

Annonces et prises en charge psychologiques en cancérologie

8 èmes Rencontres patients
de l'association ARTuR
3 avril 2014

Dr Sarah Dauchy, psychiatre

**GUSTAVE
ROUSSY**
CANCER CAMPUS
GRAND PARIS

UNIVERSITÉ
PARIS
SUD
FACULTÉ
DE MÉDECINE

ÉCOLE
DES SCIENCES
DU CANCER
GUSTAVE ROUSSY

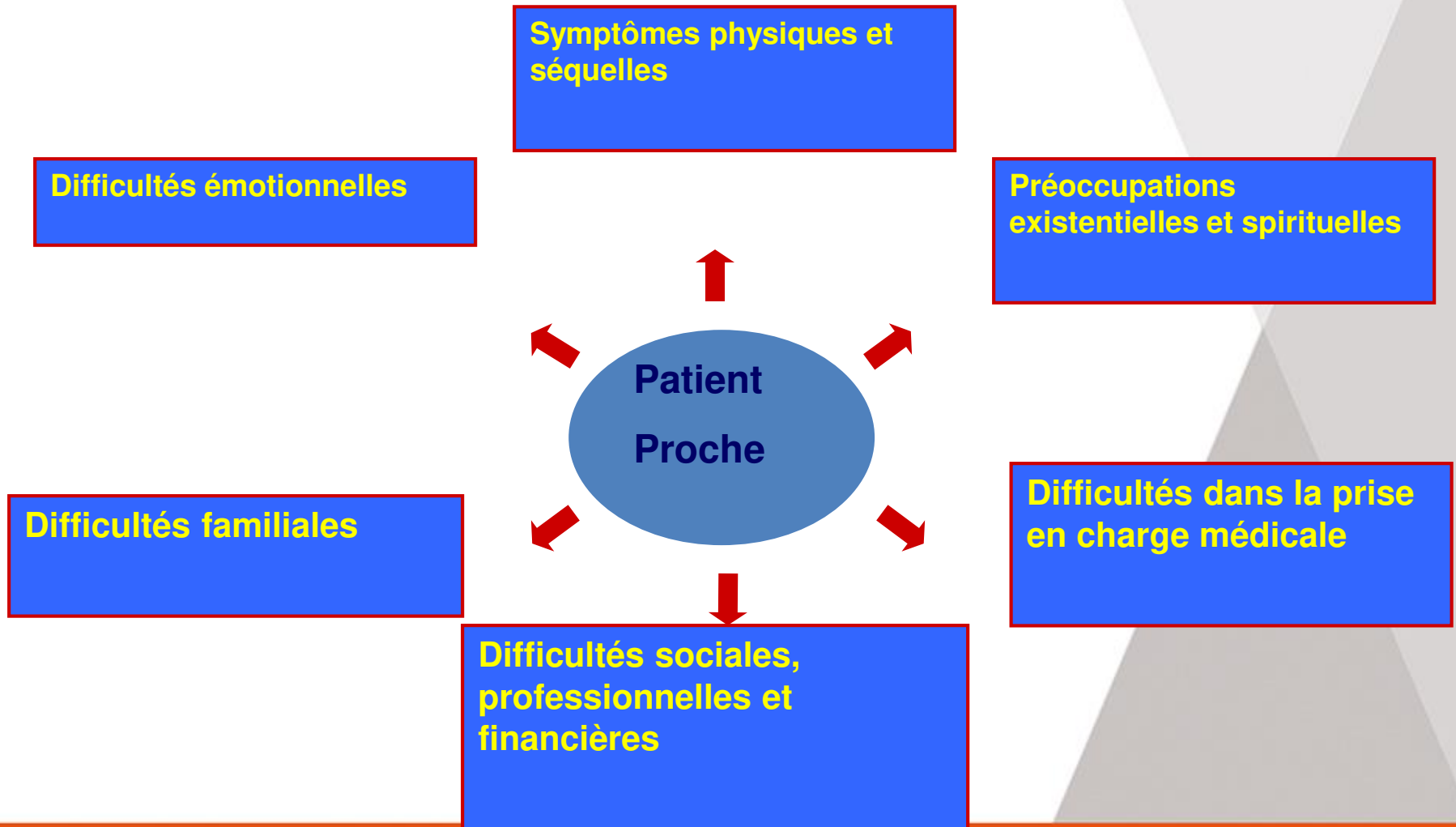


Société Française de Psycho-Oncologie

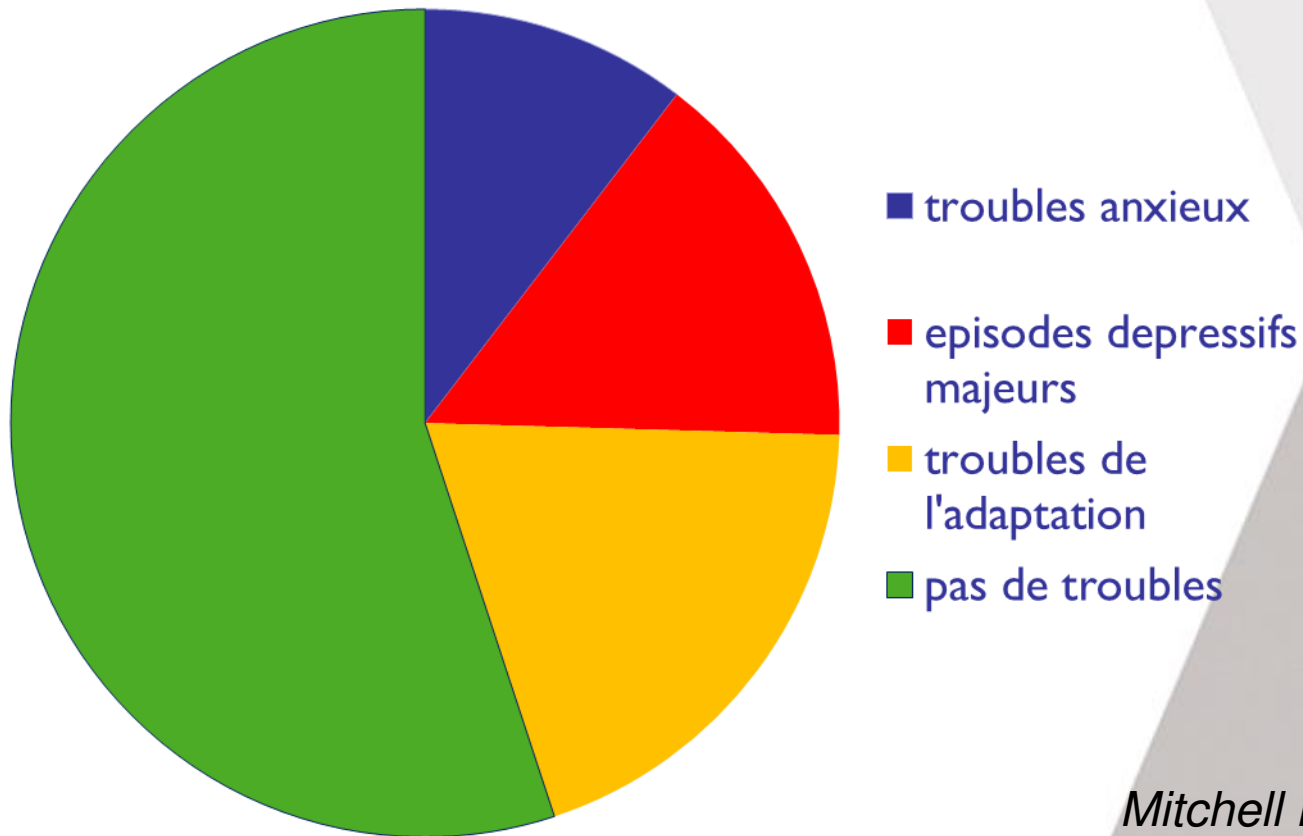
Porter le soin psychique au cœur des prises en charge en cancérologie

- **La souffrance psychique en cancérologie**
- L'impact des annonces
- Les perspectives 2014 à la lumière du Plan Cancer 3

Les difficultés rencontrées sont nombreuses et associées...



... et concourent à de très fréquentes difficultés émotionnelles



Mitchell Lancet Oncol 2007
70 études, n = 10,071 patients

La psycho-oncologie

- Le patient comme sa famille doit s'adapter à ces stress successifs et à la souffrance psychique générée : la psycho-oncologie prend en compte cette répercussion psychique, les mécanismes d'adaptation et les éventuels symptômes psychopathologiques générés.
- Un psycho-oncologue est un médecin psychiatre ou un psychologue formé à cette spécificité.
- Tous les professionnels de santé peuvent être concernés par la psychooncologie : c'est dans la continuité du lien avec les soignants référents que s'enracine la prise en charge globale.

Un repérage nécessaire des l'annonce

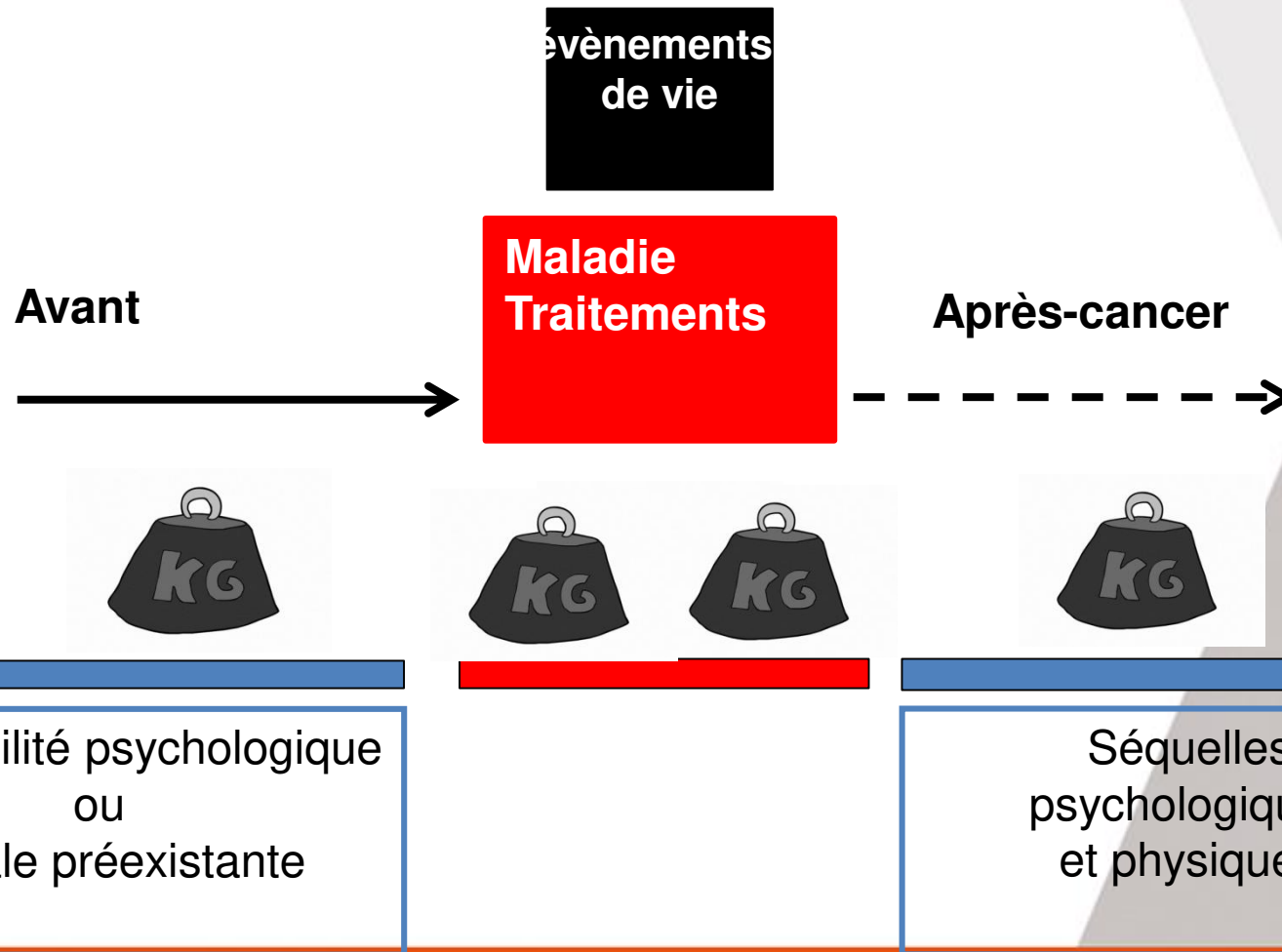
- La souffrance psychique peut se traduire par l'apparition de **symptômes psychiques** plus ou moins bruyants : anxiété, dépression, troubles du sommeil...
- Mais la souffrance psychique peut être **moins visible**, bien qu'aussi intense : difficultés relationnelles, familiales, conjugales, sexuelles, baisse de l'estime de soi...
- Les facteurs de risque sont connus et doivent être également recherchés

Facteurs de risque de décompensation psychique lors des situations d'annonce

- ATCD de vulnérabilité psychologique
- ATCD d'épisode dépressif majeur ou d'un terrain anxieux ++
- Jeune âge,
- Stade OMS élevé ou index de Karnofsky bas,
- Présence de douleurs
- Isolement affectif
- Sentiment persistant de désespoir

*Okano Y et al 2001
Brothers 2009*

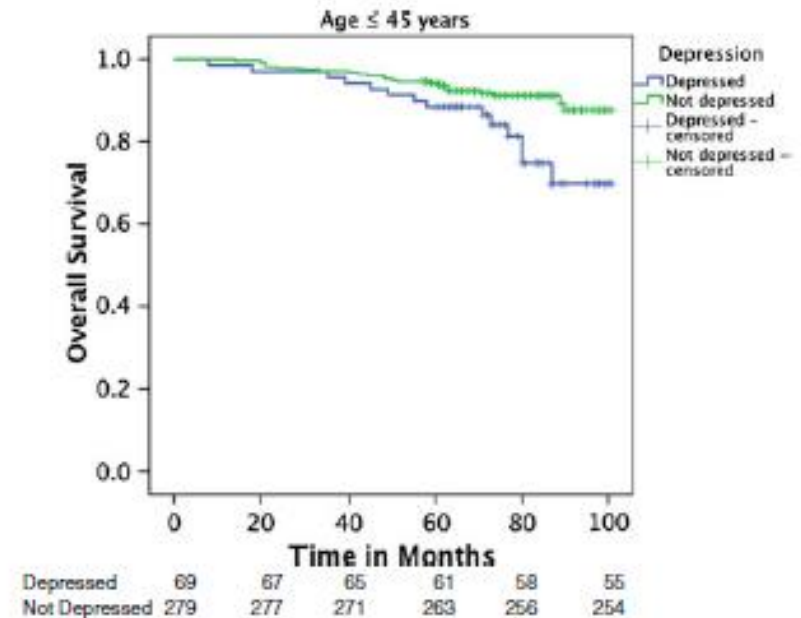
Repérer : la souffrance mais aussi la vulnérabilité



Repérer la vulnérabilité dès l'annonce

- Dans plusieurs études l'existence chez un patient déjà atteint de cancer d'une dépression est liée chez certains patients à une survie diminuée
 - Moins bonne adhésion aux thérapeutiques anticancéreuses et aux soins?
 - Biais d'évaluation?
 - Hypothèse inflammatoire?
 - ??
- Aucune donnée en faveur d'un effet positif de l'amélioration de la dépression

Breast Cancer Res Treat (2014) 143:373–384



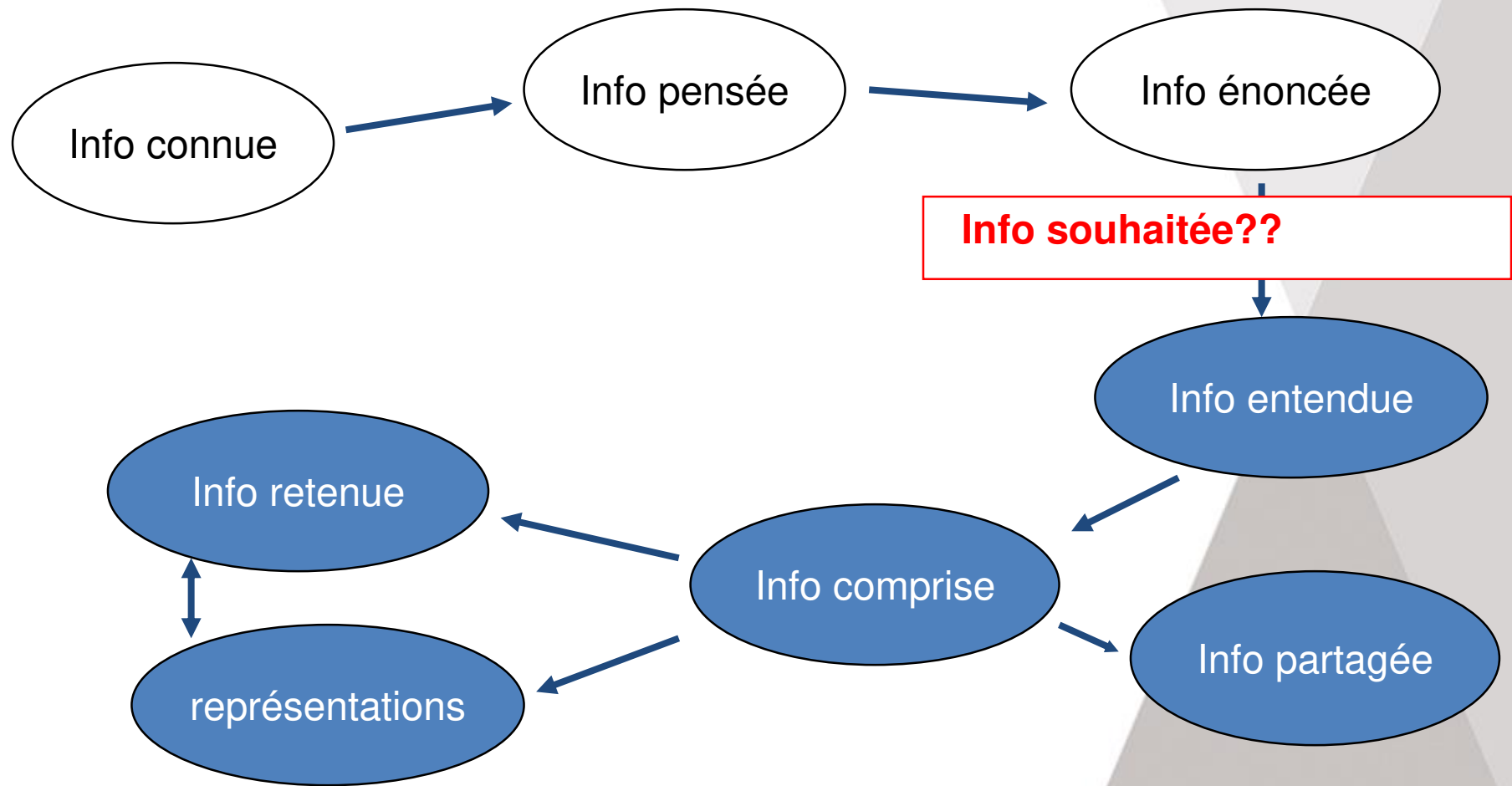
Vodermaier 2014

Lutter contre la perte de chance

- **Par exemple, l'existence d'une dépression est associée en cancérologie à :**
 - une moins bonne qualité de vie (Parker 2003)
 - une plus grande sensibilité à la douleur (Spiegel 1994)
 - des difficultés à communiquer avec les soignants et l'entourage
 - une charge majorée pour les proches (Pitcealthy and Maguire 2003)
 - un risque de suicide accru (Hem 2004)
 - des hospitalisations plus longues (Prieto 2002)
- **Les patients déprimés ont selon les études 1,7 à 3 fois plus de risque d'être non observants que des patients non déprimés (perte d'espoir, isolement, communication, troubles cognitifs...) (Di Matteo 2000, Grenard 2011, Iganaki 2006)**

- La souffrance psychique en cancérologie
- **L'impact des annonces**
- Les perspectives 2014 à la lumière du Plan Cancer 3

Information : une longue trajectoire



Information : des besoins non comblés

- **Globalement, des besoins non remplis : 9 patientes sur 10 disent vouloir plus d'information**
- **Des besoins variables en fonction :**
 - > Des phases de la maladie
 - > De caractéristiques psychologiques et individuelle
 - > De caractéristiques socio-démographiques
- **Une demande parfois peu explicite**
 - > demande non verbale (manifestations d'anxiété...)
 - > demande non exprimée (gêne, manque de temps...)

Il faut distinguer les besoins d'un contenu informatif et les besoins en matière de relation de soins.

Information : des attentes individuelles

- Exemple de l'annonce de la menace sur la fertilité



Atteinte de l'intégrité corporelle?



Atteinte de la perspective de la maternité?



Atteinte du projet de vie?

Information et accompagnement doivent être personnalisés.

Information : un impact individuel

- **Une annonce peut être stressante par**
 - son intensité
 - sa signification (pour l'individu)
 - sa brutalité
 - son caractère itératif (rechute, progression...)
 - le terrain sous-jacent,
 - ses conséquences...
- **Distinguer**
réaction émotionnelle immédiate
et réaction différée (adaptative).



Réaction : les réactions émotionnelles

- **Symptômes émotionnels divers : pleurs, anxiété, irritabilité....**
- **Réaction personne-dépendante**
- **Les réactions émotionnelles sont souvent adaptées sur le fond même si parfois difficiles sur la forme**
- **Attention aux patients trop calmes, parfois sidérés**

Réaction: l'impact sur la compréhension / la mémorisation?

- Attention à l'impact potentiel sur la compréhension : savoir s'arrêter, interroger, écouter, parfois reprendre, parfois proposer une deuxième entretien, ou la rencontre avec un psy.
- Retentissement du vécu émotionnel sur les capacités cognitives?
- Mécanismes défensifs de sidération de la pensée, de déni plus ou moins sélectif avec tri des informations; ces mécanismes défensifs sont à but adaptatif, en général protecteurs, et surtout ils sont en général évolutifs et dynamiques.
- Hors de toute pathologie somatique, existence de biais de sélection lors du traitement des informations anxiogènes chez les patients anxieux

Les réactions adaptatives

- **Au plan psychologique, on parle de moyens de défense (projection, régression, déni...).**
- **De façon plus générale, on parle de stratégies d'ajustement, de modes d'adaptation ou de coping.**
- **Le but de ces stratégies est d'essayer de faire diminuer l'angoisse.**
- **Ce processus est évolutif dans le temps, et dynamique.**
- **Une stratégie adaptative devient maladaptative lorsqu'elle devient non plus une protection mais une menace pour le sujet : les stratégies maladaptatives (ex : déni quand arrêt des soins).**

Adaptation psychologique : le coping

- **Stratégies d'adaptation négative :**
 - manque de combativité et passivité
 - fatalisme et résignation
 - désespoir
 - fuite et déni
 - répression des affects et émotions

- **Stratégies d'adaptation positive :**
 - esprit combatif et positivisme
 - Recherche de résolution de problèmes
 - agressivité
 - recherche d'informations et de soutien social

Les réactions psychologiques les plus fréquentes lors de l'annonce

- **Ebranlement des mécanismes de défense :**
 - Mise en échec du déni, rationalisation, banalisation qui avaient permis l'adaptation aux phases antérieures
- **Développement de pensées intrusives, de conduites d'évitement voire de tristesse**
- **Ruminations faisant irruption dans les activités quotidiennes**
- **Insomnies, difficultés de concentration apparaissent**
- **Attitudes de prostration et dépendance**
- **Parfois, obtention d'un soulagement en mettant un terme à une période d'incertitude douloureuse**
- **Acceptation du pronostic aidée par la focalisation philosophique sur le temps de vie obtenu en plus, résignation et fatalisme**
- **Attitude de fuite ou de déni (répression des affects)**
- **Espérances irréalistes, ambivalence**

La grande diversité des réactions psychologiques possibles

- **En cas de deuxième lésion :**
 - Réactivation du traumatisme de l'annonce initiale du cancer
 - incrédulité, effroi, catastrophe
 - Réapparition d'interrogations existentielles : mort, sens de la vie
 - Réactivation de l'angoisse de mort et la dépression (deuil anticipatoire, pertes, détresse psychologique)
- **Parfois apparition d'un sentiment de colère, de révolte, d'impuissance, d'injustice et d'arbitraire**
- **Ébranlement de la confiance / corps médical**
- **Recherche de sens et d'explication**
- **Apparition d'un sentiment de profonde désillusion, désespoir, insatisfaction par rapport aux choix thérapeutiques initiaux**
- **Culpabilité : « pourtant j'ai suivi tous les traitements correctement »**
- **Anticipation de la mort, projection morbide**
- **Réactions psychopathologiques différées par rapport au temps de l'annonce : dépression, anxiété généralisée, trouble de l'adaptation, PTSD**
- **Refus de divulgation à l'entourage familial (enfants +++)**

Annnonce d'une mauvaise nouvelle : importance du respect de la temporalité du patient

- ❑ **Sidération, mutisme : savoir s'arrêter, interroger, écouter, parfois reprendre, parfois proposer une deuxième entretien, ou la rencontre avec un psy/**
- ❑ **Temps d'assimilation et d'intégration du discours médical et pouvoir se représenter ce qui vient d'être dit et d'en prendre la pleine mesure**
- ❑ **Temps de l'adaptation /au diagnostic et aux prochaines échéances thérapeutiques**
- ❑ **Temps du deuil / à l'état antérieur et remaniement personnel, familial et professionnel**
- ❑ **Attention au décalage parfois entre ce qui peut apparaître urgent médicalement et ce qui l'est, ou pas, pour le patients**

Quelques stratégies maladaptatives

- Recherche de sens : Possibilité pour certains de s'investir dans une recherche de causalité et de tentative d'explication rationnelle
- Ceci peut engendrer deux attitudes thérapeutiques :
 - le recours à des traitements alternatifs et le refus d'une reprise des traitements classiques
 - la demande parfois intempestive de participer à des essais cliniques expérimentaux
- Possibilité d'accuser l'équipe médicale de négligence, d'incompétence
- Nécessité de trouver un bouc émissaire
- Nécessité de réinvestir de nouveaux traitements
- Risque de fuite et d'abandon de l'équipe médicale
- Risque de se détourner de la médecine traditionnelle
- Risque de se tourner exclusivement vers des médecines dites « parallèles »

L'annonce pour le médecin : un exercice « à l'envers » des idéaux de soin

- Générer souffrance et angoisse chez un patient
- Reconnaître les limites de notre savoir
- Voir reconnaître l'impuissance à guérir...
- Autant de tâches contraires à un certain idéal du soin et de soi



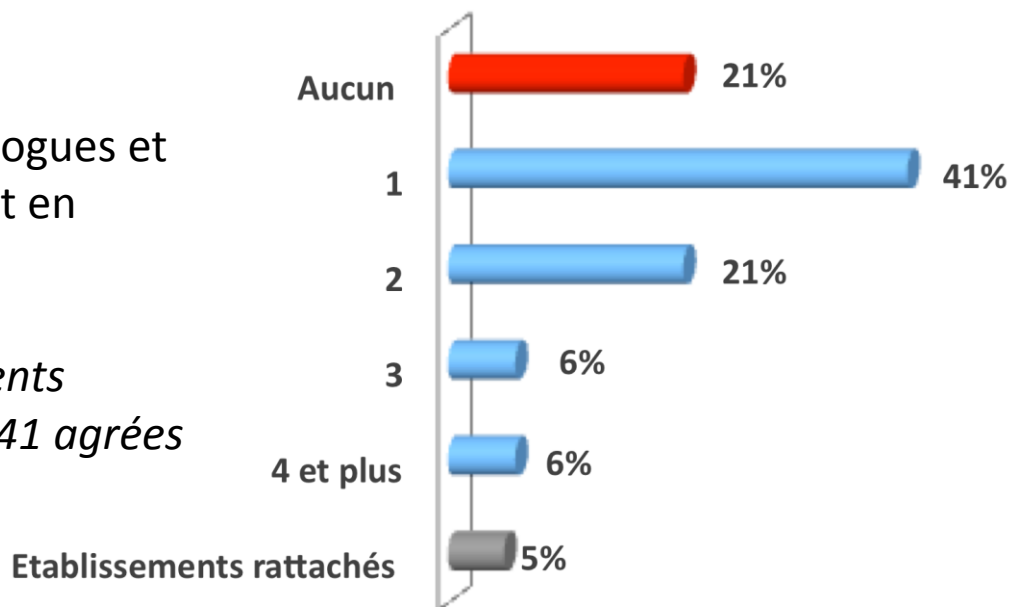
- La souffrance psychique en cancérologie
- L'impact des annonces
- **Les perspectives 2014 à la lumière du Plan Cancer 3**

Prise en charge psychologique des patients atteints de cancer

- Distinguer clairement
 - le besoin de soutien psychologique (par tous et pour tous)
 - le soin psychique (partie intégrante de la prise en charge globale pour certains patients plus en difficulté ou au delà d'un seuil de détresse significative)
- Des soins psychiques sont possibles dans la majorité des lieux autorisés à exercer la cancérologie

Disponibilité des psychologues et des psychiatres dans les établissements autorisés

Nombre de psychologues et psychiatres exerçant en oncologie par établissement
n = 783 établissements répondant sur les 941 agréés à la cancérologie



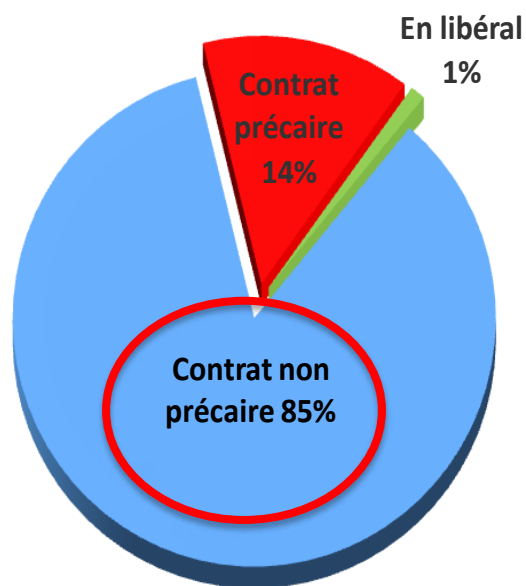
79% des établissements emploient au moins un psychologue ou psychiatre

Une grande majorité de postes pérennes...

Q4. Vous êtes en...?

Une seule réponse possible

n : 319

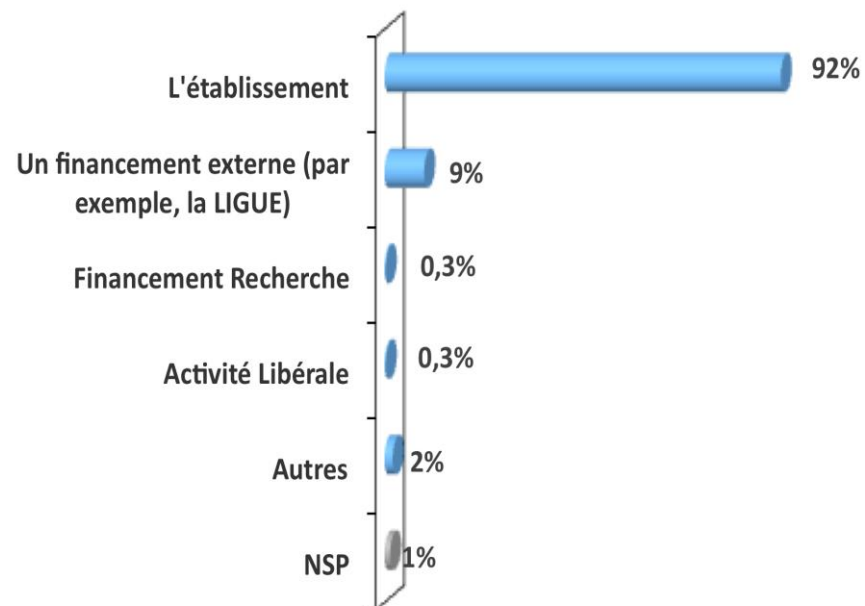


Contrat de travail au sein de
l'établissement principal de
cancérologie

Q28. Votre activité clinique est financée par...

Plusieurs réponses possibles

n : 314



Les perspectives de développement...

- **La prise en charge globale doit être pluridisciplinaire et intégrer les soins psychiques au cœur des soins oncologiques, cette intégration étant garante de l'adaptation des soins psychiques à la réalité somatique comme de la prise en compte des facteurs émotionnels dans les symptômes psychiques**
 - ex : prise en charge de la fatigue, de l'angoisse de récidence des difficultés sexuelles post traitement
- **L'organisation des soins doit veiller à cette intégration, en particulier dans le maillage ville/hôpital (qualité des transmissions)**
- **L'offre de soins psychiques doit se structurer en ce qui concerne:**
 - Les compétences (diversité de l'offre de soins)
 - La réalité des collaborations (échanges pluridisciplinaires)
 - La transmission d'information
 - L'établissement d'objectifs de soin intégrés dans la prise en charge globale

Prises en charge globales et personnalisées

- Se donner les moyens d'un réel repérage précoce de la souffrance et de la vulnérabilité :
 - systématisation de la proposition de soins psychiques et de l'évaluation de la souffrance psychologique et de la vulnérabilité psychosociale au moins à quatre temps forts de la maladie (annonce, fin des traitements, rechute, anticipation de la phase palliative et de l'arrêt des ttt curatifs)
 - Procurer et systematiser des outils de repérage + former les acteurs
- Exiger des établissements et des réseaux la structuration de ce parcours de soins psychiques : organisation du repérage (outils), formation des acteurs, moyens adéquats de reponse, traçabilité et évaluation des prises en charge réalisées

Developper la formation des acteurs

- **Renforcer l'adéquation entre la formation des psychologues (et psychiatres) amenés à intervenir auprès de patients atteints de cancer, et les particularités de ces suivis**
 - Formation initiale à la psychologie clinique
 - Formation continue intégrant supervision
 - Formation initiale et continue à l'oncologie
- **Soutenir la formation des autres acteurs du soin**
 - Formation des soignants au repérage de la souffrance psychique et de la vulnérabilité psychosociale
 - Communication médecin malade

Prolonger les soins psychiques dans l'après cancer

- **Prévalence élevée de la symptomatologie physique (jusqu'à 80% fatigue, 50% douleur).**
- **Prévalence de la symptomatologie émotionnelle :**
 - élévation de la détresse émotionnelle après l'arrêt des traitements et retour à la normale pouvant attendre jusqu'à deux ans après la fin des traitements.
- **Impact de ces troubles émotionnels :**
 - moins bonne qualité de vie / moindre satisfaction par rapport aux soins / augmentation du risque de non observance des traitements (RR jusqu'à 3) / risque d'inégalités d'accès aux soins, en particulier aux soins de réhabilitation de l'après cancer (activité physique par exemple)/ ...
- **Sans oublier l'impact des troubles psychiatriques préexistants (troubles psychotiques).**

Quand faut-il orienter vers un psy?

- **Une évaluation spécialisée par un psychologue ou un psychiatre est nécessaire et doit être recherchée**
 - > devant toute symptomatologie émotionnelle durable (ex : humeur dépressive) ou itérative (ex : anxiété)
 - > devant tout symptôme fonctionnel persistant (fatigue, douleur, autres symptômes...)
 - > devant toute plainte cognitive
 - > devant tout difficulté familiale sévère ou difficulté de reprise des rôles sociaux et professionnels
- **Tout patient ou proche qui le souhaite doit pouvoir rencontrer un psy, à charge à celui-ci de faire ou non un projet de soins psychiques.**

Buts de l'intégration de la prise en charge psycho-oncologique dans la prise en charge globale

- S'insérer dans la prise en charge multidisciplinaire pour favoriser la prise en charge globale du patient et le screening des situations de détresse psychologique (1).
- Soutenir psychologiquement les patients (2).
- Traiter les symptômes psychiques quand il y en a (3).

114, rue Édouard-Vaillant
94805 Villejuif Cedex - France
www.gustaveroussy.fr

