

Transmission des informations en psycho-oncologie

Health information sharing in psycho-oncology

F. Barruel¹, S. Dauchy², C. Charles³, A. Le Bihan⁴, I. Lombard⁵
et le groupe de travail AFSOS-SFPO⁶

Dans le cadre de l'exercice multidisciplinaire de la cancérologie aujourd'hui, la transmission des informations entre les différents acteurs du soin joue un rôle fondamental (1, 2). Elle est une condition nécessaire de la coordination d'une prise en charge globale adaptée aux spécificités et aux besoins du patient. Cette transmission est cependant un processus complexe, particulièrement en soins de support, puisqu'elle amène des professionnels très différents – médicaux, paramédicaux, psychologues, etc. – à échanger des informations aussi diverses qu'une situation de vulnérabilité sociale, un déséquilibre nutritionnel ou des difficultés psychologiques. La quantité d'informations recueillies augmente potentiellement avec chaque nouvel intervenant ; le nombre d'informations potentiellement perdues augmente de même ! Tout doit-il être transmis ou noté, au risque de noyer des informations particulièrement importantes au milieu d'autres qui le seraient moins ? Si un tri doit être fait, quels sont ses critères ? Comment respecter l'intimité et le secret professionnel tout en transmettant ce qui est nécessaire à une prise en charge efficace ? Les règles régissant la transmission des informations entre médecins sont-elles applicables aux transmissions entre les autres professionnels ? L'intimité des informations justifie-t-elle des règles de transmission spécifiques ? Les professionnels eux-mêmes, psychologues et psychiatres, sont souvent embarrassés pour répondre aux attentes de transparence de certaines équipes ou, à l'inverse, frustrés que les informations psychosociales qu'ils transmettent (situation de vulnérabilité psychiatrique majeure, observance promettant d'être difficile, etc.) soient ignorées par les équipes.

Contexte

Peu de travaux internationaux ont été consacrés à cette question de la transmission des informations par les psychologues et les psychiatres travaillant en

cancérologie, sachant qu'il faut prendre en compte d'emblée le fait que ce domaine reste très marqué par les normes légales ou culturelles de chaque pays. L'importance de la reconnaissance des rôles et des responsabilités de chaque professionnel du soin a pourtant été identifiée comme l'une des conditions nécessaires pour une prise en charge globale de qualité des patients atteints d'un cancer (3), et un groupe de professionnels psychologues et psychiatres travaillant en cancérologie pédiatrique a récemment souligné le poids des difficultés de communication entre eux-mêmes et les équipes oncologiques (4). Cependant, en dépit d'une vaste littérature aujourd'hui consacrée à la communication médecin-patient, très peu d'auteurs ont abordé le domaine de la communication à l'intérieur même des équipes multidisciplinaires (5). Et lorsque de telles données ont été publiées, elles ont essentiellement concerné la transmission des informations médicales entre des équipes multidisciplinaires mono-professionnelles, telles que les transmissions entre plusieurs spécialités médicales lors des réunions de concertation multidisciplinaires (6). Une étude portant sur le point de vue des soignants en cancérologie (7) sur les difficultés de la mise en pratique des recommandations pour le développement des prises en charge psychosociales a rapporté des préoccupations des soignants quant à l'accessibilité des psychologues et psychiatres, mais pas sur les attentes de retour d'information que ceux-ci pourraient avoir. La réalité de l'intégration de la prise en charge psychologique des patients atteints de cancer impose pourtant que, au-delà de la possibilité d'envoyer vers le spécialiste du psychisme des patients en souffrance, celui-ci puisse intégrer cette réalité psychique dans le parcours de soin (8, 9).

La commission "soins de support" de la Société française de psycho-oncologie (SFPO) et l'atelier "Psychologues et psychiatres" de l'Association francophone de soins oncologiques de support



¹ Psychologue clinicienne, GHI Montfermeil, Montfermeil.

² Psychiatre, département interdisciplinaire des soins de support, institut de cancérologie Gustave-Roussy, Villejuif.

³ Psychologue clinicienne, institut de cancérologie Gustave-Roussy, Villejuif.

⁴ Psychologue clinicienne, hôpital Saint-Antoine, Paris.

⁵ Psychologue clinicienne, institut Bergonié, Bordeaux.

⁶ A. Altmeyer, A. Briquez, B. Dufour, A. Imbert, C. Le Jamtel, E. Marx, G. Marx, A. Peron, M. Picard, A. Tellier Polomeni, M. Reich.

(AFSOS) ont constitué un groupe de travail* qui a choisi de travailler en 2010 et 2011 sur cette question de la transmission, après qu'une enquête réalisée par voie électronique dans une population de professionnels de la psycho-oncologie a révélé un certain embarras à l'égard des transmissions, écrites en particulier, voire une réserve pouvant aboutir à l'abstention. Les principales raisons évoquaient le respect du secret professionnel et les risques juridiques en cas de demandes de dossiers faites par les patients et les familles. Ces craintes légitimes ne peuvent cependant faire disparaître l'enjeu fondamental de ces transmissions dans la prise en charge globale et la reconnaissance du rôle et des responsabilités de ces professionnels du soin psychique pour que la dimension psychologique participe pleinement à la qualité des soins et s'inscrive dans la continuité et la coordination de ceux-ci.

Nous analysons ici les conclusions de ce groupe de travail. Elles rappellent tout d'abord les objectifs des transmissions, leurs risques et leurs limites. Puis, afin de permettre des "transmissions fondamentales", nous listerons les questions auxquelles il faut répondre pour élaborer des transmissions "utiles", ainsi que leur cadre et leur support. Notre objectif, par ces rappels et réflexions, est de donner des repères à chacun pour élaborer des "transmissions justes", adaptées à la situation du patient ainsi qu'aux équipes et à l'environnement.

Objectifs de la transmission des informations psychosociales en cancérologie : transmettre, travailler ensemble, tracer

Le premier objectif de la transmission des informations est de favoriser l'intégration de la dimension psychologique par tous les acteurs du soin impliqués. Il s'agit de rendre compte de la réalité psychique du patient dans son rapport singulier à la maladie et au traitement, afin d'éclairer des aspects de la dynamique subjective pouvant influencer sur son engagement dans ses soins et sur la relation thérapeutique. Ces aspects seront en particulier son état émotionnel, ses ressources psychiques et la présence d'éventuels facteurs de vulnérabilité – psychologique, sociale ou psychiatrique (comorbidité anxieuse et/ou dépressive, antécédents psychiatriques, etc.) –, ainsi que toute information facilitant la prise en charge.

Le deuxième objectif est la nécessité de travailler avec les équipes soignantes, en inscrivant la prise en charge psycho-oncologique au sein de la chaîne de soin. Celle-ci doit contribuer à améliorer les possibilités d'interaction et de compréhension mutuelle entre le patient, ses proches et les équipes médicales et soignantes. Elle vise aussi à assurer une véritable dynamique de concertation en cohérence avec l'ensemble des acteurs participant à la prise en charge globale du patient.

Le troisième objectif est la traçabilité de l'information, afin de rendre visible et lisible la prise en charge psycho-oncologique. Devront, ainsi, idéalement être notés :

- le motif de la rencontre avec le psychologue ou le psychiatre (renseignement sur l'origine et le contexte de la demande) ;
- sa nature (évaluation diagnostique, entretien de soutien, thérapie, etc.) ;
- ses aboutissements (orientation diagnostique, implication dans la prise en charge : pertinence ou non d'un suivi, modalités envisagées pour ce suivi, etc.) ;
- les limites perçues réelles ou potentielles (facteurs risquant de faire obstacle à la poursuite de la prise en charge, etc.).

Préalables nécessaires à la transmission des informations

Les informations orales et écrites concernant les patients dépendront de l'inscription du psycho-oncologue dans sa structure et des modalités de travail existantes. Les questions préalables et d'ordre pratique auxquelles il faut répondre sont les suivantes.

- Qui a accès au dossier médical ou infirmier dans l'établissement ?
- Combien de temps sont conservées ces informations ?
- Y a-t-il la possibilité, à l'occasion de réunions de transmission, de discuter oralement des informations transmises par écrit ?
- Le psychologue a-t-il accès au dossier médical et est-il autorisé ou invité à en supprimer des informations ?
- Le psychologue sera-t-il prévenu si le dossier est transmis au patient ou à une autre structure ?
- Comment accompagner dans ce cas la restitution des éléments psychologiques ?

* A. Altmeyer, F. Barruel, A. Briquez, C. Charles, S. Dauchy, B. Dufour, A. Imbert, A. Le Bihan, C. Le Jamtel, I. Lombard, E. Marx, G. Marx, A. Peron, M. Picard, M. Reich, A. Tellier Polomeni.

La nature de la demande de l'équipe ou du patient dans le cadre d'un travail donné peut également varier et conditionnera aussi la transmission réalisée. S'agit-il d'évaluer l'état psychique de la personne, d'ouvrir un espace de parole, de s'interroger sur la dynamique familiale ? La demande vient-elle du patient, de l'équipe soignante, des proches ? Enfin, les attentes spécifiques éventuelles de l'équipe seront également à prendre en compte. S'agit-il de permettre aux professionnels de mieux comprendre pour mieux accompagner ? De trouver des repères communs par rapport à une conduite à tenir ? Ou s'agit-il certaines fois de favoriser une quête de savoir, notamment dans les situations complexes, permettant d'alléger une sensation de frustration ou d'impuissance où les effets transférentiels sont au premier plan ?

Risques de la transmission des informations psychosociales et principales réticences

Les risques de la transmission des informations proviennent principalement de l'interprétation qui peut en être faite et de la diffusion potentielle de ce qui est transmis.

L'interprétation est la manière dont le message est reçu et compris. La transmission d'un message engageant toujours la subjectivité de celui qui le reçoit, le risque ici est que l'interprétation de ce qui est transmis aboutisse à une représentation réductrice, stigmatisant ou dépersonnalisant le patient.

La diffusion des informations nécessite d'être conscient de leur caractère potentiellement confidentiel et de le prendre en compte afin de préserver la relation de confiance avec le patient. Le secret professionnel partagé permet de transmettre mais ne justifie pas toutes les révélations. La diffusion d'une information ne doit se faire que dans l'intérêt du patient. La tendance à en dire trop, qui consiste à transmettre des informations inutiles – comme des éléments très intimes ou des jugements de valeur – augmente ces risques. Celle qui, au contraire, consiste à en dire trop peu ou à ne pas donner des informations suffisamment claires ne comporte pas moins de risques, dans la mesure où dire trop peu ne permet pas de répondre aux objectifs de la transmission, et où l'information peu claire favorise les mésinterprétations.

L'existence de risques associés à la transmission ne justifie aucunement d'y renoncer mais impliquera une certaine rigueur dans l'exercice de cette transmission et le respect de 3 points essentiels :

- transmettre tout ce qui est susceptible de contribuer à améliorer la prise en charge globale du patient et de ses proches ;
- s'assurer du respect de la confidentialité de la transmission et de l'intimité du patient – ainsi, les antécédents de traumatisme du type inceste, abus sexuels, agression, etc. ne seront pas systématiquement retranscrits, mais leur poids traumatique pourra, par exemple, être évoqué par la notion de traumatismes personnels dans l'enfance, à la seule condition que cette information puisse éclairer le comportement psychologique actuel du patient, dans "l'ici et maintenant" ;
- prendre en considération les utilisations qui peuvent être faites des interventions et des écrits des psys** et ne jamais oublier que le patient peut avoir accès aux comptes-rendus. Il est possible que la lecture des transmissions par les patients ou par leurs proches heurte leur sensibilité, même si elles n'ont rien d'excessif ou de délétère qui justifierait de les modifier. Cependant, en ce cas, elles nécessitent une discussion pour permettre la compréhension des éléments transcrits et de leur contexte.

À la lumière de cette analyse, on peut tenter de répondre aux principales réticences des psys à la transmission des informations.

- "Je n'écris rien parce que le patient ne me fera plus confiance" : l'accord du patient peut être demandé. Par ailleurs, le soin en équipe relève de la transmission d'éléments fondamentaux sans lesquels nous ne pouvons soigner ; les éléments relatifs au fonctionnement psychique peuvent en faire partie. La notion de secret partagé peut être discutée avec le patient, posée en amont comme un contrat.
- "Je n'ai pas confiance en l'utilisation qui peut en être faite par d'autres" : dans le cadre d'un exercice partagé des soins de support, on ne peut travailler seul. La confiance en équipe se gagne et se travaille. Par ailleurs, la manière de dire et d'écrire les choses dépend du lien existant avec ces autres personnes et s'y adapte.
- "L'espace psychique du patient n'appartient pas à l'institution" : il ne s'agit pas d'"appartenance". Il y a seulement lieu de discerner en quoi la connaissance du fonctionnement psychique du sujet est utile au fait de prendre soin.

** L'intitulé "psys" fait référence dans l'ensemble du texte aux psychologues, psychiatres et psycho-oncologues.

Comment et quand transmettre une information du registre psychosocial ?

La transmission doit se faire sous forme orale et écrite, les 2 étant complémentaires. Cela prend toute son importance dans un travail en interdisciplinarité, lorsque le suivi psychologique s'inscrit dans une démarche de lien avec l'équipe. Les comptes-rendus psychologiques peuvent alors venir en complément des transmissions médicales, des réunions d'équipe, des échanges avec les soignants à propos d'un patient, du groupe d'analyse de pratiques, pour une prise en charge globale.

Dans les 2 cas, le recours à des termes précis, pratiques et éclairants, évitant les références à des positions théoriques ou l'utilisation d'une terminologie obscure, favorisera la compréhension des soignants. Celle-ci sera probablement meilleure si le message éclaire le comportement du patient en s'appuyant sur son ressenti ou sur l'état de sa compréhension. Des rapports verbatim sont alors indispensables.

La transmission écrite répond aux exigences de traçabilité et permet une diffusion plus large et durable. L'évaluation psychologique ou psychiatrique doit être argumentée, détaillée et précise, et permettre de situer, dans le contexte particulier de la maladie et des traitements, le caractère dynamique de l'évolution du patient. Le support de cette transmission peut être variable (dossier médical, informatisé ou non, dossier de soins, dossier de soins de support, etc.), et adapté aux modes de fonctionnement d'une équipe, voire de l'institution. Il doit en tout cas permettre d'atteindre les objectifs de la transmission et donc être accessible.

La transmission orale permet de répondre en temps réel aux attentes et aux réactions de l'interlocuteur au fil de l'échange, donnant la possibilité d'une information plus précise et plus nuancée. Par son caractère interactif, elle participe à la construction partagée de la prise en charge globale, notamment lors des staffs où elle est essentielle. Bien qu'indispensable dans ce but, elle ne permet cependant pas d'assurer une traçabilité suffisante et pérenne. C'est pourquoi elle ne peut être dissociée de la transmission écrite. Le moment de la restitution auprès des équipes soignantes de l'information recueillie lors de l'entretien avec le patient ou son entourage est également important. Que la transmission se fasse de façon structurée lors des transmissions entre équipes ou de façon plus informelle, l'enjeu est d'identifier un

moment de réelle disponibilité en tenant compte de l'urgence de la demande et des attentes. Les équipes peuvent être des soignants, des personnes concernées par les soins de support ou des interlocuteurs de ville (médecin traitant, réseaux, maison de convalescence). Le grand nombre des interlocuteurs concernés par les transmissions suppose des modalités appropriées de communication des données et de coordination.

Quelles informations transmettre ?

Cette question impose de définir la notion d'information utile et celle de transmission indispensable. Une information *utile* manquerait à la prise en charge globale si elle n'était pas transmise. Il peut s'agir d'informer de l'état émotionnel du patient, de ses ressources psychiques, de ses facteurs de vulnérabilité, de faciliter la prise en charge par l'équipe, de permettre au patient d'être entendu, de permettre à une nouvelle structure de l'accueillir au mieux, etc. Les éléments utiles sont des éléments susceptibles d'infléchir la prise en charge, et en particulier :

- les besoins identifiés des patients et, le cas échéant, de leur entourage familial ;
- la connaissance des divers choix possibles des patients ainsi que les valeurs les déterminant ;
- la compréhension des problématiques relationnelles ;
- la connaissance des fonctionnements psychiques pouvant avoir une incidence sur le vécu des traitements et de la maladie.

Par exemple, savoir qu'un patient a des antécédents de dépression, au-delà de la connaissance de la médication qui a été prescrite et de son efficacité, sera utile parce que cela permettra de connaître son fonctionnement et la stratégie qui lui a permis de sortir (ou non) de cette dépression : a-t-il accepté d'être pris en charge ? a-t-il su demander de l'aide ? quelles ont été les différentes étapes de cette situation ? etc. De même, les informations sur la qualité du réseau social du patient sont très précieuses. Indépendamment du fait d'avoir identifié la personne de référence choisie par le patient pour les échanges avec l'équipe, il sera utile de savoir s'il n'est pas soutenu par un ou plusieurs membres de son entourage, ou bien de connaître les difficultés de certains proches en vue d'une proposition d'aide spécifique. Mieux connaître les investissements préférentiels ou les besoins spécifiques d'un patient permettra de mieux comprendre ses réactions : par exemple,

tel patient, s'étant beaucoup investi dans sa vie professionnelle, supportera mal la perspective de la retraite, tandis que tel autre en sera soulagé. Ou encore, si un patient a besoin d'autonomie, l'équipe médicale doit en tenir compte et faire en sorte de laisser à portée de main ce qui lui est nécessaire pour qu'il n'ait pas à demander au personnel ce qu'il peut accomplir lui-même.

Certaines informations utiles ne sont pas propres au champ psychosocial mais sont également très utiles à transmettre entre professionnels de santé : ainsi en est-il du degré d'information du patient et de la conscience qu'il a de sa maladie, ce qui peut aider les soignants à comprendre sa difficile acceptation d'un traitement contraignant. La retranscription dans le dossier médical des choix et des attentes des patients, pertinents pour leur prise en charge et fidèles au respect de leurs volontés exprimées, pourra également être très utile : refus d'un traitement jugé trop mutilant, désir de ne pas informer ses proches de la situation. L'inscription au dossier d'éventuelles directives anticipées se fait dans le cadre de la loi Léonetti***. Enfin, les représentations que les patients se font des traitements pourront être mentionnées si elles sont susceptibles d'entraver le bon déroulement de la mise en place du protocole de soins et peuvent éclairer la réticence vis-à-vis des soins ou le refus de soins (antécédents familiaux marquants et susceptibles de retentir sur l'acceptation d'un traitement, acte de soin associé par le patient à des événements douloureux traumatiques, etc.).

À côté de ces informations *utiles*, il importe également de définir les informations *fondamentales* à retranscrire par le psychiatre ou le psychologue.

Ce caractère fondamental sera naturellement modulé par la mission du professionnel ; cette mission se définit notamment selon le lieu de pratique, ses modes de fonctionnement et sa culture. Dans le respect des déontologies respectives de chaque profession, elle peut parfois primer sur la fonction, qui ne peut être de ce fait prétexte à un cadre trop rigide.

Divers éléments apparaissent ainsi fondamentaux à transmettre, sauf en cas d'opposition du patient.

► Les antécédents psychiatriques peuvent témoigner d'une maladie mentale nécessitant une prise en charge psychiatrique à long terme (bipolarité, etc.), ou encore d'une vulnérabilité psychologique particulière (antécédents dépressifs, troubles de la personnalité). On recherchera en particulier un suivi psychiatrique ou psychothérapeutique antérieur, d'éventuelles hospitalisations en psychiatrie ;

on notera toute prise de psychotropes, en incluant la dose, la durée et la tolérance de ces médicaments. On sera attentif, le cas échéant, à d'éventuels antécédents familiaux psychiatriques (décès par suicide, hospitalisations en psychiatrie).

► La symptomatologie psychologique et psychiatrique : symptômes émotionnels (anxieux ou dépressifs), troubles du sommeil, relationnels ou du comportement. La transmission de cette symptomatologie devra permettre une prise en charge thérapeutique adaptée (médicamenteuse ou non).

► Une attention particulière doit être portée à certains symptômes qui peuvent nécessiter une prise en charge urgente par leur caractère pathologique, voire dangereux, ou par l'intensité de la souffrance à laquelle ils sont associés : idéation suicidaire, en particulier s'il y a des facteurs de risque suicidaire (désespoir, perte d'autonomie récente, antécédents de passage à l'acte, isolement socioaffectif, élaboration d'un projet suicidaire), présence de troubles psychomoteurs (agitation psychomotrice), présence de troubles cognitifs ou de troubles des perceptions (hallucinations, illusions, délire par exemple dans le cadre d'un syndrome confusionnel), troubles thymiques sévères, anxiété envahissante. Dans cette description, on précisera la date d'apparition, la durée des symptômes et leur retentissement sur le quotidien.

► La présence de symptômes somatiques mal contrôlés sera également recherchée (douleurs, fatigue, autres symptômes, etc.).

Les éléments susceptibles d'éclairer la prise en charge du patient sont nombreux dans l'absolu et ne peuvent être listés de façon exhaustive. Pour un patient donné à un moment spécifique, ils se préciseront en répondant à la notion d'utilité telle que définie ci-dessus, en veillant toujours à ce que leur connaissance ne soit pas encombrante pour les soignants (que l'information ait du sens pour eux, et qu'ils sachent "qu'en faire"), ni nuisible pour les patients.

On trouvera ci-après quelques exemples d'éléments susceptibles d'éclairer la prise en charge du patient :

► origine de la demande ;
► termes utilisés ou évités par certains patients ;
► éléments de contexte de vie pouvant renseigner sur le soutien sociofamilial disponible ou mobilisable ;
► événements de vie récents ou significatifs (et réactions du patient devant ces événements) ;
► proposition d'hypothèses sur le fonctionnement psychique (existence, efficacité et maturité des mécanismes défensifs et d'adaptation) ;

*** La loi du 22 avril 2005 (loi dite Léonetti) a introduit en droit français les directives anticipées. Il s'agit d'instructions que donne par avance une personne consciente, sur la conduite à tenir au cas où elle serait dans l'incapacité d'exprimer sa volonté. Elles lui permettent de garder un contrôle sur sa fin de vie. Ces directives anticipées sont prises en considération pour toute décision concernant un patient hors d'état d'exprimer sa volonté chez qui est envisagé l'arrêt ou la limitation d'un traitement inutile ou le maintien artificiel de la vie.

► autres prises en charge en soins de support (aide-soignante, diététicienne, soins esthétiques, etc.).

Enfin, on gardera en mémoire que toute transmission – même si elle paraît utile au psychologue ou au psychiatre – doit être autorisée par le patient.

Conclusion

Ces quelques principes de base ont pour objectif d'encadrer cette part importante et complexe de l'exercice de la psycho-oncologie qu'est la transmission des informations. Certaines situations resteront

cependant toujours complexes et ne trouveront une issue dans une conduite adéquate que dans la réflexion en équipe, dans le travail singulier avec le patient, ou encore dans des discussions spécifiques entre psychologues et psychiatres. Que faire, ainsi, lorsqu'une information semble utile, voire capitale, à transmettre et que le patient s'y oppose (situations de famille complexes) ou qu'elle pourrait entraîner un jugement (champ de la sexualité ou de la spiritualité, par exemple) ? Nous espérons cependant que le cadre proposé dans ce texte permettra aux différents professionnels de trouver des repères utiles tant pour leur exercice personnel que pour une collaboration pluridisciplinaire de qualité. ■

Références bibliographiques

1. Marx G, Colombat P. La psycho-oncologie, discipline inscrite dans les soins de support en cancérologie. In : La Psycho-oncologie. Paris : John Libbey Eurotext, 2007:31-6.
2. Oppenheim D, Dauchy S. La psycho-oncologie et les tâches actuelles des psycho-oncologues. Bull Cancer 2004;91(1):99-104.
3. Walsh J, Harrison JD, Young JM et al. What are the current barriers to effective cancer care coordination? A qualitative study. BMC Health Serv Res 2010;10:132.
4. Wiener L, Oppenheim D, Breyer J et al. A worldview of the professional experiences and training needs of pediatric psycho-oncologists. Psychooncology 2012. [Epub ahead of print]
5. Kissane DW, Bylund CL, Banerjee SC et al. Communication skills training for oncology professionals. J Clin Oncol 2012;30(11):1242-7.
6. Field KM, Rosenthal MA, Dimou J et al. Communication in and clinician satisfaction with multidisciplinary team meetings in neuro-oncology. J Clin Neurosci 2010;17(9):1130-5.
7. Absalom K, Holch P, Pini S et al.; NCRI COMPASS Supportive and Palliative Care Research Collaborative. The detection and management of emotional distress in cancer patients: the views of health-care professionals. Psychooncology 2011;20(6):601-8.
8. Dauchy S, Marx G. Les soins de support : état de la réflexion en France. Oncologie 2005;7(3):189-94.
9. Saltel P. Psycho-oncologie et soins de support : l'expérience du psychiatre. Bull Cancer 2009; 96(Suppl 2): 91-7.

Agenda

Le congrès de référence des Soins Oncologiques de Support

4^{ème} Congrès AFSOS

Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support

Du 26 au 28 septembre 2012
Maison de la Chimie - Paris 7^{ème}

29^{ème} Congrès de la Société Française de Psycho-oncologie

“Vivre après un cancer : Retentissements psychiques de la maladie et des traitements”

Inscrivez-vous : www.sfpo.fr

10-11-12 Octobre 2012 - Université de Caen

SFPO