répondent de façon optimale aux nombreuses demandes de consultation reçues et que l'on fasse bon usage de l'expertise des psychologues spécialisés. Lors de la première rencontre d'évaluation, il sera donc déterminant que le psychologue puisse cibler rapidement la nature des difficultés et le besoin prioritaire du patient ou de ses proches, afin de proposer un plan d'intervention adapté tant à la personne qu'au contexte de soin.

Nous vous proposons dans cet article, à des fins de synthèse, une liste des différents facteurs que nous prenons en considération pour guider notre jugement clinique et le choix de nos interventions. Nous tenons à avertir le lecteur que cet exercice de synthèse peut apparaître réducteur en regard de la complexité et de la singularité de l'humain ; toutefois, il apportera aux professionnels en psycho-oncologie un aperçu de notre pratique. Plus précisément, nous aborderons les éléments suivants : notre mandat circonscrit à l'oncologie et aux soins palliatifs, le degré de sévérité de la détresse et la nature du problème, la nécessité d'intervenir rapidement, la demande et la préférence du patient et les facteurs de vulnérabilité et de protection.

## Mandat circonscrit à l'oncologie et soins palliatifs

Notre plan de traitement tiendra évidemment compte du fait que notre mandat est circonscrit à l'oncologie et soins palliatifs, afin d'offrir un service équitable à toutes personnes en besoin, dans un contexte où nous recevons un volume important de demandes qui requièrent une réponse rapide. De façon générale, bien que nous ne travaillions pas avec un nombre prédéterminé et limité de séances, notre intervention « *demeurera centrée sur la situation de crise oncologique et limitée dans le temps* », nous permettant ainsi de demeurer disponible rapidement pour accueillir les nouvelles demandes [3].

D'ailleurs, si une certaine fluctuation de l'humeur est attendue en réaction à l'expérience du cancer et de la maladie avancée, une détresse plus importante est en revanche symptomatique et doit être repérée et traitée sans délai, sans quoi elle risque de s'aggraver, de porter atteinte à la qualité de vie et d'entraver l'adhésion aux traitements oncologiques et au suivi médical optimal [4]. Intervenir rapidement dans les

moments clés que vit le patient est donc essentiel pour assurer sa bonne évolution.

Par conséquent, bien que des problématiques psychologiques préexistantes puissent être décelées, il n'est pas toujours possible ni même pertinent de les traiter en même temps que se déroulent les traitements oncologiques intensifs, à moins que celles-ci nuisent à l'adhésion ou à l'adaptation. Il s'agira parfois d'atténuer des symptômes exacerbés par la situation de maladie, sans toutefois viser leur résolution complète, ce travail relevant éventuellement d'un autre lieu que le service de psycho-oncologie. Si le patient le souhaite, nous pourrions dans un second temps, suite à l'épisode lié à la maladie, le référer vers des ressources extérieures à l'hôpital pour les adresser ou approfondir le travail psychothérapeutique amorcé. Prenons pour exemple le cas de Mme C., une femme de 46 ans, qui présente plusieurs phobies spécifiques, dont aux injections, aux chiens et aux hauteurs, et qui doit amorcer sous peu des cycles de chimiothérapie pour un cancer du côlon. Notre mandat sera donc orienté vers sa phobie des injections (ex., traitement d'exposition graduelle en imagerie mentale et in vivo, hypnose, méditation de pleine conscience) afin de l'aider à mieux vivre ses traitements de chimiothérapie et d'optimiser son adhésion à ceux-ci. Ses autres phobies ne seront pas spécifiquement abordées en thérapie, mais il est possible qu'elle puisse transposer certaines des stratégies développées au fil des séances pour s'exposer graduellement à celles-ci ultérieurement.

Nous établissons au sein de nos programmes des lignes directrices en équipe avec nos coordonnateurs cliniques afin de baliser nos choix de traitement et d'harmoniser nos pratiques.

Des rencontres cliniques régulières de discussion de cas nous permettent aussi de réfléchir en équipe à l'orientation à prendre dans des situations plus complexes. Bien sûr, nous sommes attentifs aux dimensions relationnelles qui se jouent dans la dyade patient-thérapeute et aux éléments réactivés dans le transfert, mais notre mandat étant différent de celui d'un psychologue œuvrant en santé mentale, nous veillons dans la mesure du possible à établir un cadre qui limitera la régression et à orienter le patient vers le bon lieu de soin (ex. : ressource qui pourra assurer une continuité au long cours quand cela est nécessaire). Dans tous les cas, comme psychologues en oncologie, nous avons auprès de l'équipe soignante interdisciplinaire qui nous réfère un rôle de guichet d'accès vers les services en santé mentale, d'accueil et d'orientation des demandes.

Au Québec, il y a une grande disparité selon les régions quant à l'offre de services en oncologie psychosociale, notamment en raison de l'étendue du territoire et de la disponibilité des ressources plus limitée dans les régions moins densément peuplées. Dans les établissements où il n'y a pas de professionnel spécialisé en oncologie psychosociale, ce

sont les ressources de première ligne en santé mentale et les organismes communautaires qui sont mis à contribution pour répondre aux besoins de la clientèle touchée par le cancer selon un modèle d'organisation hiérarchisée. Ainsi, « *les équipes avec un mandat local en oncologie doivent offrir des services psychosociaux généraux de base, alors que les équipes avec un mandat régional ou suprarégional — comme dans nos deux centres montréalais — doivent offrir, en plus des interventions de base, des interventions spécialisées* », parmi lesquelles : « *intervention psychothérapeutique individuelle selon une approche existentielle, hypnose, thérapie interpersonnelle, psychodynamique brève, systémique ; intervention de groupe sur thème spécifique et spécialisé ; intervention spirituelle, individuelle et de groupe [...] ; intervention en sexologie ; intervention de famille et de couple ; intervention psychopharmacologique spécialisée ; consultation d'équipe pour révision du plan d'intervention en situation complexe* » [5].

### Sévérité de la détresse et nature du problème

Pour élaborer notre plan d'intervention, nous tiendrons compte également de la nature et de la sévérité de la détresse observée chez le patient ou son proche pour décider de l'intensité et de la modalité de l'intervention proposée (fréquence, durée, modalité individuelle ou de groupe) ou pour référer vers des ressources de soutien psychosocial de base. Ainsi, une personne présentant une détresse modérée, adaptée à la situation, pourrait par exemple à l'issue de l'évaluation constater que son besoin n'est pas tant d'avoir un suivi psychologique individuel que de pouvoir échanger avec d'autres patients. Alors, nous pourrions l'orienter vers un jumelage avec un patient accompagnateur qui a déjà lui-même vécu un cancer et peut par le partage de son expérience l'informer et l'outiller pour l'aider à mieux s'orienter dans le parcours de soins. Nous pourrions aussi la référer aux nombreuses activités complémentaires offertes par différentes fondations dédiées aux patients en oncologie : conférences, art-thérapie, groupes de soutien, massothérapie, méditation, yoga, remise en forme, chorale. Une autre option si le besoin est de cet ordre pourrait être de la diriger vers une intervention psychologique de groupe que nous offrons, comme un groupe d'intervention pour la peur de la récurrence [6] ou un groupe d'entraînement à l'autohypnose [7].

S'il y a indication et désir d'un suivi individuel, alors la fréquence des séances pourrait être espacée aux deux, trois ou quatre semaines ou même au besoin, le patient étant invité à nous recontacter quand il le juge nécessaire. Dans le cas d'une détresse sévère, nous pourrions à l'inverse proposer un suivi hebdomadaire ou même à raison de 2 fois/semaine et, en même temps, référer si pertinent aux ressources complémentaires pour intensifier le soutien.

Certains suivis seront donc intenses et ponctuels, d'autres seront plus espacés et prolongés dans le temps, alors que d'autres seront une combinaison des deux. En effet, nous réajustons le plan au fur et à mesure selon l'évolution du patient et où il en est dans son parcours de soins, dans le but d'adapter le niveau de soins en fonction du niveau de détresse qui peut fluctuer et du besoin.

Pour orienter nos interventions, nous tenons également compte de la cause et de la nature des symptômes observés. En particulier en oncologie, où il est fréquent que les symptômes d'allure psychologique soient l'« *expression d'un effet direct ou indirect du cancer ou de ses traitements* », les connaissances médicales et pharmacologiques nous sont précieuses à la fois pour poser un diagnostic différentiel et pour éviter le piège qui consisterait à psychologiser des symptômes d'origine typiquement organique [3]. À titre d'exemple, dans les cas fréquents où un patient présente des fluctuations de l'humeur, des difficultés de sommeil, et une augmentation de l'appétit, qui coïncident avec la prise des corticostéroïdes, utilisés pendant la chimiothérapie pour réduire les nausées et les vomissements [8,9], nos interventions seront davantage axées sur la psychoéducation pour aider le patient à comprendre les symptômes ressentis et l'aider à mieux composer avec ou mieux les tolérer, sachant qu'ils sont souvent transitoires.

Parmi les effets secondaires indésirables, notons aussi les difficultés cognitives induites par les traitements oncologiques, souvent désignées par les termes *chemobrain* ou *chemofog* en anglais ou brouillard cérébral en français, qui, même si elles sont souvent subtiles, peuvent causer beaucoup de détresse, comme la crainte de développer une démence, et nuire à la qualité de vie et à la reprise des activités quotidiennes et du travail [10–12]. En offrant de l'information sur les causes possibles, les symptômes et en proposant des stratégies permettant de mieux fonctionner avec ces difficultés (ex., utiliser un agenda et un carnet de notes, hiérarchiser les tâches à effectuer, limiter les sources de distraction, dédramatiser ces difficultés et développer l'autocompassion), nous constatons que la plupart des patients en arrivent à vivre moins de découragement face à ces pertes temporaires ou définitives et réussissent à s'y adapter.

En outre, si la source de la détresse est davantage sociale ou spirituelle, nous pouvons opter aussi pour référer le patient à un membre de nos équipes multidisciplinaires, soit au travailleur social (ex., problème financier, de transport, de logement), ou à l'intervenant en soins spirituels (ex., remise en question de la foi). Dans d'autres cas, une référence vers le psychiatre de liaison sera nécessaire pour introduire ou ajuster une médication psychotrope.

Enfin, alors qu'une psychothérapie selon la modalité individuelle conviendra à plusieurs patients, d'autres bénéficieront d'un suivi en couple ou systémique [13,14]. Par

*exemple, nous pouvons penser à un jeune père de deux filles âgées de 5 et 7 ans, récemment diagnostiqué d'une leucémie myéloïde aiguë et qui devra recevoir une allogreffe de cellules souches. Ainsi, il sera hospitalisé pour plusieurs semaines et dans l'impossibilité de voir en personne ses filles en raison de la grande vulnérabilité de son système immunitaire. Toute la famille est passablement affectée par cette épreuve, particulièrement ses deux filles qui sont habituées que leur père ait la charge de leur routine quotidienne, car leur mère doit souvent s'absenter pour le travail. Une approche systémique apparaît alors tout indiquée. Les enfants pourront alors être impliqués dans les séances afin que la famille puisse se préparer aux changements à venir dans les rôles et réduire l'anxiété et la culpabilité vécues par le père.*

### Nécessité d'intervenir rapidement

Outre le degré de sévérité, nous avons aussi à tenir compte dans le plan d'intervention du degré d'*urgence* de la situation. Dans certains cas, il pourra même s'agir d'une rencontre unique, mais qui revêtira une grande importance pour le patient. Prenons l'exemple de Mme A., qui exprime une grande détresse liée au fait que son mari a demandé de devancer son admission en soins palliatifs pour recevoir plus tôt l'aide médicale à mourir (AMM) en raison d'une dégradation dans son état de santé et de l'exacerbation de sa souffrance. Nous avons accompagné, sans délai, Mme A. afin de soutenir son adaptation à ce changement abrupt dans le parcours de soins de son mari, notamment en reconnaissant et normalisant son expérience émotive et en l'aidant à identifier ce qui demeure important pour elle, dans l'ici et maintenant, dans sa relation conjugale (ex., choisir d'être au chevet de son mari au moment de la procédure d'AMM ou, à l'inverse, exprimer ses limites et se retirer de la chambre). Selon notre expérience, l'intervention du psychologue pourrait contribuer à réduire le risque de cette personne de développer dans le futur un deuil complexe et persistant.

*Un autre exemple peut être celui de M. B. qui, en l'absence d'antécédent de claustrophobie et d'attaque de panique, entre en état de panique lors de la planification des traitements de radiothérapie pour un cancer ORL et est incapable de tolérer le masque d'immobilisation. Une réponse rapide de notre part, si possible le jour même ou dans la semaine, est là aussi souhaitable afin d'aider le patient, si c'est ce qu'il veut, à apprivoiser rapidement ce système d'immobilisation en optant pour des interventions ciblant la réaction d'anxiété (ex., réassocier le masque à l'idée de la protection plutôt que de la menace, se familiariser avec les sensations, explorer des moyens favorisant l'apaisement comme la relaxation, l'autohypnose, la musique...), et ce, pour ne pas retarder les traitements.*

Ainsi, s'il n'existe pas d'urgence psychologique à proprement parler, il arrive que la condition médicale du patient ou les impératifs d'un protocole de soins requièrent que notre intervention soit offerte rapidement pour que celle-ci soit pertinente. Dans le cas où un patient est en situation d'urgence psychiatrique ou dans un état mental confus (ex. : état de dangerosité immédiat pour lui-même ou autrui, délirium), notre réponse est avant tout de nous assurer de sa sécurité et de référer à l'équipe médicale.

### Demande et préférence du patient

En oncologie et soins palliatifs, la demande émane parfois du patient lui-même ou d'un proche. Toutefois, dans nos pratiques, la plupart du temps la référence vers le psychologue origine d'un membre de l'équipe traitante (ex., chirurgien, oncologue, médecin en soins palliatifs, infirmière, travailleur social, ou physiothérapeute) qui constate la présence d'une difficulté ou une détresse psychologique significative et propose au patient ou à son proche une évaluation ou un soutien. La référence peut aussi émerger à la suite d'un dépistage systématique de la détresse psychosociale. En effet, le Québec s'est doté depuis 2011 (mis à jour en 2017) d'un plan provincial de détection de la détresse [15].

Alors que quelques patients expriment d'emblée vouloir s'engager dans un travail d'introspection visant un changement en profondeur, la demande de plusieurs se limite parfois à avoir des « trucs » pour aller mieux. Ainsi, nous constatons régulièrement que ce ne sont pas tous les patients qui nous sont référés qui sont disposés à entreprendre une démarche de psychothérapie. Dans ce cas, si pour beaucoup, des interventions psychoéducatives et de soutien seront suffisantes, pour d'autres éventuellement, notre rôle sera de sensibiliser au fait que certains enjeux ne se règlent pas nécessairement magiquement par des « trucs ». Aussi, si certains ont de la difficulté à s'exprimer et éprouvent le besoin de ventiler et qu'ils bénéficieront d'une approche plus exploratoire (ex., psychothérapie d'approche humaniste existentielle ou psychodynamique), d'autres seront moins à l'aise avec le dévoilement de soi ou l'expression des émotions et répondront mieux à une intervention plus interactive ou concrète (incluant des exercices, comme dans l'enseignement à la résolution de problèmes). En outre, alors que pour beaucoup de patients, le corps est devenu un lieu d'inquiétudes et de souffrance et que leur niveau de stress est souvent élevé, nous constatons que proposer des outils qui les aident à retrouver un bien-être, une sensation de calme, de sécurité et de confort, peut s'avérer très efficace. Certains patients auront une ouverture à des approches utilisant l'hypnose ou la méditation de pleine conscience alors que d'autres ne le seront pas, bien que cela puisse être indiqué en fonction de

leur symptomatologie [16,17]. Nous pouvons bien entendu tenter de sensibiliser le patient à de telles interventions en expliquant le rationnel qui les sous-tendent, mais ultimement nous nous adapterons pour proposer d'autres options thérapeutiques si cela ne fonctionne pas.

D'ailleurs, des études ont montré que l'adhérence aux interventions et leur efficacité sont toutes deux augmentées lorsque les patients peuvent choisir le type d'intervention à laquelle ils souhaitent prendre part [18,19]. Par conséquent, en tenant compte de ces données probantes, le psychologue favorisera une utilisation plus optimale et parcimonieuse des ressources, et ce, pour le bénéfice du plus grand nombre de patients.

## Facteurs de vulnérabilité et de protection

Une part importante de notre rôle en oncologie et soins palliatifs sera d'être à l'écoute de l'histoire de la maladie, notamment comment la personne a appris le diagnostic, quelles ont été ses réactions émotionnelles, ses pensées et ses comportements à chaque étape du parcours de soins afin de l'aider à se réapproprier son expérience [20–23]. Prenons l'exemple de Mme D., 64 ans, très croyante, qui est convaincue que le cancer pour lequel elle est traitée est une punition pour le fait d'avoir interrompu une grossesse quand elle était plus jeune. Cette croyance sur la causalité du cancer réveille chez elle un fort sentiment de culpabilité ainsi qu'une grande tristesse. Elle contribue également à induire chez madame une vision très pessimiste de son pronostic, car elle se perçoit condamnée à brève échéance, alors que ses médecins sont très confiants en ses chances de rémission complète. Nous pourrions alors utiliser la restructuration cognitive pour aider Mme D. à développer une perception plus réaliste du développement du cancer et ainsi réduire l'intensité de la détresse émotionnelle vécue [24].

D'autres réactions du patient face à la maladie seront aussi à prendre en considération dans le processus thérapeutique, notamment comment il compose avec l'incertitude, l'impact sur son image corporelle, sur son identité et l'estime de soi. Ainsi, nous pourrions choisir d'inclure au fil du suivi avec le patient des stratégies d'intervention issues de la thérapie d'acceptation et d'engagement (ex., orienter ses actions au quotidien selon ses valeurs) afin de l'aider à se centrer sur ce qui demeure important pour lui malgré tous les bouleversements, changements et pertes de contrôle imposés par la maladie [25,26]. Les expériences antérieures du patient en lien avec le cancer et le monde médical sont un autre facteur qui influence le processus d'adaptation. Est-ce qu'il a vécu ou été témoin d'expériences douloureuses ou traumatiques susceptibles de nuire à l'établissement d'un lien de confiance avec l'équipe de soins, d'exacerber ses craintes vis-à-vis d'un traitement particulier, ou même d'entraver son adhésion

aux traitements (p. ex. une complication majeure à la suite d'une chirurgie) ? Nous pourrions dans ces circonstances représenter un tiers neutre auprès du patient pour favoriser sa relation à l'équipe traitante et son parcours de soins.

Bien que certains enjeux passés ne soient pas directement liés au diagnostic actuel de cancer, et en dépit du fait que notre mandat est circonscrit à l'oncologie et aux soins palliatifs, tel que précédemment discuté, il nous arrive aussi parfois de les adresser pour permettre au patient de mieux traverser l'expérience de la maladie (ex, deuil traumatique d'un parent décédé des suites d'un cancer alors que le patient était jeune, rupture avec un milieu familial dysfonctionnel remis en question en raison d'un pronostic de vie limité).

Par ailleurs, il est important de reconnaître que la personne touchée par le cancer ne présente pas uniquement des vulnérabilités face à la maladie. La nécessité d'intervenir rapidement et la nature souvent brève de la psychothérapie sont autant de raisons pour nous de percevoir la richesse thérapeutique de miser sur les forces du patient et les ressources adaptatives qu'il a pu développer antérieurement, notamment lors d'autres épreuves de vie. *Mme Z. est une femme âgée de 63 ans qui est maintenant admise en soins palliatifs pour un cancer du poumon métastatique, dont au foie et aux os. Elle rapporte depuis peu être incommodée par des symptômes de type panique s'inscrivant dans un cercle vicieux lorsqu'elle vit des épisodes d'essoufflement à l'effort en raison de sa plus faible capacité pulmonaire. Il s'avère que Mme Z. a un long historique de pratique régulière de méditation issue de sa spiritualité traditionnelle chinoise, mais elle ne parvient plus à faire le format habituel de ses séances en raison d'une plus grande fatigue liée à la progression constante de la maladie.* Nous avons donc accompagné cette patiente dans l'adaptation de sa pratique de méditation selon les limites imposées par sa condition médicale, notamment en diminuant la durée et en favorisant l'observation de la respiration sans nécessité d'en augmenter l'amplitude (ex., centrer l'attention sur la température de l'air qui entre et sort du nez/ou bouche à l'inspiration et à l'expiration).

## Conclusion

Ce survol illustre comment notre expérience auprès de la clientèle en oncologie et soins palliatifs à l'hôpital nous a naturellement amenées au fil du temps à intégrer à notre bagage de formation initiale d'autres approches et outils thérapeutiques afin d'être en mesure de mieux répondre à la diversité des demandes reçues dans un contexte de temps et de ressources limités.

Le défi d'établir rapidement un plan de traitement tenant compte à la fois du contexte, des éléments de l'histoire singulière de la personne et des hypothèses diagnostiques, reste

quotidien et requiert à la fois une rigueur dans le jugement clinique et une flexibilité ainsi que de la créativité dans la mise en œuvre des interventions proposées, afin d'offrir une réponse spécifiquement adaptée aux besoins de la personne, du couple ou de la famille qui nous consulte.

Loin de suivre un algorithme décisionnel rigide, nos interventions sont modulées par les attentes et préférences du patient, la nature et la sévérité de sa détresse, l'étape de la maladie, le degré d'urgence et le lieu où se déroule la rencontre, etc. toujours dans le but d'atténuer la détresse et d'améliorer la qualité de vie.

Plus récemment, la survenue de la pandémie de Covid-19 a amené nos équipes à mettre en place rapidement la téléconsultation pour protéger notre clientèle vulnérable en limitant ses déplacements à l'hôpital, tout en continuant d'offrir nos services à distance. Alors qu'un certain retour à la normale est envisagé depuis la vaccination et que les rencontres ont repris en présentiel, nos équipes réfléchissent à l'encadrement de l'utilisation de cette modalité pour le futur : est-elle un obstacle à l'établissement d'une alliance forte, va-t-elle à l'encontre d'un objectif d'activation comportementale proposé à un patient déprimé ? Ici aussi, notre principal fil conducteur est de questionner si ce nouveau mode d'intervention qui a de nombreux avantages est bien au service des objectifs et de l'évolution favorable du patient que nous rencontrons.

**Liens d'intérêts :** les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

## Références

- Carlson LE, Zelinski EL, Toivonen KI, et al (2019) Prevalence of psychosocial distress in cancer patients across 55 North American cancer centers. *J Psychosoc Oncol* 37:5–21
- Zabora J, BrintzenhofeSzoc K, Curbow B, et al (2001) The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology* 10:19–28
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2017) Critères d'orientation vers les soins et services psychosociaux en oncologie. Recommandations du Comité national de l'évolution des pratiques psychosociales en oncologie à la Direction générale de cancérologie. Publications du Québec, Québec, Canada
- Andersen BL, DeRubeis RJ, Berman BS, et al (2014) Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: an American Society of Clinical Oncology guideline adaptation. *J Clin Oncol* 32:1605–19
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2011) Rapport du Comité d'oncologie psychosociale — Direction de la lutte contre le cancer : vers des soins centrés sur la personne. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Québec, Canada
- Savard J, Savard MH, Caplette-Gingras A, et al (2018) Development and feasibility of a group cognitive-behavioral therapy for fear of cancer recurrence. *Cogn Behav Pract* 25:275–85
- Ogez D, Roclants F, Watremez C (2016) L'hypnose médicale : un plus dans l'accompagnement du patient porteur d'un cancer. SATAS, Bruxelles, Belgique
- McFarland DC, Sharma M, Alici Y (2021) Psychiatric toxicities of cancer therapies: focus on immunotherapy and targeted therapy. In: Breitbart WS, Butow PN, Jacobsen PB, et al (eds) *Psycho-Oncology* (4<sup>e</sup> ed.) Oxford University Press, New York, États-Unis
- Société canadienne du cancer (2021) Antinauséux. Consulté le 3 décembre 2021, repéré à <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/diagnosis-and-treatment/managing-side-effects/nausea-and-vomiting/antinausea-drugs/?region=qc>
- Bernstein LJ, McCreath GA, Nyhof-Young J, et al (2018) A brief psychoeducational intervention improves memory contentment in breast cancer survivors with cognitive concerns: results of a single-arm prospective study. *Support Care Cancer* 26:2851–9
- O'Farrell E, MacKenzie J, Collins B (2013) Clearing the air: a review of our current understanding of "chemofog". *Curr Oncol Rep* 15:260–9
- Von Ah D, Jansen CE, Allen DH (2014) Evidence-based interventions for cancer-and treatment-related cognitive impairment. *Clin J Oncol Nurs* 18:17–25
- Gagnier JP, Roy L (2016) La rencontre patient-famille-soignants dans le contexte de la maladie grave. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* 2:49–71
- Hodgson JL, McCammon SL, Anderson RJ (2011) A conceptual and empirical basis for including medical family therapy services in cancer care settings. *Am J Fam Ther* 39:348–59
- Rivest J (2017) La détresse des personnes atteintes de cancer : un incontournable dans les soins : recommandations de comité ad hoc sur la détection de la détresse du Comité national des cogestionnaires de la direction générale de cancérologie Québec. Direction des communications du Ministère de la santé et des services sociaux, Québec, Canada
- Carlson LE (2021) Mindfulness-based interventions. In: Breitbart WS, Butow PN, Jacobsen PB, et al (eds) *Psycho-Oncology* (4<sup>e</sup> ed.). Oxford University Press, New York
- Narayanan S, Lopez G, Mao JJ, et al (2021) Integrative oncology. In: Breitbart WS, Butow PN, Jacobsen PB, et al (eds) *Psycho-Oncology* (4<sup>e</sup> ed.). Oxford University Press, New York
- Clark NM, Janz NK, Dodge JA, et al (2008) The effect of patient choice of intervention on health outcomes. *Contemp Clin Trials* 29:679–86
- McPherson K, Britton A (2001) Preferences and understanding their effects on health. *Qual Health Care* 10:i61–i66
- Chicaud MB (1998) La crise de la maladie grave. Dunod, Paris, France
- de Montigny J (2010) Quand l'épreuve devient vie. Médiaspaul, Québec, Canada
- Howell D, Keshavarz H, Esplen MJ, et al (2015) Pan-Canadian practice guideline: screening, assessment and management of psychosocial distress, depression and anxiety in adults with cancer. Canadian Partnership against Cancer, Canadian Association of Psychosocial Oncology
- ten Kroode HF (1998) Active listening to cancer patients' stories. *Neth J Med* 53:47–52
- Savard J (2010) Faire face au cancer avec la pensée réaliste. Flammarion, Québec, Canada
- Hulbert-Williams NJ, Storey L, Wilson KG (2015) Psychological interventions for patients with cancer: psychological flexibility and the potential utility of acceptance and commitment therapy. *Eur J Cancer Care* 24:15–27
- Mathew A, Doorenbos AZ, Jang MK, Hershberger PE (2021) Acceptance and commitment therapy in adult cancer survivors: a systematic review and conceptual model. *J Cancer Surviv* 15:427–51