

Quelle prise en charge psychologique dans l'après-cancer ?

Les recommandations de la Société Française de Psycho-Oncologie (SFPO)

What psychological care should there be after cancer?

Guidelines from the French Psycho-Oncology Society (SFPO)

S. Dauchy (Villejuif)¹ · F. Ellien (Champcueil) · A. Lesieur (Paris) · O. Bezy (Clermont-Ferrand) · D. Boinon (Villejuif) · M. Chabrier (Clermont-Ferrand) · C. Charles (Villejuif) · S. Dolbeault (Paris) · F. Joly (Caen) · A. Heuguerot (Paris) · L. Lemaitre (Montpellier) · J.-L. Machavoine (Caen) · E. Marx (Strasbourg) · G. Marx (Saint-Cloud) · I. Piollet-Calmette (Avignon) · S. Pucheu (Paris) · M. Reich (Lille) · E. Seigneur (Paris)

Reçu le 24 décembre 2012 ; accepté le 12 janvier 2013
© Springer-Verlag France 2013

Résumé : L'après-cancer, phase de transition, représente pour le patient un réel travail psychique. Des difficultés, tant somatiques que psychiques, peuvent émerger très à distance de la survenue du cancer. Élaborées tout au long de la préparation du 29^e congrès de la SFPO (Caen, octobre 2012), les recommandations de la SFPO ont pour objectif de mieux appréhender cette période et les difficultés associées, et de soutenir une évolution de l'organisation des soins psycho-oncologiques dans l'après-cancer, ainsi que leur intégration à la prise en charge globale et continue du patient. Cette intégration repose entre autres sur la qualité du maillage ville/hôpital (qualité des transmissions) et l'accessibilité au long cours des soins psychiques. Elle est garante de l'adaptation des soins psychiques à la réalité somatique comme de la prise en compte des facteurs émotionnels dans les symptômes physiques. Ces recommandations, ancrées sur une analyse de la littérature et l'expertise professionnelle collective, définissent : 1) l'importance de l'évaluation de l'état psychologique des patients et du contexte familial dans l'après-cancer par les équipes oncologiques hospitalières et les acteurs de soins de ville, y compris devant tout symptôme physique sévère ; 2) la nécessité d'une évaluation spécialisée par un professionnel du soin psychique devant toute symptomatologie émotionnelle durable ou itérative, tout symptôme fonctionnel persistant, toute plainte cognitive ou toute difficulté de reprise des rôles familiaux et socioprofessionnels ; 3) les modalités d'anticipation des difficultés de l'après-cancer ; 4) la nécessité d'accès aux soins psychiques dans le long terme ; 5) la nécessité d'intégrer systématiquement dans le programme personnalisé de soins une consultation psychologique ; 6) les perspectives de recherche.

Mots clés : Recommandations professionnelles · Soin psychique · Après-cancer · Screening · Organisation des soins

Abstract: The post-cancer period is a transition phase, and one that is very difficult psychologically for the patient. Issues, both somatic as well as psychological, can develop even if the cancer occurred a long time ago. Developed while preparing for the 29th congress of the SFPO (Caen, October 2012), the aim of the SFPO guidelines is to raise awareness of this period and its associated difficulties, and to support development of the organisation of psycho-oncology care for this post-cancer period, as well as its integration into the overall and continued treatment for patients. This integration is based, amongst other things, on the quality of the town hospital health network (quality in communication) and the accessibility of long-term psychological care. This integration ensures that psychological support is adapted to meet somatic reality, such as taking emotional factors associated with physical symptoms into consideration. These recommendations, based on an analysis of the literature and collective professional expert opinions, define: 1) the importance of an assessment of the patients' psychological state and of the family circumstances in the post-cancer period by hospital-based oncology teams and those working in town-based practices, and including any severe physical symptoms; 2) the need for a specialised assessment by a mental health professional in light of any long-term or repeated emotional symptoms, any persistent functional symptoms, any cognitive issues or any difficulty in returning to family and socio-professional roles; 3) the methods of anticipating post-cancer issues; 4) the need for access to longterm psychological care; 5) the need to systematically integrate psychologist appointments into the individual care programme; and 6) research ideas.

Keywords: Professional recommendations · Psychological care · Post-cancer · Screening · Organisation of care

¹ S. Dauchy (Villejuif) (*)

Département interdisciplinaire de soins de support,
Institut de Cancérologie Gustave-Roussy,
114, rue Édouard-Vaillant, F-94805 Villejuif, France
e-mail : sarah.dauchy@igr.fr

Introduction

Les progrès thérapeutiques dans la prise en charge des cancers permettent aujourd'hui à une majorité de patients de terminer leurs traitements avec l'espoir d'une guérison ou d'une phase de rémission longue, permettant le retour à la vie quotidienne et la reprise de leurs rôles sociaux, familiaux et professionnels. Cette phase de l'après-cancer est cependant parfois très complexe. Des séquelles physiques ou psychiques de la maladie et des traitements persistent chez plus de 50 % des patients. S'y ajoutent souvent le sentiment de n'être plus jamais comme avant, pour soi comme dans le regard d'autrui, une modification des repères existentiels, la peur de la récurrence... Ces difficultés surviennent de plus alors que la prise en charge hospitalière s'espace et que les liens avec le service ambulatoire n'ont souvent pas été suffisamment anticipés, et que le soutien social diminue, laissant les patients parfois très démunis. Le soulagement d'avoir fini les traitements coexiste avec un sentiment de vulnérabilité, d'incertitude et de perte de contrôle ; le désir de retour à l'état antérieur, qui serait signe de la guérison attendue, se heurte à une incapacité du fait d'une réévaluation des priorités de l'existence ; le désir d'être soutenu sur les plans social et familial persiste alors que les proches se retirent, le patient étant considéré comme guéri.

Une réelle phase d'ajustement et de travail psychique est nécessaire : l'après-cancer doit être appréhendé comme une phase de transition et non comme un simple changement de statut. Les données acquises par plus de 30 ans de recherches en psycho-oncologie, comme par l'expérience clinique, permettent aujourd'hui de mieux appréhender cette période et les difficultés qui y sont associées, dont la fréquence et l'impact rendent indispensables la réelle prise en compte et l'établissement de programmes de soin adaptés [54]. L'objectif de ces recommandations, élaborées tout au long de la préparation du 29^e congrès de la SFPO consacré à cette thématique de l'après-cancer, est de soutenir une évolution de l'organisation des soins qui intègre réellement cette nécessité.

Séquelles physiques

La prévalence des séquelles physiques dans l'après-cancer est importante, certains symptômes étant fréquemment cités par les patients (comme la fatigue), d'autres étant moins explicites bien que présents et invalidants (troubles sexuels et de l'image du corps par exemple). La prise en charge de ces symptômes physiques est indissociable de la prise en compte de l'état psychologique des patients, en raison tout d'abord de leur impact potentiel parfois majeur sur le bien-être psychique des patients (douleur chronique et humeur dépressive par exemple) ou leur fonctionnement familial ou encore socioprofessionnel. Par ailleurs, le fonctionnement psychologique peut moduler une symptomatologie physique fonctionnelle, tant au plan émotionnel (majoration d'un symptôme par l'anxiété par exemple) que par une organisation de personnalité ou une affection psychiatrique. Les paragraphes qui vont suivre s'attachent à décrire les facteurs prédictifs des symptômes physiques les plus fréquents, leurs liens avec l'état psychologique et leur impact.

Fatigue

La fatigue persistante, rapportée par 80 % des patients dans l'après-cancer, est sévère pour 17 à 38 % d'entre eux [32]. Son dépistage systématique est recommandé, même en l'absence de plainte [74]. Son expression est très intriquée avec les facteurs psychologiques qui peuvent en être le symptôme (morosité, irritabilité...), la cause (dépression, états anxieux chroniques, états de stress post-traumatique), la conséquence (fatigue mal tolérée par un patient très actif), ou simplement y être associés.

Le dépistage et la prise en charge des troubles psychiques tout au long de la maladie cancéreuse préviennent une accumulation de la fatigue. L'intervention du psycho-oncologue est recommandée si l'EVA fatigue est supérieure à 6/10 ou si la fatigue a un impact sévère sur la vie quotidienne [2].

Attention, en l'absence d'état dépressif, la prescription des antidépresseurs n'est ni nécessaire ni souhaitable [72].

Douleur

Après la fatigue, la douleur est le symptôme le plus fréquemment cité par les patients dans l'après-cancer : 30 à 50 % des patients sont douloureux lors de la phase de surveillance, 10 à 40 % sont des douleurs d'intensité moyenne à forte [108]. Ces douleurs séquellaires, qui représentent 17 % des syndromes douloureux en cancérologie, ont rarement une évolution spontanément favorable : ainsi une revue récente établit la prévalence des syndromes douloureux postmastectomie, à un an de la fin des traitements, de 20 à 65 % [29].

Ces douleurs sont encore insuffisamment prises en compte : les enquêtes disponibles pour la France montrent que 14 à 30 % des patients présentant une douleur quotidienne modérée à intense n'ont aucun traitement antalgique [46].

Les sujets souffrant de douleurs chroniques ont plus de troubles anxieux et dépressifs que les sujets exempts de douleur [55]. La douleur a toujours une composante émotionnelle et peut générer des symptômes anxieux et dépressifs qui vont à leur tour majorer l'intensité de la perception douloureuse [20]. Douleur et dépression entretiennent des boucles de renforcement mutuel. L'appréciation négative de la douleur et de ses conséquences est un précurseur de la douleur liée à la peur et amplifie l'expérience affective de la douleur. La peur de la récurrence peut être entretenue tant par ces douleurs que par les examens prescrits en réponse à des fluctuations de l'intensité douloureuse, et être en elle-même un facteur de modulation de cette douleur chronique existante.

Un dépistage systématique de l'anxiété, de la dépression et des troubles cognitifs doit être réalisé devant toute douleur en phase de rémission. L'intervention d'un psychologue ou d'un psychiatre est recommandée quand la plainte douloureuse est

complexe, la composante émotionnelle au premier plan et le retentissement important sur la vie quotidienne ou la réinsertion. En plus de favoriser la communication autour du symptôme douleur, de limiter le repli sur soi, de repérer les déterminants psychiques, cette intervention pourra permettre d'évaluer la fonction de la plainte : le cancer en effet est souvent l'occasion d'un bilan de vie, et dans le futur à réinventer, la douleur peut devenir une part identitaire, signe de l'épreuve traversée [58]. La douleur qui arrive après les traitements peut aussi traduire un sentiment d'abandon d'un patient qui se sent moins soutenu par les soignants et la famille, les douleurs pouvant inciter au maintien ou à la relance de l'intérêt des autres.

Image corporelle

Les difficultés d'ajustement vis-à-vis d'une image corporelle modifiée font également partie des problèmes les plus régulièrement rencontrés par les patients en rémission d'un cancer, et sont étroitement liées à la qualité de vie [5,25], aux troubles de l'humeur [88], à la sexualité [1] et à la fatigue [14].

Les transformations corporelles induites par la maladie et ses traitements sont aujourd'hui bien identifiées et connues pour être nombreuses. Elles touchent principalement à six domaines :

- modifications de l'apparence (cicatrices, alopecie, perte/ prise de poids, stomie...);
- modifications de l'apparence (cicatrices, alopecie, perte/prise de poids, stomie...);
- atteintes de l'intégrité physique (exérèses d'organes visibles ou non, curage ganglionnaire, amputation...);
- dysfonctions organiques (perturbation des fonctions vitales, du système hormonal...);
- modifications sensorielles (hypo-/hyperesthésies, paresthésies, douleurs, hypoacousie, dysgueusie...);
- entraves à la mobilité ;
- perte de l'énergie physique (fatigue).

Ces difficultés ont spontanément une évolution plutôt favorable [33,53], avec des niveaux qui globalement se rapprochent de ceux évalués chez des sujets indemnes de cancer [25]. Les résultats restent cependant encore contradictoires, en raison de difficultés conceptuelles encore non réglées. Une définition non consensuelle de l'image du corps en cancérologie et l'emploi d'une multiplicité de termes pour évoquer les « difficultés » associées à l'image du corps, tenus pour équivalents mais désignant en fait des réalités cliniques très différentes (« changements négatifs », « troubles », « perturbation », « difficulté d'accepter son nouveau corps », « insatisfaction », « image du corps négative »...) participent à ces difficultés. Un problème d'évaluation persiste du fait du nombre limité d'instruments spécifiques et validés. La plupart des échelles sont unidimensionnelles. L'évaluation se résume parfois à quelques items, dont la sommation, lorsqu'elle est intégrée aux scores globaux d'échelles de qualité de vie ou de sexualité, favorise la confusion entre l'image du corps et d'autres sphères psychosociales apparentées [15]. L'évaluation de la fréquence des difficultés, voire des troubles associés à l'image corporelle, est, de plus, mal connue au sein de la population générale.

L'image corporelle évaluée lors du diagnostic est un prédicteur essentiel de l'image corporelle évaluée pour les trois années suivantes [19,25].

Des besoins d'accompagnement existent en ce domaine, aussi bien chez les femmes [80] que chez les hommes [9]. Les données manquent cependant aujourd'hui sur l'efficacité des prises en charge existantes [97], les quelques études publiées à ce sujet concluant pour la plupart à une absence d'effet des dispositifs de soin sur les difficultés psychocorporelles rencontrées [92]. Sur ce point, les prises en charge socioesthétiques sont encore insuffisamment évaluées : si elles ont montré un impact positif sur la satisfaction esthétique posttraitement à court terme, elles n'ont pas montré d'impact sur l'estime de soi ni sur les facteurs émotionnels associés aux troubles de l'image du corps [85].

Troubles de la fonction sexuelle

Les troubles de la fonction sexuelle dans l'après-cancer constituent également un besoin important à prendre en compte dans le but d'améliorer la qualité de vie. L'impact des cancers et de leurs traitements sur la sexualité est particulièrement fréquent pour les cancers de la cavité pelvienne (89 % des hommes et 75 % des femmes traités pour un cancer pelvien décrivent des troubles sexuels), mais pratiquement tous ont un retentissement direct ou indirect sur la vie sexuelle et intime du patient et du couple [11] : deux ans après le cancer, 65 % des hommes et des femmes soulignent un impact important de la maladie sur leur vie sexuelle [83]. Des données manquent dans les cancers autres que ceux du sein, de la prostate ou de l'appareil génital féminin.

L'activité et la satisfaction sexuelles demeurent encore difficiles à évaluer, et la notion de « troubles » sexuels ou de « satisfaction liée à la vie sexuelle » est une notion complexe. L'atteinte peut porter sur la sexualité en elle-même, mais est intriquée avec les modifications de l'image du corps, la perception de la capacité de séduction, les difficultés relationnelles, l'incertitude liée à l'avenir. De plus, les personnes non actives sexuellement ont une probabilité moindre de déclarer des conséquences négatives sur leur vie sexuelle. Les patients qui vivent difficilement les séquelles des traitements comme ceux qui sont insatisfaits de l'information médicale reçue ont tendance à associer leurs troubles de la sexualité à leur cancer [36]. Les patients étant plus vulnérables psychologiquement ou socialement déclarent davantage une altération de leur vie sexuelle [83]. L'attitude du partenaire, la qualité de la vie sexuelle avant le diagnostic sont aussi des éléments à prendre en compte [83].

La prise en compte de l'impact des séquelles s'avère indispensable pour l'amélioration de la qualité de vie physique et psychique [107]. L'information des patients concernant les traitements et leurs effets secondaires tant en termes d'altération de la libido que de modifications des rapports sexuels est déterminante d'un point de vue médical, psychosocial et relationnel

[36], notamment lorsque les questions concernant la sexualité et la vie sexuelle peuvent conditionner certains choix thérapeutiques comme pour les cancers de prostate.

La pluridisciplinarité de l'équipe soignante doit être un atout permettant la prise en compte des difficultés sexuelles et l'orientation du patient et de son/sa partenaire de façon adaptée. La formation des soignants tant à la prise en compte des difficultés sexuelles qu'à la communication sur ce thème est nécessaire dans l'après-cancer comme tout au long de la maladie.

Infertilité

L'infertilité, séquelle également rencontrée après certains traitements, a un poids particulièrement important dans l'après-cancer alors que l'éloignement de la menace vitale peut à nouveau rendre possibles des projets parentaux. Les taux d'infertilité induite par les traitements anticancéreux varient selon les types de cancers et de traitements reçus, comme selon les groupes de patients, mais l'ensemble des traitements chirurgicaux, la radiothérapie, la chimiothérapie ou l'hormonothérapie peuvent entraîner une infertilité plus ou moins réversible. C'est pour les cancers gynécologiques [13], testiculaires [12] ou les lymphomes [61] que cette infertilité est le mieux documentée.

L'infertilité peut avoir des effets négatifs sur la vie sexuelle, altérer la qualité de vie à long terme et induire la détresse psychologique.

Les choix thérapeutiques de femmes traitées pour un cancer peuvent être induits par le désir de conserver leur fertilité intacte [79], choix parfois difficiles à porter dans l'après-cancer lorsque la peur de la récurrence est importante. Les études montrent par ailleurs que la maladie cancéreuse ne modifie le plus souvent pas les projets parentaux [64].

L'accompagnement des patients, hommes ou femmes, dans l'accomplissement d'un projet parental ou le renoncement à celui-ci fait partie des besoins psychologiques de l'après-cancer.

La représentation de l'impact des traitements sur la fertilité est parfois complexe pour les patients. L'étude menée en 2004 en France [64] a montré que deux tiers des hommes ayant été traités pour un cancer de la prostate se considéraient stériles, car dans l'impossibilité de procréer naturellement, avec une confusion entre stérilité et dysfonctionnement sexuel. Améliorer la communication sur les effets secondaires des traitements est nécessaire, notamment chez les patients les plus âgés, bien qu'à même de procréer, qui sont les moins informés des risques d'infertilité liés au traitement [95]. Peu de données existent cependant sur l'offre de soins qui pourrait être faite, tant dans son type que dans son organisation, les problématiques pouvant apparaître très à distance de la fin des traitements.

Troubles cognitifs

Les troubles cognitifs sont présents chez 15 à 50 % des patients ayant été traités pour un cancer [43]. Les variations de pourcentage peuvent s'expliquer par l'hétérogénéité des populations étudiées, les différents protocoles de chimiothérapie employés, les diverses méthodologies de recherche et la diversité des tests neuropsychologiques utilisés. Ces troubles dénommés *chemofog* ou *chemobrain* ont été bien décrits après radiothérapie encéphalique, surtout en pédiatrie [23], mais ils ont été identifiés assez récemment après chimiothérapie et/ou hormonothérapie et les nouvelles thérapies ciblées (comme le trastuzumab) [109]. Ces troubles viennent ainsi s'ajouter à la liste des effets secondaires à long terme possibles des traitements anticancéreux et influent négativement sur la qualité de vie des patients qui en souffrent [69]. Les troubles identifiés touchent principalement les fonctions exécutives, la vitesse de traitement de l'information, la mémoire épisodique et la mémoire de travail.

L'évolution de ces troubles est mal connue. Après radiothérapie cérébrale, le déclin des fonctions cognitives peut s'aggraver avec les années d'autant plus que l'irradiation a été faite à un jeune âge ; suite à une chimiothérapie, les troubles régressent le plus souvent avec le temps, mais quelques patients gardent des séquelles cognitives à long terme avec un impact négatif sur la qualité de la vie et le vécu psychologique.

Les patients susceptibles de développer des troubles cognitifs objectifs après traitements par chimiothérapie ne sont pas encore bien identifiés. Ces troubles seront d'autant plus importants que les patients présentaient initialement des troubles cognitifs. En effet, les mécanismes étiologiques sont multiples et mal connus et impliquent probablement les sphères moléculaires, génétiques, biologiques, immunologiques et psychologiques. En revanche, il est bien établi que les plaintes subjectives des patients ne sont pas toujours liées aux troubles objectivés par les tests neuropsychologiques et qu'il est important d'évaluer systématiquement la fatigue, l'anxiété et la dépression (qui peuvent influencer sur la perception des patients de leur trouble et les résultats des tests).

Les troubles cognitifs des patients dans l'après-cancer doivent être systématiquement recherchés compte tenu de leurs répercussions sur leur qualité de la vie. L'oncologue en charge du suivi de ces patients a un rôle fondamental d'information et d'éducation thérapeutique concernant la survenue de ces troubles cognitifs.

En cas de plainte subjective, une symptomatologie émotionnelle (dépressive par exemple) devra être systématiquement recherchée et prise en charge. Un bilan objectif neurocognitif réalisé par un neuropsychologue pourra également être proposé aux patients qui présentent une plainte.

Une prise en charge adaptée pourra être proposée à chaque patient en fonction de sa demande et de son handicap (prise en charge du stress, activité physique, groupes de parole, ateliers mémoire, techniques de réhabilitation et remédiation cognitive, approches pharmacologiques par psychostimulants [méthylphénidate, modafinil], érythropoïétine) [31,48].

Le traitement des symptômes somatiques passe donc par une évaluation psychologique et sociale, le plus souvent réalisée initialement par l'équipe médicale de référence, éventuellement à l'aide d'outils (comme l'échelle HADS pour les symptômes anxieux ou dépressifs) ou par des questions simples d'évaluation de l'humeur, ouvertes (« comment était votre

moral ces derniers temps ? ») ou fermées (« durant ces 15 derniers jours avez-vous noté une perte de capacité à vous intéresser et à prendre plaisir à vos activités habituelles ? », etc.) [89]. L'intervention du psychologue ou du psychiatre sera recommandée dans les cas les plus sévères ou les plus invalidants, pour explorer les ressources du patient, favoriser la verbalisation autour du symptôme, rechercher certains facteurs psychologiques déterminants (dépression associée, type de personnalité, organisation sociofamiliale...) et faire le cas échéant un projet de soins psychiques, qui ne se concevra qu'en étroite collaboration avec l'équipe oncologique.

En termes de perspectives de recherche, il importe de noter que l'étendue de la phase d'après-cancer s'accompagne d'une évolution des problématiques entre l'immédiat après-traitement et les années suivantes : la plupart des données disponibles sont transversales ou prospectives sur une courte période et la réalisation de suivis de cohortes à long terme reste nécessaire.

Troubles émotionnels et psychiatriques dans l'après-cancer

Les troubles émotionnels sont fréquents dans l'après-cancer, mais leur prévalence reste mal connue tout comme leur évolutivité, peu d'études longitudinales étant disponibles à cette période de la maladie en dehors du cancer du sein. Bien que la plupart des patients s'ajustent à leur maladie, une majorité d'entre eux présente encore à la fin des traitements des symptômes de détresse qui diminueront dans les 12 à 24 mois qui suivent la fin des traitements avec retour à un état psychologique global (détresse, anxiété) et une qualité de vie comparable, voire meilleure, à des sujets de la population générale [102]. Il importe de souligner d'emblée la possibilité d'une évolution positive avec un épanouissement posttraumatique, par nouvelle hiérarchisation des priorités, réaménagements professionnels et sociaux, développement de la dimension de spiritualité [60]. Cette possibilité d'évolution positive à terme est dépendant à distinguer de l'hyperadaptation immédiate de patients qui risquent précisément de s'effondrer dans l'après-coup de l'après-cancer.

L'adaptation psychologique dans l'après-cancer va dépendre des mécanismes de coping ou d'ajustement des patients [96]. La personnalité antérieure des patients, leur histoire (traumas anciens) jouent également un rôle dans leur capacité à s'adapter. L'optimisme et l'affectivité positive ou le « sens de la cohérence » dans sa vie apparaissent comme des facteurs protecteurs, alors que le névrosisme, dimension normale de la personnalité où prédomine l'affectivité négative, représente un facteur de risque d'anxiété et/ou de dépression [86,94,106]. Le mécanisme adaptatif le plus efficace semble être le coping centré sur l'émotion (emotionfocused coping) : capacité à se confronter à ses émotions (positives et négatives), capacité à les extérioriser, capacité d'élaboration/travail sur les émotions, capacité des proches à soutenir les mouvements émotionnels du patient.

L'anxiété et les troubles anxieux sont fréquents dans l'après-cancer. Cette période est en effet marquée chez la plupart des patients par un sentiment accru de vulnérabilité. Cinquante-huit pour cent des patients décrivent une incertitude au sujet de leur devenir, une incapacité à faire des projets d'avenir, une réduction du sentiment de contrôle. Soixante pour cent décrivent une peur de la récurrence [6,8]. Les bilans somatiques peuvent réactiver régulièrement l'anxiété avec survenue d'une anxiété anticipatoire pouvant aller jusqu'à l'évitement. Une hypervigilance aux symptômes somatiques est fréquente. Des symptômes de type post-traumatique peuvent être présents : reviviscence par conditionnement de certains symptômes (ex. : nausées) lors de la simple évocation des traitements, pensées intrusives et persistantes autour du cancer, résurgences d'images liées aux traitements, sentiment d'étrangeté par rapport aux autres.

Certains symptômes post-traumatiques se manifestent par des sentiments d'isolement et de retrait relationnel [3]. Ces symptômes sont présents de façon très variable selon les études, qui portent majoritairement sur le cancer du sein. De réels syndromes de stress post-traumatiques (PTSD) sont également possibles, mais plus rares (4 à 10 % des patients présentent un diagnostic de PTSD, 50 % des patients présentent au moins l'un des symptômes [78]).

Certaines plaintes dépressives apparaissent plus fréquentes à cette période de la maladie : un sentiment de solitude, la peur d'être une charge pour son entourage, un sentiment de culpabilité (lié au sentiment de fardeau, mais aussi à l'égard de ceux qui sont morts de la maladie alors que le patient a survécu, en particulier dans le contexte de cancers à transmission génétique). La fréquence des épisodes dépressifs majeurs est difficile à préciser en l'absence de données de la littérature portant sur d'assez grands échantillons.

Certains facteurs de risque de la détresse psychologique dans l'après-traitement sont aujourd'hui connus. Au plan sociodémographique, les femmes jeunes (< 50 ans), vivant seules, avec un faible soutien social, un niveau socioéconomique faible ou précaire, apparaissent les plus à risque. Le fait d'avoir présenté d'importants symptômes pendant la période des traitements et l'existence d'antécédents psychopathologiques sont également associés à des niveaux de détresse psychologique plus importante dans l'après-traitement [47]. Plusieurs auteurs ont identifié la présence de besoins non satisfaits en début de prise en charge comme le meilleur facteur prédictif de la persistance de besoins non satisfaits à la fin et au décours des traitements du cancer [40,68,113].

Certains facteurs apparaissent en revanche protecteurs : parmi eux l'existence d'un bon soutien émotionnel, la perception d'une bonne relation avec le médecin, un meilleur fonctionnement physique [16].

Les besoins psychosociaux non satisfaits durant la période des traitements sont un facteur de risque majeur de la détresse psychologique de l'après-traitement. Leur repérage précoce est nécessaire afin de permettre une prise en charge appropriée durant les traitements et de structurer un programme personnalisé de prise en charge après celui-ci.

Troubles psychiques de l'après-cancer et adhésion au suivi et à la compliance aux traitements au long cours

L'adhésion au traitement (terme synonyme des termes d'observance et de compliance mais préféré à ceux-ci) est définie selon l'OMS comme « le degré avec lequel le comportement du patient coïncide avec les recommandations d'un professionnel de soin, en termes de prise de traitement, de suivi du régime alimentaire et/ou d'adaptation du style de vie ». De façon générale, le taux moyen de non-adhésion avec les thérapies anticancéreuses orales est de 21 % [24]. Les répercussions médicales et économiques sont massives. Dans le cas du cancer du sein, un arrêt prématuré de l'hormonothérapie a été associé à une augmentation de la mortalité de 26 % et parmi celles qui continuaient le traitement, la non-observance était associée à une augmentation de 49 % de la mortalité [38]. Dans le cadre de la leucémie myéloïde chronique, la non-adhésion à l'imatinib est considérée comme la raison principale de non-obtention d'une réponse moléculaire complète chez les patients traités depuis plusieurs années [44,66]. Elle serait aussi responsable d'une augmentation des coûts médicaux de plus de 283 % [112]. Le coût annuel de la non-observance dans tous les domaines médicaux est estimé à environ 100 milliards de dollars aux États-Unis [90]. Différents facteurs (liés au patient, à la maladie, au traitement, au médecin et au système de santé) sont intriqués dans ce processus d'observance thérapeutique [90]. Les troubles psychiques ont ainsi un impact important sur cet élément capital pour la prise en charge médicale.

La dépression est considérée comme un facteur de risque majeur de non-adhésion au traitement médical dans le cadre du cancer et d'autres pathologies médicales confondues, les patients déprimés ayant selon les études 1,7 [34] à 3 fois [21] plus de risque d'être non observants que des patients non déprimés. Ce phénomène expliquerait en partie la surmortalité des patients déprimés en cancérologie [51]. La diminution de l'adhésion au traitement chez les patients déprimés pourrait s'expliquer par la perte d'espoir (y compris dans l'efficacité d'un traitement par exemple) et le pessimisme qu'ils ressentent, l'isolement social souvent associé, les troubles cognitifs liés à la dépression et la moindre culture médicale des patients déprimés [67]. La dépression est également associée à une mauvaise communication médecin-malade [49].

La prise d'un traitement antidépresseur est apparue associée à une meilleure adhésion au traitement antirétroviral chez les patients déprimés infectés par le VIH [114]. Des interventions dans un style d'éducation thérapeutique mixte sur la dépression et le diabète par entretiens et appels téléphoniques ont permis une meilleure adhésion au traitement par antidiabétiques oraux et antidépresseurs et ainsi un meilleur contrôle glucidique et une diminution des symptômes dépressifs [10]. Ce type de prise en charge reste à inventer en cancérologie, car une extrapolation de ces résultats est probablement possible.

L'impact des troubles anxieux sur l'adhésion au traitement a été moins étudié, particulièrement en oncologie, et les résultats sont plus contrastés. L'anxiété pourrait être un facteur de meilleure observance du suivi (dans le cas du mélanome [91]), les consultations régulières permettant une réassurance et un temps de dialogue avec le médecin. Les attaques de paniques n'auraient pas d'effet sur l'observance, le trouble anxieux généralisé pourrait même améliorer l'adhésion en cas de préoccupations excessives sur la santé [22]. Le PTSD serait associé à une diminution de l'observance chez les survivants d'infarctus du myocarde symptomatiques. Dans les suites d'un infarctus du myocarde, une étude montre cependant que l'anxiété, et de façon plus importante même que la dépression, est associée à une mauvaise observance des conseils d'hygiène de vie de réduction du risque [56]. L'anxiété de récurrence peut être entretenue par le suivi oncologique dans l'après-cancer et la répétition des examens.

Les patients présentant des troubles psychotiques ont une moins bonne adhésion et une moins bonne compréhension du traitement [45], tels qu'un nombre important de symptômes négatifs, une insuffisance d'explications données sur la maladie, des difficultés cognitives associées. Chez ces patients vulnérables, le suivi oncologique devra parfois être proactif en cas de non-présence du patient aux consultations, avec des interactions fortes avec l'équipe psychiatrique [87].

L'évaluation et la prise en charge de l'état de santé mental des patients peuvent aider à réduire le risque de non-adhésion thérapeutique et contribuer à de meilleurs résultats en termes de santé [67]. L'état émotionnel du patient doit être systématiquement évalué, comme est nécessaire la prise en compte par les professionnels de santé des éléments majeurs pour l'observance que sont les croyances, les normes subjectives et culturelles, l'environnement social [21]. À cet égard, les dispositifs sur le modèle de la consultation SALTO-H (« consultation de guérison ») [81] apparaissent comme un outil pertinent. Des études sur l'impact des troubles psychiques sur l'adhésion au suivi (hors traitement médicamenteux) restent nécessaires.

En cas de suspicion de mauvaise observance, l'état émotionnel et psychiatrique du patient doit être systématiquement évalué. L'absence de cette évaluation représente la négligence d'une double pathologie et peut être responsable d'une perte de chance indue pour le patient [57].

Particularités de l'après-cancer chez l'enfant et l'adolescent

Les taux de guérison en oncologie pédiatrique, toutes pathologies confondues, avoisinent désormais ou dépassent les 80 % [30]. Les problématiques de l'après-cancer concernent donc un très grand nombre d'enfants, d'adolescents et de jeunes adultes ainsi que leurs familles. Les particularités de l'après-cancer en oncologie pédiatrique tiennent en premier lieu [76,98] à la plus grande sensibilité aux effets secondaires des traitements d'un organisme en développement : ces séquelles potentielles sont multiples (endocriniennes, orthopédiques, neurocognitives, liées à l'usure prématurée d'un organe — cœur, rein, poumon par exemple — ou encore relatives à la fertilité [115]) et apparaissent parfois de façon retardée avec la

croissance. On estime qu'un tiers à la moitié de ces jeunes gens souffrent d'un problème de santé chronique en rapport avec le traitement du cancer.

Par ailleurs, plus encore que pour l'adulte, le vécu psychique de cette période est éminemment variable en fonction des individus et sa temporalité n'est pas strictement superposable à celle de la réalité somatique et médicale. L'expérience psychique de l'enfant ou de l'adolescent soigné pour un cancer ne s'arrête pas bien évidemment avec l'annonce de la rémission, voire de la guérison [18], et c'est parfois des années « après », à l'occasion d'un événement particulier dans la vie du jeune ou de son entourage, qu'une souffrance psychique peut survenir, conduisant parfois à une demande d'aide et de soins psychiques. Les problématiques se doublent ici de la question de la mémoire et des souvenirs, qui font d'ailleurs parfois défaut quand l'enfant a été traité très jeune, et de la manière dont l'expérience du cancer, son caractère potentiellement traumatique et l'angoisse suscitée ont été élaborés par le jeune patient ou au contraire refoulés et renvoyés à plus tard. Il est important de comprendre que le développement cognitif et affectif en cours de l'enfant ou de l'adolescent ne lui permet pas toujours de métaboliser l'ensemble de l'expérience corporelle et psychique de la maladie grave et que cela rend souvent nécessaire un travail psychique à distance du cancer, parfois des années, voire même des dizaines d'années plus tard.

La littérature au sujet des « survivants » (traduction littérale du terme anglais *survivors*) d'un cancer a longtemps été beaucoup plus abondante en pédiatrie que pour les patients adultes. La méthodologie quantitative de la plupart des études est source de résultats contrastés et n'appréhende que très partiellement l'expérience subjective de l'après-cancer. Les sujets sont de plus souvent comparés à leur fratrie qui n'est pas indemne de difficultés psychologiques. Globalement, la majeure partie des anciens patients sont en bonne santé psychique et se déclarent satisfaits de leur vie [117], malgré l'importance des séquelles physiques, pour trois quarts d'entre eux les répercussions sur leur entourage et pour un tiers la crainte de la rechute. Entre 5 et 20 % des patients et 10 à 30 % de leurs parents présentent cependant des symptômes d'allure post-traumatique [104] ainsi que différentes problématiques psychosociales [35]. Certains facteurs prédictifs de troubles psychologiques, de troubles neurocognitifs et d'une moins bonne qualité de vie sont connus : le sexe féminin, un faible niveau d'éducation, les célibataires, les sujets sans activité professionnelle, ceux qui présentent un problème de santé majeur et enfin ceux dont le traitement a comporté une irradiation et/ou chirurgie encéphalique, particulièrement à risque du fait notamment des troubles neurocognitifs fréquents qui limitent la réussite scolaire et l'intégration socioprofessionnelle [116].

Tout cela implique pour les professionnels soignants une attention, une disponibilité et une offre de soin psychique qui perdure bien après la fin des traitements, car les difficultés peuvent émerger très à distance de la survenue du cancer [101]. Du fait de l'impossibilité d'identifier à coup sûr des jeunes patients à risque de troubles psychologiques ultérieurs, une vigilance continue et prolongée s'impose. Il est donc important que les équipes pédiatriques et/ou de médecine adulte qui assurent le suivi médical à long terme de ces jeunes gens puissent bénéficier de la possibilité de faire appel à des collègues psychologues et psychiatres de confiance, disponibles et formés aux spécificités somatiques et psychiques de l'après-cancer chez l'enfant et l'adolescent [110]. Ces professionnels devront être disponibles en dehors des lieux d'hospitalisation initiaux. Les patients et leur famille devront être informés de cette possibilité de recours, même à distance de la maladie. L'attention devra être portée au patient mais aussi à l'ensemble du groupe familial, en particulier les parents et la fratrie, qui eux aussi peuvent présenter des difficultés psychiques. Lors de la surveillance de l'après-traitement, la transition vers le suivi médical à l'âge adulte doit faire l'objet d'une attention particulière, en étant conscient des enjeux de la séparation d'avec la pédiatrie qu'elle implique. Enfin, de façon préventive, il faut souligner la nécessité de la réexpliquer régulièrement à l'enfant qui grandit, à l'adolescent puis au jeune adulte l'histoire médicale et les enjeux de la surveillance médicale.

L'après-cancer et les proches

Face aux bouleversements émotionnels, fonctionnels et communicationnels induits par la maladie, le patient peut présenter des difficultés à se réinscrire dans le quotidien, dans ses responsabilités et investissements antérieurs, à retrouver sa place dans ses relations personnelles, la dynamique et les projets familiaux, les rôles parentaux et conjugaux, et les repères socioprofessionnels. La persistance de l'interdépendance, voire de la surprotection par l'entourage, et la rigidification des fonctionnements familiaux peuvent entraver la redistribution des places de chacun et figer les cycles de vie de la famille. À l'inverse, l'entourage peut se décentrer, laissant émerger des décalages entre des proches qui aspirent à un « retour à la normale », et un patient encore sujet aux effets (physiques et psychiques) différés de la maladie et des traitements, avec un vécu d'isolement, voire un retrait relationnel ou une rupture sociale.

L'adaptation sociofamiliale des patients est liée négativement à certains antécédents (dépression), à des facteurs somatiques (séquelles physiques, difficultés sexuelles) ou encore au jeune âge [28,71] ainsi qu'à la qualité du support social [71]. Les capacités d'adaptation familiale sont également fortement corrélées au fonctionnement antérieur : cohésion, capacités d'adaptation, type de communication intrafamiliale, niveau de conflit familial et éventuels problèmes conjugaux ou sexuels préexistants [73]. Elle est également impactée par l'existence de troubles psychiques, voire psychiatriques des patients :

- la détresse et la dépression influent sur les interactions et la communication, le fonctionnement conjugal et la parentalité [71,93] ;
- la peur de la récurrence et le syndrome de Damoclès (42 à 89 % des patients selon les études) sont associés à une qualité de vie moindre et à la majoration de la détresse pour le patient comme pour ses proches [70]. Un faible niveau de support social ou de soutien familial, ainsi que des antécédents de dépression et de trauma constituent par ailleurs des facteurs de risque de stress post-traumatique [99] ;
- le syndrome de Lazare par définition affecte la reprise des investissements et des places.

La mesure de l'impact du cancer sur les proches souligne la nécessité de reconsidérer, au-delà de leur rôle d'aidant, leur vécu, leur détresse et leurs besoins spécifiques. La vulnérabilité psychique est majorée lorsque le proche est une femme, qu'il est lui-même malade, et qu'il présente des antécédents psychiatriques [82]. La qualité de vie et l'adaptation psycho-sociale des proches dans l'après-cancer sont associées à la qualité de la relation et de la communication conjugales [100], au type de fonctionnement familial et à la qualité du support social [42]. Les auteurs démontrent une corrélation entre la qualité de vie du patient et de son conjoint [71], ainsi qu'une influence mutuelle [39] concernant la détresse, l'anxiété, la peur de la récurrence et la satisfaction maritale et sexuelle [70]. La phase de rémission est en règle générale associée à un renforcement conjugal, toutefois dépendant de différents paramètres tels que l'âge du malade, le type de cancer et de séquelles, le type d'informations médicales reçues et l'accès au soutien psychologique durant la maladie [83].

L'impact psychique du cancer parental sur l'enfant et l'adolescent est l'un des enjeux sensibles des développements de la psycho-oncologie : 25 à 30 % des femmes diagnostiquées avec un cancer du sein ont au moins un enfant ou adolescent vivant à domicile [26]. Les résultats des études restent toutefois insuffisants et contradictoires quant à la symptomatologie. Les auteurs s'entendent cependant sur le constat d'un retentissement psychique plus marqué pour les adolescentes dont la mère est atteinte d'un cancer féminin, avec une perception accrue de leur propre risque à l'âge adulte [77,103]. Le soutien social et parental est protecteur des états de stress post-traumatique chez l'enfant [111], et son adaptation est étroitement associée au fonctionnement psychologique des parents, à la satisfaction conjugale, à la communication intrafamiliale et aux informations délivrées [105]. Des données sur le développement au long cours des enfants de parents atteints de cancer et les particularités de l'après-cancer restent cependant nécessaires.

Le développement des consultations d'oncogénétique soulève par ailleurs la question de la communication familiale et de l'accompagnement psychologique requis. Si les recherches actuelles révèlent que la consultation d'oncogénétique n'a qu'un faible retentissement psychique à court ou moyen terme, nous devons néanmoins être attentifs aux effets sur la perception du risque et la surveillance, et aux répercussions qui peuvent se manifester à distance de la réalisation du test, chez le patient comme chez les apparentés : angoisse, culpabilité, vulnérabilité, incertitude, difficulté à mettre des projets en œuvre. Le besoin de soutien psychologique pourrait ainsi concerner 13 à 41 % des personnes en posttest [59].

L'évaluation du contexte sociofamilial des patients (nature de la structure familiale, fonctionnement et communication, problématiques familiales associées, niveau de soutien social) doit être systématisée pendant la maladie mais aussi durant les consultations de surveillance. Le retentissement relationnel et sociofamilial dans l'après-cancer doit être également évalué. La période de l'après-cancer peut être le moment de compléter l'aide reçue ou de la mettre en place si cela n'a pu être réalisé durant les traitements. Une intervention psychologique précoce est indiquée lorsque des facteurs de risque pour le fonctionnement familial sont identifiés (isolement social, patients jeunes, antécédents de dépression, troubles psychiques du patient, difficultés à réinvestir les places familiales et sociales, difficultés de communication...). Des approches individuelles ou groupales — groupes de patients ou groupes d'enfants — peuvent être proposées. La littérature commence également à mettre en évidence l'intérêt des approches familiales et systémiques [75] afin de mobiliser les ressources familiales. Des recherches doivent être poursuivies pour une meilleure identification des troubles, en particulier de façon longitudinale et prospective, et pour définir les modalités d'interventions psychologiques les plus adaptées pour le patient et ses proches dans les contextes de séquelles familiales.

Efficacité des prises en charge psychologiques et psychiatriques dans l'après-cancer et modalités selon lesquelles elles pourraient être appliquées

Des prises en charge psychologiques et psychiatriques dans l'après-cancer sont donc nécessaires. Les interventions psychothérapeutiques pour les patients atteints de cancer ont été développées à partir des cadres théoriques dominants actuels: l'approche psychodynamique et l'approche cognitivocomportementale et ses dérivés (TCC, thérapies de pleine conscience, psychoéducationnelle, etc.), majoritaire dans les pays anglo-saxons mais se développant de plus en plus en France.

L'accès à une intervention psychologique ou psychiatrique dans l'après-cancer est parfois difficile. Certaines raisons sont liées aux patients eux-mêmes : difficulté à identifier la souffrance psychique ou réticence à la reconnaître, difficulté à débiter une prise en charge psychologique alors même que les traitements du cancer sont terminés. Certaines sont liées à une offre de soins insuffisante en psychologue ou en psychiatre pour le suivi de l'après-cancer, qui peut limiter la possibilité de psychothérapies, notamment pour les psychothérapies longues, pour réserver une disponibilité pour les nouveaux patients. La disponibilité des structures libérales est souvent réduite, difficile d'accès financièrement, et surtout sans lien avec la prise en charge oncologique, ce qui est à l'inverse des principes même d'un suivi psychooncologique. Le développement de prises en charge psychologiques dans les réseaux de cancérologie représente une voie prometteuse, sous réserve de la qualité des liens et des échanges entre acteurs du soin psychique et de la prise en charge oncologique. Enfin, l'accès à une intervention psychologique dépend de la sensibilité des cancérologues référents à dépister la détresse émotionnelle lors des consultations de surveillance et à orienter les patients qui en ont besoin vers un soin psychique spécialisé.

L'évaluation de l'efficacité des psychothérapies est complexe, mais non propre à la cancérologie. Il est nécessaire aujourd'hui de dépasser les positions subjectives des cliniciens et d'utiliser des critères d'évaluation opposables pour comparer l'efficacité des psychothérapies (TCC et psychodynamiques) [27]. Les études quantitatives ne concernent que les TCC et leurs dérivés, notamment les thérapies psychoéducationnelles. Elles concernent de petits groupes, pour la plupart des

patientes atteintes de cancer du sein [17], et sont très disparates quant à la modalité d'intervention psychologique allant de quelques séances psychoéducatives, en passant par les thérapies dites « de pleine conscience », jusqu'à des TCC plus classiques. Plusieurs études ont montré un effet bénéfique sur l'adaptation et la qualité de vie (diminution de l'anxiété, de la dépression, de la détresse émotionnelle, etc.) [4,37]. L'efficacité des TCC apparaît meilleure à court terme sur la détresse psychologique [50], mais pourrait persister à long terme sur la qualité de vie [17]. Les méta-analyses soulignent le manque d'homogénéité des études (qualité de la revue, type de traitement, dosage, qualité du thérapeute, devenir psychologique à l'issue de l'intervention psychologique, variations dans l'évaluation de la détresse émotionnelle qui a motivé l'intervention psychologique [62]). Il reste difficile aujourd'hui de proposer des recommandations pour telle ou telle intervention de type cognitivocomportemental [37,62,65].

L'évaluation des psychothérapies psychanalytiques n'est pas quantitative. L'efficacité n'est donc pas démontrée, mais argumentée à travers l'étude de cas singuliers (modèle de la cure-type, inventée par Freud et ses successeurs). Mieux synthétiser les spécificités de ces approches en psychooncologie, en créant des modèles de type méta-analyses qualitatives de cas cliniques, serait nécessaire, mais là encore les méthodes et les références utilisées sont diverses, insuffisamment décrites et encore mal comparables. Des études qualitatives et quantitatives d'efficacité des psychothérapies psychodynamiques en psycho-oncologie sont cependant possibles et doivent être encouragées [7,84].

Retenons des données actuelles qu'elles permettent de conclure à l'efficacité des interventions psychologiques dès lors que l'intensité de la détresse est élevée (l'anxiété et surtout la dépression) [37,62]. L'orientation de tel ou tel type de trouble (dépressif, anxieux, sexuel...) vers tel ou tel type de psychothérapie (cognitivocomportementale ou psychodynamique, brève ou prolongée, systématisée ou non...) est encore mal déterminée [7,84]². En tout état de cause, les particularités tant de la détresse psychologique en cancérologie que des soins psychiques en eux-mêmes ne permettent pas de subordonner l'offre de soins en psycho-oncologie à la seule preuve scientifique sur les standards de l'evidence-based medicine.

Quant aux approches groupales, elles peuvent être de différentes références théoriques et permettent de partager des émotions et des expériences relatives à la maladie. Les mécanismes d'imitation et d'identification et la rencontre de patients et d'anciens patients peuvent soutenir l'ajustement psychosocial des patients dans l'après-cancer : par exemple pour des femmes ayant dû subir une mastectomie, la démarche vers une reconstruction mammaire se trouverait soutenue par celles ayant déjà bénéficié de la chirurgie réparatrice [63].

Un impact des prises en charge psychothérapeutiques sur la survie des patients (comparaison du nombre de décès de patients ayant bénéficié ou non d'intervention psychologique) a été souvent recherché mais rarement mis en évidence [94], et les mécanismes en restent complexes (prises en charge psychothérapeutiques associant par exemple conseils d'hygiène de vie et éducation à l'observance). Certaines études ont cherché à explorer les possibles mécanismes neuroendocrino-immunologiques en cause, par l'analyse de variables biologiques (cortisol et lymphocytes T par exemple) [41,52]. L'avenir des recherches sur l'efficacité des interventions psychologiques se situe dans la découverte de modèles « complexes » reliant tous ces niveaux explicatifs.

Des études spécifiquement ciblées sur l'après-cancer restent à mener, qui devront tenir compte de deux facteurs essentiels pour assurer la replicabilité des résultats : tenir compte de l'ambivalence, de l'assiduité des patients à l'égard de la thérapie, et inclure dans leurs critères d'éligibilité des patients en situation d'anxiété et/ou de dépression significative (actuellement dans 95 % des études, les interventions sont proposées à des patients tout-venant, ce qui limite l'effet observé et ne permet pas de généraliser leurs résultats).

Les prises en charge psychothérapeutiques et psychiatriques permettent de réduire la détresse émotionnelle et d'améliorer la qualité de vie. Elles doivent être réservées aux patients les plus en difficulté, ce qui implique leur dépistage et une orientation adaptée vers une intervention psychologique. Dans l'après-cancer, où le suivi est ambulatoire, ce dépistage repose forcément sur les équipes médicales ou sur la systématisation de consultations psychologiques. La proposition systématique d'une consultation psychologique au début de la phase de surveillance permettrait d'optimiser ce repérage et de s'assurer d'une bonne connaissance par le patient d'une offre de soins qu'il restera libre d'accepter. La bonne connaissance par les thérapeutes des particularités de ces patients oncologiques et leurs liens avec la prise en charge médicale sont indispensables.

Recommandations et perspectives

Les troubles émotionnels, psychologiques et psychiatriques de l'après-cancer sont associés à une moins bonne qualité de vie, à une moindre satisfaction par rapport aux soins, à une augmentation du risque de non-observance des traitements, à un risque d'inégalités d'accès aux soins, et en particulier aux soins de réhabilitation de l'après-cancer (activité physique par exemple)... Aborder l'après-cancer représente un réel travail psychique, et les difficultés, tant somatiques que psychiques, peuvent émerger très à distance de la survenue du cancer, notamment chez l'enfant ou l'adulte jeune. Cette période doit être abordée comme une phase de transition et implique pour les professionnels soignants une attention, une disponibilité et une offre de soin psychique qui perdure bien après la fin des traitements. Les recommandations qui suivent et concluent ce travail collectif visent à aider à organiser une offre de soins adaptée à ses particularités.

2 Nous invitons le lecteur à se reporter aussi aux deux dossiers publiés dans la revue *Psycho-Oncologie* : *Psycho-Oncologie* (2010) *Psychothérapie des patients atteints de cancer*. *Psycho-Oncol.* 4(3): 143–198 ; *Psycho-Oncologie* (2012) *Psychothérapie des patients atteints de cancer -Dossier 2*. *Psycho-Oncol.* 6(2): 61–107.

Première recommandation

L'évaluation régulière de l'état psychologique des patients qui doit être réalisée tout au long de la maladie reste nécessaire dans la phase d'après-cancer, et intégrée dans la prise en charge globale réalisée par l'équipe oncologique hospitalière, comme par celle des acteurs de soins de ville. Elle permet d'orienter les patients vers une évaluation psychologique ou psychiatrique spécialisée lorsqu'elle est nécessaire.

Deuxième recommandation

Cette évaluation systématique brève de l'état émotionnel s'intègre dans l'évaluation globale des besoins en soins de support et peut reposer sur des questions ouvertes brèves et/ou l'utilisation d'une échelle d'évaluation émotionnelle (exemple : HADS). Elle intègre une exploration brève du contexte familial, notamment lorsqu'il existe de jeunes enfants.

Cette évaluation non spécialisée est indispensable devant tout symptôme physique assez sévère pour impacter le quotidien (exemple : douleur, fatigue), ou fortement déterminé par les possibilités d'adaptation psychologique (exemple : difficultés de l'image corporelle, troubles sexuels, troubles cognitifs).

Troisième recommandation

Une évaluation spécialisée par un psychologue ou un psychiatre est nécessaire et doit être recherchée :

- devant toute symptomatologie émotionnelle durable (exemple : humeur dépressive) ou itérative (exemple : anxiété) ;
- devant tout symptôme fonctionnel persistant (fatigue, douleur, autres symptômes...);
- devant toute plainte cognitive ;
- devant toute difficulté familiale sévère ou difficulté de reprise des rôles sociaux et professionnels.

Quatrième recommandation

L'anticipation des difficultés de l'après-cancer est possible et nécessaire : l'état psychologique et la qualité de vie dans l'après-cancer sont liés à l'état psychologique et à la qualité de vie au début de la maladie et pendant les traitements. Des facteurs prédictifs sont connus et doivent être recherchés :

- sexe féminin ;
- âge inférieur à 50 ans ;
- isolement social, faible soutien social ;
- faible niveau socio-économique ;
- comorbidités médicales et psychiatriques ;
- séquelles physiques ;
- symptômes non contrôlés et besoins psychosociaux non satisfaits durant les traitements ;
- détresse émotionnelle au début de la prise en charge et durant les traitements.

Cinquième recommandation

Des soins psychiques (prises en charge psychothérapeutiques et/ou médicamenteuses) ont globalement montré leur efficacité sur l'état émotionnel et la qualité de vie des patients. Ils doivent rester accessibles dans l'après-cancer, et proposés en priorité aux patients dont le niveau de détresse et de souffrance psychologique est élevé.

Ils peuvent s'inscrire dans des programmes pluridisciplinaires associant les soins psychiques à d'autres soins de support (prise en charge diététique, activité physique...).

Les données restent aujourd'hui insuffisantes concernant leur organisation (méthodes, intervenants, moment d'intervention, durée...).

Sixième recommandation

Les prises en charge psychologiques peuvent être nécessaires dans le long terme (exemple : impact sur la fertilité et la sexualité, prise en charge des enfants et adolescents à l'âge adulte, prise en charge de l'impact familial...). L'organisation des soins doit permettre et faciliter la mise en continuité de ces prises en charge, en particulier par la prolongation de l'accès aux soins dans l'après-cancer.

Septième recommandation

La prise en charge globale est pluridisciplinaire et doit permettre l'intégration des 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 (exemple : prise en charge de la fatigue, de l'angoisse de récurrence des difficultés sexuelles posttraitement).

L'organisation des soins doit veiller à cette intégration, en particulier dans le maillage ville/hôpital (qualité des transmissions).

Huitième recommandation

La proposition d'une consultation psychologique doit être intégrée dans le dispositif du programme personnalisé de l'après-cancer. Elle doit pouvoir être suivie d'un programme de soins psychiques effectif s'il est nécessaire, ce qui suppose une

organisation des soins capable de l'assurer (maillage des soins ville/hôpital garantissant l'accessibilité géographique et financière et la continuité).

Elle favorise l'accès aux autres soins de support.

Perspectives de recherche

Les données de la littérature sont aujourd'hui insuffisantes et des recherches doivent être soutenues, en particulier des études d'évaluation de type longitudinal ou de cohortes qui permettront une meilleure connaissance des longs survivants et la détermination de groupes à risque. La structuration et l'évaluation de modèles de prises en charge de l'après-cancer sont également nécessaires : prises en charge psychothérapeutiques et médicamenteuses, prise en charge multidisciplinaire des symptômes physiques, réhabilitation cognitive. Ces recherches doivent tenir compte des attentes des patients, de leurs motivations et intégrer les spécificités de la pathologie cancéreuse comme les particularités psychiques des patients. Elles gagneront à s'intégrer dans une perspective somatique et sociale globale, y compris en termes d'aspect médicoéconomique, comme par exemple l'étude de l'impact sur la réhabilitation sociale et professionnelle des prises en charge psychologiques ou psychiatriques réalisées pendant ou après la maladie.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Références

- 1 Abbott-Anderson K, Kwakkeboom KL (2012) A systematic review of sexual concerns reported by gynecological cancer survivors. *Gynecol Oncol* 124(3):477–89
- 2 AFSOS Référentiel interrégional (2010) Cancer et fatigue
- 3 Alderfer MA, Navsaria N, Kazak AE (2009) Family functioning and posttraumatic stress disorder in adolescent survivors of childhood cancer. *J Fam Psychol* 23(5):717–25
- 4 Alfano CM, Rowland JH (2006) Recovery issues in cancer survivorship: a new challenge for supportive care. *Cancer J* 12 (5):432–43
- 5 Annunziata MA, Giovannini L, Muzzatti B (2012) Assessing the body image: relevance, application and instruments for oncological settings. *Support Care Cancer* 20:901–7
- 6 Armes J, Crowe M, Colbourne L, et al (2009) Patients' supportive care needs beyond the end of cancer treatment: a prospective, longitudinal survey. *J Clin Oncol* 27(36):6172–9
- 7 Bacqué M-F. (2010) Complexité des psychothérapies et de la recherche clinique dans les service d'oncologie. *Psycho-Oncol.* 4(3): 143–47
- 8 Baker F, Denniston M, Smith T, et al (2005) Adult cancer survivors: how are they facing? *Cancer* 104 (11 Suppl):2565–76
- 9 Bender JL, Wiljer D, To MJ, et al (2012) Testicular cancer survivors' supportive care needs and use of online support: a cross-sectional survey. *Support Care Cancer*. doi: 10.1007/s00520-012-1395-x
- 10 Bogner HR, Morales KH, de Vries HF, Cappola AR (2012) Integrated management of type 2 diabetes mellitus and depression treatment to improve medication adherence: a randomized controlled trial. *Ann Fam Med* 10(1):15–22
- 11 Brédart A, Dolbeault S, Savignoni A, et al (2011) Prevalence and associated factors of sexual problems after early-stage breast cancer treatment: results of a French exploratory survey. *Psycho-Oncology* 20(8):841–50
- 12 Bridoy M, Fossa SD, Klepp O, et al (2005) Paternity following treatment for testicular cancer. *J Natl Cancer Inst* 97:1580–8
- 13 Carter J, Rowland K, Chi D, et al (2005) Gynecologic cancer treatment and the impact of cancer-related infertility. *Gynecol Oncol* 97:90–5
- 14 Cantarero-Villanueva I, Fernández-Lao C, Fernández-DE-Las-Peñas C, et al (2011) Associations among musculoskeletal impairments, depression, body image and fatigue in breast cancer survivors within the first year after treatment. *Eur J Cancer Care* 20(5):632–9
- 15 Charles C, Dauchy S (2011) Étudier l'image du corps en oncologie : un point sur la méthodologie de recherche. *Bull Cancer* 98:1209–20
- 16 Clough-Gorr KM, Ganz PA, Silliman RA (2007) Older breast cancer survivors: factors associated with change in emotional well-being. *J Clin Oncol* 25 (11):1334–40
- 17 Dauchy S, Barruel F, Dolbeault S, et al (2009) Dépression et cancer du sein. Recommandations pour la pratique clinique : Nice–Saint-Paul-de-Vence, « cancers du sein et soins de support » *Oncologie Partie II – Soins de support*. *Oncologie* 11(12):747–71. Springer, Paris
- 18 Delage M, Zucker JM (2009) Qu'en est-il du sentiment de guérison chez le jeune adulte atteint d'un cancer dans l'enfance ou dans l'adolescence ? *Psycho-Oncologie* 3(4):226–31
- 19 Den Heijer M, Seynaeve C, Timman R, et al (2012) Body image and psychosocial distress after prophylactic mastectomy and breast reconstruction in genetically predisposed women: a prospective long-term follow-up study. *Eur J Cancer* 48:1263–8
- 20 Dickens C (2003) Impact of depression on experimental pain perception: a systematic review of the literature with meta-analysis. *Psychosom Med* 65(3):363–75
- 21 DiMatteo MR, Haskard KB, Williams SL (2007) Health beliefs, disease severity, and patient adherence: a meta-analysis. *Med Care* 45(6):521–8
- 22 DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW (2000) Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: metaanalysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med* 160(14):2101–7
- 23 Duffner PK (2010) Risk factors for cognitive decline in children treated for brain tumors. *Eur J Paediatr Neurol* 14(2):106–15
- 24 Eliasson L, Clifford S, Barber N, Marin D (2011) Exploring chronic myeloid leukemia patients' reasons for not adhering to the oral anticancer drug imatinib as prescribed. *Leuk Res* 35(5):626–30
- 25 Falk Dahl CA, Reinertsen KV, Nesvold IL, et al (2010) A study of body image in long-term breast cancer survivors. *Cancer* 116 (15):3549–57
- 26 Faulkner RA, Davey M (2002) Children and adolescents of cancer patients: the impact of cancer on the family. *Am J Fam Ther* 1:63–72
- 27 Fishman G (2009) L'évaluation des psychothérapies et de la psychanalyse. Fondements et enjeux. Masson, Paris
- 28 Ganz PA, Coscarelli A, Fred C, et al (1996) Breast cancer survivors: psychosocial concerns and quality of life. *Breast Cancer Res Treat* 38(2):183–99
- 29 Gartner R, Jensen MB, Nielsen J, et al (2009) Prevalence and factors associated with persistent pain following breast cancer surgery. *JAMA* 302:1985–92

- 30 Gatta G, Zigon G, Capocaccia R, et al (2009) Survival of European children and young adult with cancer diagnosed 1995–2002. *Eur J Cancer* 45(6):992–1005
- 31 Gehring K, Roukema JA, Sitskoorn MM (2012) Review of recent studies on interventions for cognitive deficits in patients with cancer. *Expert Rev Anticancer Ther* 12(2):255–69
- 32 Goldstein D (2012) Cancer related fatigue in women with breast cancer: outcomes of a 5-year prospective cohort study. *J Clin Oncol* 30(15):1805–12
- 33 Gordon NH, Siminoff LA (2010) Measuring quality of life of long-term breast cancer survivors: the Long Term Quality of Life-Breast Cancer (LTQOL-BC) Scale. *J Psychosoc Oncol* 28 (6):589–609
- 34 Grenard JL, Munjas BA, Adams JL, et al (2011) Depression and medication adherence in the treatment of chronic diseases in the United States: a meta-analysis. *J Gen Intern Med* 26(10):1175–82
- 35 Gurney JG, Krull KR, Kadan-Lottick N, et al (2009) Social outcomes in the Childhood Cancer Survivor Study cohort. *J Clin Oncol* 27(14):2390–5
- 36 Hannoun-Levi JM (2005) Traitement du cancer du sein et de l'utérus : impact physiologique et psychologique sur la fonction sexuelle. *Cancer/Radiothérapie* 9(3):175–82
- 37 Heron-Speirs HA, Harvey ST, Baken DM (2012) Moderators of psycho-oncology therapy effectiveness: addressing design variable confounds in meta-analysis. *Clin Psychol: Sci Pract* 19(1):49–71
- 38 Hershman DL, Shao T, Kushi LH, et al (2011) Early discontinuation and non-adherence to adjuvant hormonal therapy are associated with increased mortality in women with breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 126(2):529–37
- 39 Hodges LJ, Humphris GM, Macfarlane G (2005) A meta-analytic investigation of the relationship between the psychological distress of cancer patients and their carers. *Soc Sci Med* 60:1–12
- 40 Hodgkinson K, Butow P, Hunt GE, et al (2007) Breast cancer survivors' supportive care needs 2–10 years after diagnosis. *Support Care Cancer* 15(5):515–23
- 41 Hsiao FH, Jow GM, Kuo WH, et al (2012) The effects of psychotherapy on psychological well-being and diurnal cortisol patterns in breast cancer survivors. *Psychother Psychosom* 81 (3):173–82
- 42 Huizinga GA, Visser A, van der Graaf WTA, et al (2005) The quality of communication between parents and adolescent children in the case of parental cancer. *Ann Oncol* 16:1956–61
- 43 Hutchinson AD, Hosking JR, Kichenadase G, et al (2012) Objective and subjective cognitive impairment following chemotherapy for cancer: a systematic review. *Cancer Treat Rev* 38(7): 926–34
- 44 Ibrahim AR, Eliasson L, Apperley JF, et al (2011) Poor adherence is the main reason for loss of CCyR and imatinib failure for chronic myeloid leukemia patients on long-term therapy. *Blood* 117(14):3733–6
- 45 Inagaki T, Yasukawa R, Okazaki S, et al (2006) Factors disturbing treatment for cancer in patients with schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci* 60(3):327–31
- 46 INCa (2010) Dossier « Douleur et Cancer ». <http://www.e-cancer.fr>
- 47 Jims HS, Andrykowski MA, Munster PN, et al (2007) Physical symptoms/side effects during breast cancer treatment predict posttreatment distress. *Ann Behav Med* 34 (2):200–8
- 48 Joly F, Rigal O, Noal S, Giffard B (2011) Cognitive dysfunction and cancer: which consequences in terms of disease management? *Psycho-Oncology* 20(12):1251–8
- 49 Katon WJ (2011) Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. *Dialogues Clin Neurosci* 13(1):7–23
- 50 Kissane DW, Grabsch B, Clarke DM, et al (2004) Supportive-expressive group therapy: the transformation of existential ambivalence into creative living while enhancing adherence to anticancer therapies. *Psycho-Oncology* 13(11):755–68
- 51 Kissane D (2009) Beyond the psychotherapy and survival debate: the challenge of social disparity, depression and treatment adherence in psychosocial cancer care. *Psycho-Oncology* 18(1):1–5
- 52 Klinkhammer-Schalke M, Koller M, Steinger B, et al (2012) Direct improvement of quality of life using a tailored quality of life diagnosis and therapy pathway: randomised trial in 200 women with breast cancer. *Br J Cancer* 106(5):826–38
- 53 Korfage IJ, Essink-Bot ML, Mols F, et al (2009) Health-related quality of life in cervical cancer survivors: a population-based survey. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 73(5):1501–9
- 54 Kornblith AB (1998) Psychosocial adaptation of cancer survivors. In: Holland JC, Breitbart W, Jacobsen PB, et al (eds) *Psycho-Oncology*. Oxford University Press, New York, NY, pp 223–4
- 55 Kroenke K (2010) The Association of Depression and Pain with Health-Related Quality of Life, Disability, and Health Care Use in Cancer Patients. *J Pain Symptom Manage* 40 (3):327–41
- 56 Kuhl EA, Fauerbach JA, Bush DE, Ziegelstein RC (2009) Relation of anxiety and adherence to risk-reducing recommendations following myocardial infarction. *Am J Cardiol* 103(12):1629–34
- 57 Kunkel EJ, Woods CM, Rodgers C, Myers RE (1997) Consultations for “maladaptive denial of illness” in patients with cancer: psychiatric disorders that result in noncompliance. *Psycho-Oncology* 6(2):139–49
- 58 Labreze L (2007) Prise en charge du syndrome douloureux postmastectomie : revue de littérature pour des recommandations de bonnes pratiques. *Bull Cancer* 94(3):275–85
- 59 Léger I, Dauchy S, Chompret A (2006) Place du psycho-oncologue dans la démarche oncogénétique : accompagnement de la phase de réalisation du test génétique. *Rev Fr Psycho-oncol* 1:51–6
- 60 Lelorain S, Tessier P, Florin A, Bonnaud-Antignac A (2011) Predicting mental quality of life in breast cancer survivors using comparison participants. *J Psychosoc Oncol* 29(4):430–49
- 61 Linch DC, Gosden RG, Tulandi T, et al (2000) Hodgkin's Lymphoma: choice of therapy and late complications. *Hematology (Am Soc Hematol Educ Program)*:205–21
- 62 Linden W, Girgis A (2012) Psychological treatment outcomes for cancer patients: what do meta-analyses tell us about distress reduction? *Psycho-Oncology* 21(4):343–50
- 63 Machavoine JL (2010) Groupes de malades en psycho-oncologie : éléments historiques, cliniques et pratiques. *Psycho-Oncologie* 4:190–8
- 64 Mancini J, Rey D, Préau M (2008) Les impacts des traitements cancéreux sur la fertilité et les projets parentaux. La vie deux ans après le diagnostic de cancer. La Documentation française, Paris, pp 311–9

- 65 Manne SL, Andrykowski MA (2006) Are psychological interventions effective and accepted by cancer patients? II. Using empirically supported therapy guidelines to decide. *Ann Behav Med* 32 (2):98–103
- 66 Marin D, Bazeos A, Mahon FX, et al (2010) Adherence is the critical factor for achieving molecular responses in patients with chronic myeloid leukemia who achieve complete cytogenetic responses on imatinib. *J Clin Oncol* 28(14):2381–8
- 67 Martin LR, Williams SL, Haskard KB, Dimatteo MR (2005) The challenge of patient adherence. *Ther Clin Risk Manag* 1(3):189–99
- 68 McDowell ME, Occhipinti S, Ferguson M, et al (2010) Predictors of change in unmet supportive care needs in cancer. *Psycho-Oncology* 19(5):508–16
- 69 Mehnert A, Scherwath A, Schirmer L, et al (2007) The association between neuropsychological impairment, self-perceived cognitive deficits, fatigue and health related quality of life in breast cancer survivors following standard adjuvant versus highdose chemotherapy. *Patient Educ Couns* 66(1):108–18
- 70 Mellon S, Kershaw TS, Northouse LL, Freeman-Gibb L (2007) A family-based model to predict fear of recurrence for cancer survivors and their caregivers. *Psycho-Oncology* 16:214–23
- 71 Mellon S, Northouse LL, Weiss LK (2006) A population-based study of the quality of life of cancer survivors and their family caregivers. *Cancer Nurs* 29:120–31
- 72 Minton O, Richardson A, Sharpe M, et al (2010) Drug therapy for the management of cancer-related fatigue. *Cochrane Database Syst Rev*;7:CD006704
- 73 Mosher CA, Sharon Danoff-Burg S (2005) Psychosocial impact of parental cancer in adulthood: a conceptual and empirical review. *Clin Psychol Rev* 25:365–82
- 74 National Comprehensive Cancer Network (NCCN) (2010) Cancer-related fatigue. http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp
- 75 Niemla M, Hakko H, Rasanen S (2010) A systematic narrative review of the studies on structured child-centered interventions for families with a parent with cancer. *Psycho-Oncology* 19:451–61
- 76 Oppenheim D (2004) Grandir avec un cancer. L'expérience vécue par l'enfant et l'adolescent. Coll de l'Oxalis, éd. De Boeck
- 77 Osborn T (2007) The psychosocial impact of parental cancer on children and adolescents: a systematic review. *Psycho-Oncology* 16:101–26
- 78 Palmer SC, Kagee A, Coyne JC, De Michele A (2004) Experience of trauma, distress, and posttraumatic stress disorder among breast cancer patients. *Psychosom Med* 66:258–64
- 79 Partridge AH, Gelber S, Peppercorn J, et al (2004) Web-based survey of fertility issues in young women with breast cancer. *J Clin Oncol* 22:4174–83
- 80 Pauwels EE, Charlier C, De Bourdeaudhuij I, et al (2011) Care needs after primary breast cancer treatment. Survivors' associated sociodemographic and medical characteristics. *Psycho-Oncology* doi:10.1002/pon.2069
- 81 Pein F (2009) La consultation SALTO-H ou la « consultation de guérison ». *Oncomagazine* 3(3):8–9
- 82 Pitceathly C, Maguire P (2003) The psychological impact of cancer on patients' partners and other key relatives: a review. *Eur J Cancer* 39(11):1517–24
- 83 Préau M, Bouhnik AD, Mancini J, Rey D (2008) Les difficultés sexuelles à la suite de la maladie et des traitements. La vie deux ans après le diagnostic de cancer. La Documentation française, Paris, pp 299–310
- 84 Pucheu S. (2010) Psychothérapies en oncologie hospitalière : cadres, références et pratiques. *Psycho-Oncol.* 4(3): 151–58
- 85 Quintard B, Lakdja F (2008) Assessing the effect of beauty treatments on psychological distress, body image, and coping: a longitudinal study of patients undergoing surgical procedures for breast cancer. *Psycho-Oncology* 17(10):1032–8
- 86 Rasmussen HN, Wrosch C, Scheier MF (2006) Self-regulation processes and health: the importance of optimism and goal adjustment. *J Pers* 74(6):1721–47
- 87 Reich M, Gaudron C (2009) Characteristic and management of the psychotic patient in oncology. *Bull Cancer* 96(2):227–37
- 88 Reich M, Lesur A, Perdrizet-Chevallier C (2008) Depression, quality of life and breast cancer: a review of the literature. *Breast Cancer Res Treat* 110(1):9–17
- 89 Reich M (2010) Depression in oncology. *Cancer Radiother* 14 (6–7):535–8
- 90 Ruddy K, Mayer E, Partridge A (2009) Patient adherence and persistence with oral anticancer treatment. *CA Cancer J Clin* 59 (1):56–66
- 91 Rychetnik L, McCaffery K, Morton R, Irwig L (2012) Psycho-social aspects of post-treatment follow-up for stage I/II melanoma: a systematic review of the literature. *Psycho-Oncology* [cité 2012 juill 12]
- 92 Sandel SL, Judge JO, Landry N, et al (2005) Dance and movement program improves quality-of-life measures in breast cancer survivors. *Cancer Nurs* 28(4):301–9
- 93 Schmitt F, Piha J, Helenius H (2008) Multinational study of cancer patients and their children: factors associated with family functioning. *J Clin Oncol* 26:5877–83
- 94 Schou I, Ekeberg Ø, Ruland CM, et al (2004) Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. *Psycho-Oncology* 13(5):309–20
- 95 Schover LR, Brey K, Litchin A, et al (2002) Oncologists' attitudes and practices regarding banking sperm before cancer treatment. *J Clin Oncol* 20:1890–7
- 96 Schroevers MJ, Kraaij V, Garnefski N (2011) Cancer patients' experience of positive and negative changes due to the illness: relationships with psychological well-being, coping, and goal reengagement. *Psycho-Oncology* 20(2):165–72
- 97 Scott JL, Kayser K (2009) A review of couple-based interventions for enhancing women's sexual adjustment and body image after cancer. *Cancer J* 15(1):48–56
- 98 Seigneur E (2004) La guérison et ses aléas en oncologie pédiatrique : revue de la littérature. *Rev Francoph Psycho-Oncol* 3 (2):83–90
- 99 Smith MY, Redd WH, Peyser C, Vogl D (1999) Post-traumatic stress disorder in cancer: a review. *Psycho-Oncology* 8:521–37
- 100 Song L, Northouse LL, Zhang L, et al (2012) Study of dyadic communication in couples managing prostate cancer: a longitudinal perspective. *Psycho-Oncology* 21:72–81
- 101 Spinetta J, Jankovic M, Masera G, et al (2009) Optimal care for the child with cancer: a summary statement from the SIOP working committee on psychosocial issues in pediatric oncology. *Pediatr Blood Cancer* 52(7):904–7
- 102 Stanton AL, Ganz PA, Rowland JH, et al (2005) Promoting adjustment after treatment for cancer. *Cancer* 104(11 Suppl):2608–13
- 103 Stenberg U, Ruland CM, Miaskowski C (2010) Review of the literature on the effects of caring for a patient with cancer. *Psycho-Oncology*

- 104 Stuber ML, Meeske KA, Krull KR, et al (2010) Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood cancer. *Pediatrics* 125(5):e1121–e34
- 105 Su YH, Ryan-Wenger NA (2007) Children's adjustment to parental cancer: a theoretical model development. *Cancer Nurs* 30(5):362–81
- 106 Surtees PG, Wainwright NW, Khaw KT (2006) Resilience, mis-fortune, and mortality: evidence that sense of coherence is a marker of social stress adaptive capacity. *J Psychosom Res* 61 (2):221–7
- 107 Takahashi M, Kai I (2005) Sexuality after breast cancer treatment. Changes and coping strategies among Japanese survivors. *Soc Sci Med* 61(6):1278–90
- 108 Van den Beuken MHJ (2007) Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Ann Oncol* 18:1437–49
- 109 Vandenbossche S, Fery P, Razavi D (2009) Altérations cognitives et cancer du sein : une revue critique de la littérature. *Bull Cancer* 96(2):239–48
- 110 Wiener L, Oppenheim D, Breyer J, et al (2012) A worldview of the professional experiences and training needs of pediatric psycho-oncologists. *Psycho-Oncology*. doi:10.1002/pon.3064
- 111 Wong ML (2009) Posttraumatic growth and long-term effects of parental cancer in children. *Families systems and health* 27(1): 53–63
- 112 Wu EQ, Johnson S, Beaulieu N, et al (2010) Healthcare resource utilization and costs associated with non-adherence to imatinib treatment in chronic myeloid leukemia patients. *Curr Med Res Opin* 26(1):61–9
- 113 Yang HC, Thornton LM, Shapiro CL, Andersen BL (2008) Surviving recurrence: psychological and quality-of-life recovery. *Cancer* 112(5):1178–87
- 114 Yun LWH, Maravi M, Kobayashi JS, et al (2005) Antidepressant treatment improves adherence to antiretroviral therapy among depressed HIV-infected patients. *J Acquir Immune Defic Syndr* 38(4):432–8
- 115 Zebrack BJ, Casillas J, Nohr L, et al (2004) Fertility issues for young adult survivors of childhood cancer. *Psycho-Oncology* 13 (10):689–99
- 116 Zebrack BJ, Gurney JG, Oeffinger K, et al (2004) Psychological outcomes in long-term survivors of childhood brain cancer: a report from the Childhood Cancer Survivor Study. *J Clin Oncol* 22(6):999–1006
- 117 Zelter LK, Recklitis C, Buchbinder D, et al (2009) Psychological status in childhood cancer survivors: a report from the Childhood Cancer Survivor Study. *J Clin Oncol* 27(14):2396–404