

Abstracts communiqués

« Vivre après un cancer :
Retentissements psychiques de la maladie et des traitements »

MERCREDI 10 OCTOBRE

ATELIERS SFPO

ATELIER 2

MISE EN PLACE DU PLAN PERSONNALISE DE L'APRES CANCER : QUELLE COLLABORATION ENTRE PSYCHO-ONCOLOGUES, MEDECINS ET TRAVAILLEURS SOCIAUX ?

F. Hamdai, Médecin du travail, Le Mans

Un salarié en arrêt maladie suite à un cancer sera probablement arrêté longtemps. Dans un premier temps, la prise en charge médicale sera intense. Vient ensuite le temps de la reprise.

Ce moment peut être redouté par le salarié du fait de son état de santé ou de ses craintes. Elle est pourtant nécessaire non seulement d'un point de vue économique mais surtout d'un point de vue symbolique car elle le repositionne dans la société des bien portants, pour lui-même en premier lieu, mais aussi pour ses collègues et pour l'entreprise.

Cette nécessaire reprise doit pour autant être bien faite et pour ce faire, il faut l'anticiper par des moyens légaux qui nous sont donnés :

- la visite de pré-reprise pendant l'arrêt nous permet de réfléchir et de travailler avec les interlocuteurs de l'entreprise aux préconisations ;
- le mi-temps thérapeutique aménage le temps de travail pour reprendre plus doucement ;
- l'invalidité première catégorie prolonge le mi-temps si besoin (au-delà d'un an) ;
- l'invalidité deuxième catégorie dans certains cas.

Pour que cette reprise soit bien faite, il faut aussi travailler en réseau avec les différents intervenants auprès du patient/salarié (médecin traitant, oncologue, manager). Ce travail en réseau permet d'établir un lien, une écoute et une prise en compte des nécessités des préconisations de chacun.

Elle permet au salarié de se sentir en confiance par ce lieu existant entre les différents interlocuteurs.

Je terminerai mon intervention par mon retour d'expérience après 2 ans d'exercice au sein des MMA.

ATELIER 3

APPROCHES PSYCHOTHERAPIQUES DANS L'APRES CANCER : TRAUMATISME ? VECU DE LA REMISSION ET DU RISQUE DE RECIDIVE.

CLINIQUE DU TEMPS DE L'APRES-CANCER : TEMOIGNAGE D'UNE PRATIQUE DE PSYCHOLOGUE EN SERVICE D'HEMATOLOGIE ADULTE

B. Thomas, Psychologue clinicienne, CHU Angers

« La maladie est aussi une épreuve psychique qui ne disparaît pas avec la fin de la maladie. Ainsi on peut dire qu'on guérit d'une maladie mais pas nécessairement d'avoir été malade. » P. Ben Soussan (1).

Je suis psychologue clinicienne dans le service des Maladies du Sang du Pr Ifrah au CHU d'Angers. Dans le cadre de cette pratique en milieu hospitalier, je suis donc amenée à rencontrer des patients atteints d'hémopathies malignes telles que les leucémies, les lymphomes, les myélomes, les aplasies médullaires... Dans tous les cas, on s'installe dans la durée, la maladie grave est une longue histoire. Le patient est confronté à un travail psychique considérable du fait du caractère potentiellement mortel de l'affection et de la mise à l'épreuve du corps. D'où un travail de mise en mots et d'étayage souvent nécessaire pour que le malade puisse penser ce qui lui arrive.

La rencontre avec le psychologue peut se faire à l'une ou l'autre des phases de la maladie, c'est-à-dire dès la première hospitalisation lors du bilan initial ou à l'annonce du diagnostic jusqu'à après les traitements lorsque le patient est dit "en rémission". C'est de la clinique dans ce temps de "l'après cancer" dont je veux témoigner ici car c'est souvent dans ce moment singulier de leurs parcours de soins que les personnes peuvent signifier un besoin d'écoute et de soutien psychologique : ces patients se demandent pourquoi ils n'arrivent pas à se réjouir de la fin des traitements et à réinvestir leur vie d'avant. Dans ce même temps, certains développeront un syndrome dépressif. Pendant les traitements, souvent toute l'énergie psychique a été mobilisée pour "se battre contre la maladie", le patient veille à ne pas flancher moralement tout en faisant avec ce corps fatigué, éprouvé, malmené voire meurtri chaque jour. Quand je rencontre les patients en consultation après leurs traitements, je suis témoin de ce double décalage : entre le temps de la réalité médicale et le temps psychique du patient, et aussi entre le temps du soigné et celui de ses proches. L'après-cancer laisse souvent le patient dans l'incertitude et le doute quant à l'avenir. Comment vivre cette phase de rémission avec la crainte de la récurrence toujours possible et la présence parfois pesante de cette épée de Damoclès ?

Monsieur F dit "je suis en rémission complète depuis plusieurs mois maintenant mais je n'arrive pas à me sentir guéri et à reprendre une vie normale... je pense toujours au pire, je me torture la tête". Mademoiselle D verbalise ses appréhensions du retour du "mauvais", "tout va trop bien à la maison et ça fait peur, je n'arrive pas à profiter à fond... si ça revenait, ça foutrait tout en l'air". Madame B dira à 8 mois de la fin des traitements, "ça va plutôt bien, c'est moins présent l'idée de la rechute, je me surveille quand même... "Je me touche le cou tout le temps... est-ce que je deviens hypocondriaque? Je m'observe beaucoup, j'angoisse de passer à côté de quelque chose ?". Les patients se sentent aussi en décalage avec leur entourage qui attend souvent d'eux que la vie reprenne son cours normal et que cette page difficile pour tous se tourne vite. Madame B, 57 ans, soignée pour un lymphome

de Hodgkin, verbalise son ressenti deux mois après la fin de ses traitements, "dans mon corps ça va, mais dans ma tête il y a comme un décalage... Autour de moi, tout le monde se réjouit mais moi je ne suis pas encore dans cet esprit-là... je ne peux pas encore passer à autre chose...".

Mais l'après-cancer peut aussi être un temps fécond pour intégrer psychiquement tout ce qui s'est passé pendant les traitements, pour se réapproprier quelque chose de cette expérience et des remaniements engendrés par la maladie. En effet, ce temps peut être un temps de reconstruction créatif, un temps de remise en route des processus psychiques et de restauration narcissique par la parole. Il s'agira alors d'aider le patient à donner ou redonner du sens aux événements dans un parcours de vie : "Un travail de parole peut contribuer à trouver un sentiment profond de guérison et relancer le sujet dans l'histoire d'une vie où le passé même de cancer peut être reconnu et ainsi réellement oublié, mis à distance affective" D.Deschamps (2).

Le patient ne peut échapper aux signifiants "cancer" et "rémission" qui se rappellent à lui de multiples manières. En plus, "il ne s'agit pas de se savoir guéri pour se sentir guéri." Dans cet exposé, je parlerai à partir de situations concrètes d'accompagnement psychologique de patients dans ce temps de rémission, rencontrés dans le cadre de ma pratique en service d'hématologie.

Références

1. Ben Soussan P., allocution d'ouverture du 4ème colloque de l'IPC de Marseille, "cancer et guérison", 2008.
2. Deschamps D., "Psychisme et cancer, au fil des mots, un autre regard", Ed L'harmattan (1997).

JEUDI 11 OCTOBRE

SESSIONS PLENIERES

« VIVRE APRES UN CANCER »

« L'APRES-CANCER » : DU PARCOURS DE SOINS AU PARCOURS DE VIE

J. P. Grünfeld, Professeur honoraire à l'Université René Descartes, Paris

Le terme « après-cancer » est inexact : en fait il faut comprendre « après le traitement initial du cancer ». Mais parler de l'« après-cancer », c'est introduire la possibilité de guérison pour un nombre croissant de personnes. C'est également entendre les demandes des personnes malades qui souvent se plaignent de la solitude et du sentiment d'isolement médical, psychologique, social et professionnel dont ils ont souffert dans cette période. Un des objectifs du Plan cancer est d'établir pour chaque personne malade un programme personnalisé de l'après-cancer. Pourquoi est-ce si difficile ? En grande partie parce que cette période cumule des difficultés qui ne sont pas propres à la cancérologie mais qui y sont particulièrement manifestes, et qui touchent la transition coordonnée du parcours de soins au parcours de vie .

Parmi les problèmes soulevés et les enjeux : questionner la signification du terme « personnalisation », organiser la coordination médico-psycho-sociale (étudiée dans une expérimentation sur le rôle de l'infirmier(ère)-pivot menée par la DGOS et l'INCa), détecter tôt la fragilité psychologique et/ou sociale, reconnaître la place des inégalités sociales et territoriales de santé, trouver des solutions pour faciliter la reconstruction psychologique et la réintégration sociale et professionnelle, améliorer l'articulation et le dialogue entre l'Hôpital et la Ville, entre la médecine de soins et celle du travail, soutenir la place des aidants et les actions des Associations etc. Tous ces problèmes sont souvent appréhendés de façon fragmentaire. Une concertation pluridisciplinaire, une simplification des procédures et un décloisonnement sont d'autant plus nécessaires que les personnes sont plus démunies et vulnérables, ou atteintes des cancers les plus graves ou les plus invalidants. Passer du parcours de soins au parcours de vie demande un effort collectif et coordonné.

PROBLEMATIQUES PSYCHOLOGIQUES DE L'APRES CANCER.

N. Pélicier, Psychiatre HEGP Paris

Comment se situe-t-on dans un « après cancer » ? Cette notion doit susciter de nombreuses questions : existe-t-elle ou on en a-t-on besoin et pourquoi ? Nous tenterons de souligner combien cette notion même de l'après cancer peut recouvrir des réalités différentes.

Il apparaît indispensable en psycho-oncologie, de repérer à quel point, temporalité et maladie, peuvent se rejoindre et de disjoindre. Les problématiques de l'après maladie, de l'après traitement sont traversées par les paradoxes existentiels de la situation traumatique. « Si cette maladie, c'est la mort, qu'est-ce que je pourrais bien vivre après ? »

Le contre coup, l'effondrement psychique, le déni combatif émaillent le parcours de l'après. Pouvons-nous l'entendre sans prescrire immédiatement le dépassement ?

Comment prendre en charge les réactivations anxieuses que suscitent les modalités de la surveillance oncologique, les expériences diverses du « retour à la vie » sociale, familiale ?

Y a-t-il une trace du cancer, des séquelles psychiques, un temps fort à considérer et à aménager dans une prise en charge ?

L'après cancer résonne-t-il comme une injonction d'en finir, pour les uns et les autres : patients, proches, soignants ou fonctionne-t-il dans l'ouverture de ce qui peut advenir ?

LA GUERISON ET LES REPRESENTATIONS PSYCHOSOCIALES DE L'APRES CANCER

SURVIVRE AU FUTUR : UNE SOCIOLOGIE DU CANCER

M. Menoret, Maître de conférences, Université Paris 8

De l'autre côté de la Manche ou de l'Atlantique, la catégorie de « survivors » s'applique à un certain nombre de groupes sociaux ayant vécu une expérience limite. Elle s'applique également avec un succès croissant aux malades du cancer.

On analysera d'abord l'usage de cette catégorie (son histoire, le sens qu'elle prend, l'utilisation qui en est faite) puis, par contraste, on s'interrogera sur le sens que l'on peut attribuer au fait qu'elle est absente du répertoire culturel et politique français.

Cette entrée en matière nous permettra d'éclairer l'invisibilité sociale dans laquelle sont tenus les malades du cancer après qu'ils ont vécu quelques années de rémission et qu'ils sont rendus à une existence qui s'éloigne progressivement des structures de soins anticancéreux. S'inscrivant dans le registre de la sociologie des maladies chroniques, cette communication défendra le point de vue selon lequel le cancer est moins une *maladie* chronique qu'une *condition* chronique. Et en discutera les implications.

L'APRES-CANCER ET LA NOTION DE GUERISON : D'AUTRES DIFFICULTES A AFFRONTER, DE NOUVELLES PROBLEMATIQUES A PENSER

A. Masson, Psychologue, CH Cherbourg

Les avancées thérapeutiques de ces dernières années ont permis de ne plus considérer le cancer comme une maladie incurable et mortelle. Il est désormais possible d'obtenir la rémission de nombreux cas de cancers et de permettre aux anciens patients d'envisager une vie après la maladie et les traitements. Pour autant, au vu du risque de récurrence qui perdure, la personne qui a été traitée pour un cancer ne peut pas se dire guérie, on parle plutôt de rémission, ce qui suppose par ailleurs une surveillance régulière sur plusieurs années. L'après-cancer est donc le temps de l'entrée dans l'incertitude, ce qui revient à vivre avec une épée de Damoclès au-dessus de la tête. Le terme de chronicité a été proposé pour rendre compte de l'alternance entre les rémissions et les rechutes, ce qui suppose de devoir apprendre à vivre avec la menace permanente de la maladie.

Dans ces conditions, le retour à une vie dite « normale » ne va pas de soi. En effet, l'entrée dans la maladie a constitué un point de non-retour, une rupture entre un avant et un après bien distincts. Il convient alors pour les anciens patients de se forger de nouveaux repères, de (re)trouver leur place dans la vie et parmi les autres dont ils peuvent se sentir radicalement différents. Le temps de l'après-cancer est teinté d'ambivalence : soulagement mais également appréhension. A la satisfaction d'être parvenu au terme d'un traitement bien souvent éprouvant, peuvent se mêler un sentiment d'abandon et une peur de l'avenir. Le temps se déploie à nouveau, peut se conjuguer au futur après de longs mois vécus au présent, tel un temps suspendu. Or, comment se projeter dans un avenir qui devra composer avec l'ombre de la maladie qui plane ?

Les difficultés qui font suite à la prise en charge thérapeutique semblent donc s'apparenter à un nouvel état de vulnérabilité, engendré par les progrès de la médecine. Cela nécessite une attention particulière à l'égard de ces personnes d'autant plus fragilisées qu'elles ne s'étaient pas senties malades au moment du diagnostic. Tel est le cas des personnes dont le cancer a été découvert fortuitement à l'occasion d'un dépistage systématique. Comment reprendre confiance dans un corps qui s'est révélé malade tout en étant resté silencieux, sans émettre le moindre signal d'alarme ?

Les professionnels de santé se sentent démunis face au désarroi de ces anciens malades, mais également de leurs proches qui ne comprennent pas toujours le mal-être de celui ou celle qu'ils ont soutenu(e). Face à une telle souffrance, il est de notre devoir de soignants non seulement de l'entendre et de la reconnaître, mais également d'aider à l'apaiser et à la soulager. Penser l'après-cancer est une exigence, cela devra faire l'objet d'une réflexion tout au long du parcours de soins. Or, comment anticiper ce temps de l'après alors même qu'il ne peut être garanti au moment de l'annonce de la maladie ?

Notre responsabilité vis-à-vis de cet autre qui souffre d'avoir traversé une telle épreuve nous engage également au-delà du temps de la maladie et des traitements, dans un accompagnement vers une reconstruction et de nouveaux horizons. Une attention particulière a été portée à l'entrée dans la maladie, avec des mesures prises pour améliorer les conditions d'annonce du diagnostic. Désormais, une réflexion similaire doit s'appliquer au temps de la fin des traitements, dans un temps d'accompagnement vers la sortie de la maladie...

VIVRE APRES UN CANCER : LES TEMPS ET LES MODALITES DE L'ELABORATION PSYCHIQUE

L'APRES S'ECRIT AVEC L'AVANT

N. Bendrihen, psychologue clinicien, IGR, Villejuif

Notre intervention aborde l'après cancer via la question de l'écriture, et plus précisément de « ce qui s'écrit » dans l'après cancer.

Aujourd'hui, nombreux sont les patients qui écrivent et même publient électroniquement leur expérience de la maladie : c'est une mise en mots et en forme de l'événement et de ses suites, un premier niveau d'appropriation du réel impensable qui a surgi avec la maladie.

Cette écriture de l'expérience vise à renouer avec l'avant, à restaurer une continuité mise à mal par le cancer, ce qui se fait aussi avec ce que le sujet était avant, dans son rapport au monde, à la réalité, aux autres...

Mais il y a un deuxième niveau : celui de l'effet d'écriture, effet réel de la prise de parole, qui permet parfois d'écrire autrement la suite. Cela engage aussi la pratique du psy en cancérologie, ce que nous aborderons.

JEUDI 11 OCTOBRE

SESSIONS ORALES PARALLELES

1- CHIRURGIE REPARATRICE EN ONCOLOGIE : PREPARATION ET VECU PSYCHOLOGIQUE

LA NON RECONSTRUCTION APRES MASTECTOMIE ; FACTEURS INFLUENÇANT LA DECISION DE 70% DES PATIENTES

D. Hequet, S. Dolbeault, L. Wintz, C. Malhouitre, S. Alran

Objectifs: Entre janvier 2004 et décembre 2007, 1937 patientes ont eu une mastectomie totale unilatérale pour carcinome mammaire à l'institut Curie ; 69,7% d'entre elles n'ont pas eu de reconstruction. L'objectif de cette étude était de déterminer les facteurs clinico-biologiques associés à la non reconstruction, de définir les raisons du choix de non reconstruction et d'évaluer la qualité de l'information donnée aux patientes sur la reconstruction mammaire.

Méthode : Ce travail comportait deux parties. Tout d'abord une étude rétrospective portant sur l'ensemble des mastectomies consécutives réalisées à l'Institut Curie, Paris, entre Janvier 2004 et Décembre 2007. Nous avons comparé les facteurs clinico-biologiques des patientes ayant eu une mastectomie sans reconstruction à celles ayant eu une reconstruction. Les statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel R. Un $p < 0,05$ a été considéré comme seuil de significativité. Une deuxième partie de cette étude est basée sur l'analyse d'un questionnaire écrit envoyé à 10% ($n=132$) des patientes vivantes non reconstruites ayant eu une mastectomie dans la même population. Ce questionnaire a été élaboré à la suite de rencontres avec d'une part un groupe de patientes non reconstruites, et des professionnels du cancer du sein d'autre part.

Résultats : Pour les carcinomes in situ, en analyse multivariée, seule l'absence d'activité professionnelle était significativement associée à une non reconstruction. Pour les carcinomes invasifs, les critères suivants ont été retrouvés associés à la non reconstruction en analyse multivariée : une absence d'activité professionnelle, un âge supérieur à 50 ans, un score d'ASA (American Society of Anesthesiologists) supérieur à 1, l'absence de tabagisme actif, un traitement par radiothérapie associé, un état métastatique.

61% ($n=81$) des patientes ont renvoyé le questionnaire, 64% des patientes ont déclaré que la non reconstruction était un choix personnel ($n=33$), 18% ont répondu qu'une reconstruction ne leur a pas été proposée ($n=11$), 20% ont déclaré à la fois qu'une reconstruction ne leur a pas été proposée et que leur choix était personnel, 6% avaient une contre-indication médicale mais n'ont pas été reconstruites par choix, et 2 % des patientes présentaient une contre-indication médicale à la reconstruction. Les raisons évoquées pour expliquer le choix de non reconstruction étaient les suivantes : refus d'une nouvelle chirurgie (56,4%), acceptation de l'asymétrie du corps (38,2%), risque de complications (29,1%), un âge trop avancé (25,5%), peur de masquer une récurrence (20%), acceptation de l'asymétrie du corps par le conjoint (18,2%), coût financier (14,5%), douleurs post-mastectomie (9,1%). L'information a été jugée comme absente ou insuffisante par plus de la moitié des patientes.

Conclusion : Les causes de non reconstruction sont liées au pronostic du cancer, aux caractéristiques sociodémographiques mais également au choix personnel des patientes. Une meilleure compréhension des facteurs qui influencent la décision d'une reconstruction ou non du sein, nous aidera à délivrer une information adaptée pour les patientes qui vont avoir ou qui ont eu une ablation du sein et ainsi aider les patientes à mieux vivre un corps différent.

2- IMPACT DES TRAITEMENTS SUR LA FERTILITE : RETENTISSEMENT PSYCHIQUE

LA PRESERVATION DE LA FERTILITE CHEZ DES JEUNES FEMMES ATTEINTES DE CANCER

R. Treves, A.L. Berwanger Da Silva, R. Franchin, L. Hester, M. Grynberg

L'amélioration des outils diagnostiques et thérapeutiques au cours des dernières années a permis une réduction significative de la mortalité des jeunes adultes atteints de cancer. Cependant, les traitements radio-chimiothérapeutiques peuvent être à l'origine d'importants effets indésirables à long terme, susceptibles d'altérer la qualité de vie des survivants. En particulier, la problématique de la fertilité après guérison est devenue prépondérante.

En effet, depuis une dizaine d'années se sont développées des techniques de préservation de la fertilité visant à offrir aux patients la possibilité de concevoir avec leurs propres gamètes en cas de perte de la fonction gonadique secondaire aux traitements radio-chimiothérapeutiques. Cette perte potentielle de la fertilité est souvent rapportée comme une angoisse qui vient s'ajouter à celle engendrée par le cancer lui-même. Des études ont montré que les jeunes hommes traités pour cancer s'étaient sentis moins stressés et avaient mieux vécu leur maladie par le seul fait de savoir qu'ils avaient préservé leurs gamètes avant initiation des traitements (Schover et al., 2002). Le manque de données chez les femmes nous a encouragés à analyser l'impact psychologique de la préservation de la fertilité sur la façon dont les patientes vont vivre leurs traitements radio-chimiothérapeutiques.

Cent soixante-douze femmes âgées de 20 à 40 ans, candidates à une préservation de la fertilité avant traitement anti-cancéreux ont reçu un questionnaire standardisé. Les données recueillies concernaient les caractéristiques démographiques, le type de cancer, le vécu de l'information d'un possible effet délétère des traitements sur la fertilité, et celle d'une possibilité de préserver la fertilité.

Quatre-vingt cinq patientes ont retourné le questionnaire rempli, ce qui correspond à un taux de réponse de 49.4%. L'âge médian au moment du diagnostic était de 29 (20-40) ans. Soixante-douze femmes (84.7%) n'avaient pas d'enfant et 26 (30.5%) rapportaient un antécédent de chimiothérapie et/ou radiothérapie. Par ailleurs, 23 (27%) patientes déclaraient ne pas avoir été informées du possible retentissement des traitements anti-cancéreux sur leur fertilité. Parmi les 78 patientes (91.7%) ayant accepté de recourir à la préservation de leur fertilité au sein de notre service, 66 (77.6%) confirmaient que cette possibilité les avait aidé à mieux vivre la lourdeur représentée par leur pathologie et les traitements administrés. Cette proportion ne différait pas significativement selon qu'elles aient ou non débuté un traitement chimiothérapie et/ou radiothérapie avant l'enquête (88.0% vs. 73.3%, respectivement).

Cette étude démontre que le simple fait de mettre en place des mesures de préservation de leur fertilité améliore la façon dont les patientes vont vivre leurs traitements, en réduisant le stress associé au possible risque de perdre leur fertilité. Par conséquent, il est fondamental que les femmes soient informées de l'impact des traitements sur leur future fertilité et sur les techniques destinées à préserver cette dernière. Cependant, la préservation de la fertilité place la patiente face à un paradoxe : celui de confronter à la fois la vie et la mort. Ces résultats nous incitent à comparer le devenir tant psychologique que médical des femmes ayant décidé de mettre en œuvre ou non des mesures de préservation de la fertilité.

TROUBLES DE LA SEXUALITE ET CANCERS EN UROLOGIE.

J.M. Lévêque

Si le cancer du rein a peu de retentissement spécifique sur la sexualité, les cancers de prostate (plus de la moitié de l'activité de cancérologie urologique) du testicule, et de la vessie ont un retentissement important sur la sexualité pendant et après le traitement.

Le cancer du testicule touche des hommes jeunes (18 - 40 ans). L'ablation du testicule suspect est la première étape ; la deuxième étape est une autoconservation de sperme pour préserver la fertilité qui sera menacée par les traitements, puis selon les cas une surveillance, ou radiothérapie ou chimiothérapie sera proposée. Bien que le pronostic soit bon, le patient sera vu par la société (banques ++) comme "en sursis", et la procréation peut nécessiter une assistance médicale. Bien que le cancer du testicule et ses traitements n'entraînent pas d'impuissance, il y a souvent une confusion dans l'esprit des patients avec parfois un impact négatif sur leur vie de couple. Ce point doit être abordé très tôt dans la prise en charge pour éviter des complications à plus long terme.

Le cancer de vessie touche des hommes (9/10) habituellement fumeurs (9/10) et dans 15 % des cas un traitement lourd est nécessaire (ablation de la vessie et de la prostate et dérivation urinaire) : en plus des troubles de l'érection provoqués par le geste chirurgical, la dérivation urinaire crée une situation nouvelle et très délétère pour l'estime de soi (troubles de continence en cas de reconstruction vésicale ou modification du schéma corporel par une urostomie en cas de dérivation cutanée). Les antécédents vasculaires, fréquents ici, aggravent les troubles de l'érection.

Le cancer de prostate est un sujet de société, par sa fréquence, par les séquelles de ses traitements et par les incertitudes concernant sa prise en charge. Les traitements chirurgicaux s'accompagnent d'un taux d'incontinence de 30 % et de troubles de l'érection de plus de 60 %. Les traitements par radiothérapie donnent moins de fuite d'urines, mais les conséquences sur la sexualité sont comparables à 5 ans du traitement.

La prise en charge des troubles de l'érection dans la chirurgie du cancer de prostate (et de vessie) doit débiter avant l'intervention par l'avertissement du patient et une explication des solutions existantes (traitement per os, intra urétral, intra caverneux, érecteurs à dépression, voire prothèse pénienne). De plus la prise en charge doit être une prise en charge du couple, car toute solution médicale aux troubles de l'érection induits par l'intervention est une privation du rôle d'obtention de l'érection par la femme.

Les traitements hormonaux visent à bloquer (en fait temporairement) la progression de la maladie et n'allongent habituellement pas l'espérance de vie. Ils bloquent rapidement la libido et provoquent des troubles de l'érection (entre autres effets secondaires). Ils sont de plus en plus utilisés en particulier pour influencer sur les évolutions biologiques lorsque la maladie progresse, même si le patient est asymptomatique (on touche à la prise de décision en RCP et à l'indépendance vis-à-vis des firmes qui produisent ces traitements).

La prise en charge de ces troubles de la sexualité doit être multidisciplinaire au moment de l'annonce avec la consultation d'annonce du praticien, avec la consultation d'infirmière spécialisée pour reformuler le diagnostic et la prise en charge (toutes les tumeurs) ; c'est lors de ces temps d'échange que le patient ou la patiente va exprimer ses questions et angoisses par rapport au devenir de sa vie sexuelle et il sera important de l'orienter pour une consultation de psycho-oncologie s'il éprouve le besoin d'évoquer plus en détail ces difficultés à venir.

La consultation de l'infirmière stomathérapeute qui prend en charge les stomisés, mais qui connaît aussi les résultats des autres interventions (tumeur de vessie) est un moment aussi privilégié pour aborder les difficultés de la vie sexuelle induites par les traitements et les mutilations suite aux stomies. La rééducation périnéale sera un temps fondamental qui permet de retrouver une continence, préalable à la sexualité (pour l'estime de soi et pour les efforts lors des rapports).

Les patients ont rarement recours au sexologue qui pourtant aurait un rôle à jouer : l'annonce d'une maladie grave peut perturber la libido. L'infantilisation de l'homme qui doit surmonter un cancer, les troubles de continence urinaire, et la perte de son statut sexuel peuvent profondément modifier l'équilibre affectif et sexuel du couple. La palliation de l'érection est une perturbation de la sexualité féminine.

La cancérologie urologique altère significativement la sexualité des patients. Pour limiter cette atteinte les effets secondaires doivent être bien décrits avant le traitement, au mieux au couple. Lorsque la libido est conservée il existe plusieurs réponses "techniques" qui doivent être présentées au patient. L'irruption de la médecine dans la sexualité reste difficile à accepter, et cette difficulté concerne probablement autant la partenaire que le patient.

Les conséquences des traitements urologiques sur la sexualité sont encore sous estimées par les médecins qui les mettent en œuvre, et devraient être mieux prises en compte dans les décisions thérapeutiques.

**VECU SUBJECTIF DU COUPLE DONT LA FEMME EST JEUNE, FACE A L'HORMONOTHERAPIE :
UNE ANALYSE QUALITATIVE**

M. Trocmé, P. Antoine, L. Vanlemmens, E. Fournier, V. Christophe

Actuellement 20% des patientes atteintes d'un cancer du sein ont moins de 49 ans. 60% d'entre elles développent une forme dite hormono-dépendante. Au-delà d'affecter la patiente elle-même, la maladie va également se répercuter sur l'entourage et notamment le conjoint de celle-ci. Le but de cette étude est d'explorer le vécu subjectif du couple, dont la femme est jeune, en phase d'hormonothérapie dans le cadre d'un cancer du sein non métastatique. En effet, si les conséquences psychosociales de l'annonce, de la chimiothérapie, et de la chirurgie sont bien connues, l'impact de l'hormonothérapie est moins documenté. Et ce d'autant que cette phase va durer 5 ans.

Participants : 11 couples hétérosexuels ont donné leur accord respectif pour un entretien non directif individuel. Les patientes, âgées de 27 à 51 ans (M = 39), ont été soignées pour un cancer du sein avant 45 ans et sont actuellement sous hormonothérapie. Leurs partenaires respectifs sont eux âgés de 30 à 58 ans (M = 40).

Les entretiens ont été effectués par une psychologue. Retranscrits dans leur intégralité, ils ont fait l'objet d'une analyse interprétative phénoménologique (IPA)¹. La comparaison d'analyses indépendantes a permis l'émergence d'un schéma restituant les confluences, dissonances et ajustements des couples.

Cette étude a permis de faire entre autre émerger 4 thèmes sur le vécu du couple. L'emprise de la maladie (1) à travers l'hormonothérapie sur le psychisme de la patiente. La prise quotidienne du comprimé confine la patiente dans des pensées et angoisses associées à l'identité de malade. Ces difficultés sont en partie responsables d'une solitude (2) vécue par la patiente au sein du couple. Un véritable décalage de ressenti et d'appréhension se crée avec les conjoints pour qui la maladie est révolue et qui tendent vers une vie « normale ». Au-delà de ces positions, les partenaires peuvent s'accorder sur un avenir mis en suspend (3) dans les projets de parentalité et de contrôle, d'évitement de la rechute pour les patientes. Enfin, les couples reconnaissent le côté catalyseur de lucidité de la maladie (4) vis-à-vis des valeurs et priorités existentielles du quotidien.

En somme, malgré la diminution du caractère hospitalier et le traitement atténué, les patientes restent en souffrance. Par ailleurs, il semble important d'avoir à l'esprit la « rupture potentielle » en termes d'éloignement au sein de la dyade patiente-conjoint lors de l'hormonothérapie. Un accompagnement du couple aux différents stades de la prise en charge permettrait de travailler sur les angoisses de chacun, la communication et l'investissement de l'avenir.

Références :

Smith, J. A., & Osborn, M. (2003). Interpretative phenomenological analysis. In J. A. Smith (Ed.), *Qualitative Psychology: a practical guide to research methods* (pp. 51- 80). London: Sage.

3- SURVEILLANCE ET MEDECINE DE PROXIMITE : LA PRISE EN COMPTE DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE

DU PSYCHOLOGUE HOSPITALIER AU PSYCHOLOGUE LIBERAL : EVALUATION DU DISPOSITIF DU RESEAU PSY'HEMATOLIM

L. Maucourant, M.C. Laffetas, E. Rampnoux, M.P. Pechalat, D. Bordessoule

La maladie grave représente pour beaucoup de patients, une rupture, une expérience douloureuse, l'expression d'un risque mortel imminent, une effraction tant physique que psychique, une rencontre avec un réel traumatique.

Le psychologue hospitalier est alors témoin, comme l'ensemble du personnel soignant, de cette effraction que vient provoquer la maladie sur un corps, un individu. Tout comme il ne maîtrise son cancer ni ne décide de sa situation de dépendance, le malade ne choisit pas non plus le psychologue hospitalier qui peut prendre l'initiative de la rencontre. Le psychologue accueille et reçoit une personne vulnérable, fragile et démunie et se doit de l'aborder avec un langage simple et accessible, une attitude neutre et bienveillante. Pour beaucoup de patients, cette rencontre et ce qui en découlera par la suite, rendront possible la reconnaissance d'un espace psychique propre à eux-mêmes et peut-être plus que jamais identifiable et accessible.

La création du réseau de psychologues ville-hôpital Psy'HEMATOLIM a permis d'assurer pour ceux qui le désirent la continuité de cet accompagnement. Il a pour but de favoriser l'autonomie psychique dans un espace autre où la dimension introspective prend alors tout son sens. Ce réseau finance jusqu'à 6 séances avec un psychologue libéral, membre du réseau, laissé au libre choix de la personne.

Après 3 ans d'activité, le réseau a décidé d'évaluer l'impact de ce dispositif sur les personnes en ayant bénéficié.

Méthode : étude descriptive et analytique sur l'impact des consultations psychologiques libérales, menée rétrospectivement auprès des personnes ayant bénéficié, de janvier 2009 à décembre 2011, de cette prise en charge (PEC). Ce questionnaire comprend 22 items répartis en 4 chapitres : 1-identité ; 2-orientation vers Psy'HEMATOLIM : vécu et ressenti ; 3-évaluation de l'adéquation des besoins et de leur vécu; 4-en l'absence de PEC : analyse et compréhension. Chaque chapitre est constitué de questions fermées et d'un espace ouvert pour permettre aux personnes de s'exprimer librement. L'outil a été validé par le comité de pilotage Psy'HEMATOLIM. La distribution a été réalisée par voie postale début juin avec possibilité de retour jusqu'au 15 juillet 2012 pour analyse des données sur Excel®. Le pli contenait une lettre explicative, le questionnaire et une enveloppe «T».

Résultats : en trois ans, 101 patients et proches ont été orientés vers Psy'HEMATOLIM : 70 ont donné suite à cette orientation en consultant un psychologue libéral soit un total de 307 consultations psychologiques libérales avec une moyenne de 4.8 consultations/pers [1-12]. Personnes concernées : patients 66%, conjoints 18%, enfants 10%, autres 6%. Personnes n'ayant jamais eu de consultation psychologique avant : 70% (17% psychologue et 15% psychiatre). Personnes qui considéraient une PEC psychologique comme : pouvant aider les personnes fragiles 42.5%, indispensable en support à des situations difficiles 42.5%, essentiel pour aider à vivre 7.5%, Inutile 7.5%. Personnes ayant rencontré un psychologue hospitalier 44% (52% pour les patients). Orientation vers Psy'HEMATOLIM par

un psychologue hospitalier 52%, un médecin 40%, IDE 8%. Moment de la proposition adapté 71%, moyennement adapté 13%, peu ou pas du tout adapté 16%. Ont consulté un psychologue libéral 80%. Besoin initial de la PEC : la maladie 62%, des difficultés antérieures à la maladie 15%, une fragilité latente 12%, autres 10%. Coordination des acteurs adaptée 74%, moyennement adaptée 12%, peu ou pas du tout adaptée 14%. Souhait d'un lien entre les deux psychologues pour 25%. Facteurs favorisant : PEC financière 57%, incitation de l'équipe soignante 39%, proximité du domicile 32%, psychologue extérieur au CH 11%, autres 7%. Thèmes travaillés avec le psychologue libéral : traverser les épreuves de la maladie 42%, appréhender la maladie 35%, amorcer un travail personnel plus approfondi 21%, accompagner les proches 14%. Psy'HEMATOLIM a répondu au besoin pour 85% et seulement 13 % ont revu un psychologue hospitalier par la suite. Pour ceux qui n'ont pas donné suite 64% envisagent de faire la démarche plus tard.

Conclusion : la création du réseau Psy'HEMATOLIM est née d'une volonté de maintenir un soutien psychologique pour les patients et leurs proches au-delà de leur PEC hospitalière. L'évaluation fait ressortir que la majorité des personnes ayant intégré le réseau n'aurait jamais fait la démarche par elles-mêmes de consulter un psychologue si cela ne leur avait été proposé. Les retours satisfaisants de la plupart des personnes concernées soulignent l'intérêt de ce dispositif qui, cela est certain, ne peut se faire sans le consentement de la personne. Cette étude pose la question du lien entre le psychologue hospitalier et le psychologue libéral que le patient semble parfaitement cliver et dissocier. Elle nous amène également à nous demander : Où commence l'autonomie du patient et où s'arrête l'accompagnement ?

4- SEQUELLES DE LA MALADIE ET DES TRAITEMENTS : RETENTISSEMENT ET PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE

PROFIL PSYCHOPATHOLOGIQUE ADULTE APRES UN CANCER PEDIATRIQUE : MISE EN EXERGUE DE RISQUES POTENTIELS

C. Do Nascimento, S. Claris, V. Saulnier, C. Berger, C. Massoubre

Introduction : Grâce au progrès de la médecine, il est possible aujourd'hui de soigner de plus en plus d'enfants atteints de cancer. Selon l'Observatoire Régional de la Santé d'Ile de France (2007), le taux de mortalité par tumeur des moins de 15 ans recule en moyenne, depuis 1981, de 3,3% par an. Cependant, après un parcours de soin en cancérologie pédiatrique long et difficile, se pose la question du devenir de ces jeunes à l'âge adulte. En effet, la maladie et l'hospitalisation impactent directement sur le développement psychique de l'enfant, dont la sécurité psychologique se trouve ébranlée par le bouleversement de ses rythmes et repères. De plus, la maladie cancéreuse et les traitements lourds qui lui sont associés mettent à mal les repères de l'adolescent. Or, cette fragilité intervient à l'heure où ces jeunes patients devraient au contraire poser les jalons de leur construction identitaire de futurs adultes (Oppenheim, 2006).

Objectif : Dans ce contexte, l'étude multicentrique SALTO (Suivi A Long Terme en Oncologie) a pour objectif de connaître le devenir médical et psychologique de jeunes adultes ayant survécu à un cancer dans l'enfance diagnostiqué en région Rhône-Alpes et Auvergne. Notre propos se centrera uniquement sur l'évaluation psychologique.

Méthode : 102 personnes (60 femmes et 42 hommes) âgés de 28,3 ans en moyenne ont accepté de participer à un entretien semi directif de recherche mené par une psychologue. Cette passation s'est déroulée en deux temps, utilisation du questionnaire MINI puis entretien non directif. Les entretiens, d'une durée moyenne de 20 minutes, ont été réalisés en consultation externe dans les CHU de Lyon, Saint-Etienne, Grenoble et Clermont-Ferrand, depuis mai 2011 et jusqu'en décembre 2012.

Résultats : Au-delà des données statistiques qui montrent une occurrence non négligeable d'épisodes dépressifs majeurs chez ces patients, nous avons choisi de centrer notre propos sur l'étude de cas cliniques. Ainsi, l'analyse du discours de patients ayant présenté le même diagnostic de cancer dans l'enfance, fait apparaître des similitudes dans leur profil psychopathologique actuel. Nous approfondirons cela grâce à la présentation détaillée et l'analyse de deux cas cliniques.

Conclusion : Cette analyse de cas nous permet ainsi d'envisager les troubles psychopathologiques en termes de risques potentiels, résultant d'une correspondance entre période de maladie et construction identitaire. L'enjeu de ce travail d'élaboration est d'établir les liens possibles entre un parcours de soins en cancérologie pédiatrique passé et des troubles psychiques actuels, afin de favoriser le suivi des patients concernés par l'étude, mais aussi et surtout des patients actuels, dans un esprit de prise en compte et de prévention.

APRES LE CANCER... LA GVH : RETENTISSEMENTS PSYCHIQUES

A. Polomeni, Psychologue clinicienne, Hôpital Saint Antoine, Paris

La greffe de moelle osseuse représente la seule possibilité de guérison de certaines hémopathies malignes. Néanmoins, il s'agit d'un traitement coûteux et comportant des risques de morbi-mortalité significatifs. Les risques de mortalité liés à la procédure sont de l'ordre de 10 à 20%. La morbidité est notamment liée à l'incidence de la réaction du greffon contre l'hôte (GVH), dont les taux varient entre 27 à 72% selon le type de greffon. Nous empruntons à Ascher et Jouet (...) la description de cette réaction immunologique : « les cellules immunocompétentes du greffon, à l'origine destinées à la protection du donneur de toute agression du « non-soi », vont s'opposer aux tissus et organes du receveur qui leur sont nécessairement étrangers. (...) Cette maladie du greffon contre l'hôte, peut entraîner des attaques dangereuses contre l'enveloppe cutanée, le foie, le tube digestif du receveur. Elle survient de manière imprévisible plus ou moins tard après la procédure de greffe ».

Quand elle n'engage pas le pronostic vital des patients, cette réaction, véritable maladie secondaire, a un impact important sur la qualité de vie des patients. Ses répercussions physiques (modifications du teint, de la texture de la peau, amaigrissement, œdèmes, pilosité) affectent l'image corporelle, l'image et l'estime de soi. Les retentissements psychiques dépassent la symptomatologie anxieuse ou dépressive, puisque cette GVH viendra altérer le processus d'intégration psychique de la greffe et les remaniements identitaires qu'elle peut induire.

En effet, ces patients vivent une situation paradoxale : ayant réussi à contrôler - voire à guérir- la maladie initiale, la greffe devient la cause d'une autre maladie... qui peut, elle, devenir chronique. Ainsi, ce greffon, corps étranger censé être un « allié » devient un « ennemi », encombrant par ses manifestations corporelles, omniprésent par les sentiments d'« inquiétante étrangeté » qu'il peut susciter.

Nous aborderons cette problématique à partir des cas cliniques issus de nos consultations post-greffe. Proposant aux sujets greffés un espace-temps de parole où, dans l'après-greffe (qui ne correspond pas toujours à l'après-cancer), ils peuvent élaborer le vécu de ce traitement, ces consultations permettent aussi à ceux qui restent aux prises avec les séquelles de la greffe, avec la GVH, d'envisager un autre « après ».

SEQUELLES PHYSIQUES ET PSYCHOLOGIQUES PLUSIEURS ANNEES APRES UN CANCER DU SEIN. FAUT-IL UN SUIVI SPECIFIQUE A LONG TERME ?

A. Bonnaud Antignac, P. Tessier, S. Lelorain

EA4275 Biostatistique, pharmacoépidémiologie et mesures subjectives en santé
Equipe de Recherche en Sciences Humaines et Sociales appliquée à la Cancérologie,
Faculté de médecine, Université de Nantes
Institut de Cancérologie de l'Ouest - Nantes

Problématique : Ces dernières années de nombreux travaux s'intéressent à l'après cancer et aux séquelles apparaissant suite aux traitements des cancers et particulièrement au cancer du sein. Toutefois peu s'intéressent à la perception subjective de ces séquelles en termes de nature et d'intensité. Dans le cadre d'une étude portant sur l'après cancer 5, 10 et 15 ans après un cancer du sein, un de nos objectifs a été de déterminer la prévalence des séquelles et leurs principaux cofacteurs du point de vue des femmes en rémission de leur maladie. Ainsi nous n'avons pas décrit les séquelles possibles médicalement mais en termes de nature ressentie (douleur, fatigue, limitation) et de gêne associée (peu, assez ou très gênantes). Nous nous sommes également intéressées à la crainte exprimée d'une récurrence du cancer en formulant l'hypothèse d'une éventuelle forme psychologique de séquelles liée à la peur de la récurrence ou de la « transmission » de la maladie. La question s'est alors posée d'un suivi médical et psychologique spécifique à cette période de l'après cancer.

Méthode : 328 femmes, situées entre 5 et 15 ans après le diagnostic, ont complété un questionnaire transversal concernant leur santé (Short Form SF-36), leur qualité de vie (QLACS) et la nature et l'intensité des séquelles ressenties.

Résultats : Les séquelles ressenties du cancer et de ses traitements concernent les 2/3 des femmes interrogées à plus de 5 ans du diagnostic et 36% disent ressentir des séquelles assez à très gênantes qui ne dépendent pas tant de leur nature que de leur accumulation. Aux séquelles déclarées s'ajoute une forme psychologique de séquelles liées à la peur de la récurrence du cancer ; séquelle peu souvent exprimée du fait « d'une sortie de la maladie ».

Conclusion : la prévalence des séquelles ressenties par les femmes soignées d'un cancer du sein reste élevée à long terme même si ces femmes déclarent aussi une qualité de vie satisfaisante. Face à cet apparent paradoxe nous avons formulé deux hypothèses : l'une concernant un processus d'adaptation psychologique et l'autre liée à la peur de la récurrence du cancer. Enfin nous nous sommes interrogés sur le bien-fondé et la nécessité de proposer un suivi à long terme à ces femmes qui pour certaines ne se sentent plus malades mais qui restent avec cette crainte de la récurrence qui s'apparente à une séquelle psychologique. Le congrès sera le lieu pour discuter de ce suivi spécifique tant dans ses aspects médicaux que psychologique.

TROUBLES PSYCHOPATHOLOGIQUES POST CANCER DE L'ENFANCE : ETUDE CLINIQUE ET REVUE DE LA LITTÉRATURE

J. Bagur, C. Do Nascimento, C. Berger, C. Massoubre

Introduction : actuellement, les soins des cancers de l'enfant ne cessent de s'améliorer. Le taux de mortalité par cancer des moins de 15 ans est en net recul (3,3% par an depuis 1980 selon l'Observatoire Régional de la Santé d'Ile de France (2007)). Toutefois, si les soignants s'intéressent à la mortalité de la maladie depuis longtemps, l'intérêt porté aux séquelles de patients survivants de cancer dans l'enfance est plus récent. Ces séquelles qui peuvent être liées aux traitements ou à la maladie, ont un grand impact sur la qualité de vie des patients. Les données de la littérature concernant la survenue de maladies mentales chez les survivants de cancer dans l'enfance restent insuffisantes pour mesurer le réel impact de la maladie sur le développement psychique du patient.

Objectif : dans ce contexte, l'étude multicentrique SALTO (Suivi A Long Terme en Oncologie) a pour objectif de connaître le devenir médical et psychologique de jeunes adultes ayant survécu à un cancer dans l'enfance diagnostiqué en région Rhône-Alpes et Auvergne. Notre communication se centrera sur le devenir psychopathologique des patients en comparant les données obtenues avec celles de la littérature.

Méthode : 102 personnes (60 femmes et 42 hommes) âgées de 28,3 ans en moyenne ont accepté de participer à un entretien semi directif mené par une psychologue. Cette passation s'est déroulée en deux temps : utilisation du questionnaire MINI puis entretien non directif. Les entretiens, d'une durée moyenne de 20 minutes, ont été réalisés en consultation externe dans les CHU de Lyon, Saint-Etienne, Grenoble et Clermont-Ferrand, depuis mai 2011 et jusqu'en décembre 2012. Les données de la littérature ont été obtenues via la base de données Medline en effectuant une recherche avec les mots « Childhood cancer survivor ».

Résultats : au total, nous avons retrouvé plus de 80 articles se référant aux troubles psychopathologiques chez les survivants de cancer dans l'enfance. Les résultats sont contradictoires quant à une plus grande fréquence de maladies psychiatriques chez ces patients par rapport à la population générale. Si les données concernant les états de stress post traumatiques sont importantes et globalement homogènes, la plupart des autres maladies mentales ne sont que peu abordées dans la littérature, et les résultats les concernant sont contradictoires. Parmi les participants de notre étude, nous retrouvons notamment une présence significative d'épisodes dépressifs majeurs.

Conclusion : ce travail montre l'existence de liens entre la survie au cancer et l'apparition de troubles psychiques. Les résultats de cette étude associés à l'analyse de la littérature, nous permettent d'apprécier les risques d'apparition de troubles psychopathologiques chez les survivants de cancer dans l'enfance. Ce travail souligne la nécessité d'un accompagnement psychologique de ces patients qui bien que soulagés de leur cancer, demeurent des sujets fragiles sur le plan psychique. Au-delà de cette stratégie thérapeutique a posteriori, il apparaît nécessaire de mettre en place une véritable prise en charge préventive afin de minimiser le risque d'apparition de troubles psychiatriques chez ces patients.

VENDREDI 12 OCTOBRE 2012

SESSIONS PLENIERES

9h00 – 10h30

DE LA VULNERABILITE PSYCHIQUE AUX RISQUES PSYCHOPATHOLOGIQUES DANS L'APRES CANCER ; QUELLES PRISES EN CHARGE ?

DE LA VULNERABILITE PSYCHIQUE AUX RISQUES PSYCHOPATHOLOGIQUES

Dr Olivier BEZY, Psychiatre CHU de Clermont Ferrand

Il n'est plus besoin de démontrer que la confrontation au cancer constitue un véritable traumatisme, elle bouleverse l'existence, marque une rupture dans la vie de la personne. J'en veux pour preuve les Premiers États Généraux des Malades du Cancer organisés par la Ligue Contre le Cancer en 1998, véritable plaidoyer pour une ré-humanisation des prises en charge en Cancérologie et pour une généralisation de la présence des « Psy » dans les lieux de soins du cancer. S'en inspirant, le premier Plan Cancer allait bientôt transformer ces revendications en exigences avec ses mesures phares que sont le dispositif d'annonce et les soins de support au sein desquels la Psycho-Oncologie trouve logiquement sa place.

Il fallait reconnaître et prendre acte des effets psychiques suscités par la maladie cancer dont les représentations collectives forgent la singularité. Le cancer n'est pas une maladie ordinaire, mais l'archétype, en Médecine, du fléau, calamité redoutable qui s'abat de façon incontrôlable.

Grâce aux progrès des thérapeutiques, la rémission est devenue une réalité pour bien des patients en Cancérologie. Cependant, la maladie et les traitements peuvent avoir laissé des traces, autant de séquelles physiques plus ou moins durables avec lesquelles la personne devra composer et qui ne sont pas sans conséquence sur le plan psychique. Sur le plan strictement psychique, la rémission, même si elle marque l'arrêt des thérapeutiques, suscite un sentiment accru de vulnérabilité, un véritable ébranlement identitaire. Au cours de cette période dite de rémission, dont le caractère provisoire n'est pas sans incidence subjective, ces sujets porteurs d'un traumatisme présentent des symptômes psychiques parfois invalidants qui les amènent à consulter les « Psy ». Dans ces consultations nous recevons des patients dont la figure habituelle n'est pas celle du PTSD. Le succès médiatique de ce syndrome ne doit pas nous laisser penser qu'il épuiserait à lui seul la question des effets d'un traumatisme sur un sujet. La symptomatologie psychique observée est faite de manifestations anxieuses et dépressives provoquées par cet ébranlement identitaire.

À l'évidence, on ne peut pas se contenter de parler de « Cancer Survivors » ni de « Héros Ordinaires », quelle nouvelle identité ces sujets, diversement marqués par le cancer, peuvent-ils réussir à s'inventer : « ex-cancéreux », « cancéreux sans cancer », « victime du cancer » ?

LES PRISES EN CHARGE COGNITIVO-COMPORTEMENTALES

D. Boinon, Psychologue, IGR Villejuif

P. Rouby, Psychiatre, IGR Villejuif

S. Dauchy, Psychiatre, IGR Villejuif

La fin des traitements chez les femmes traitées pour un cancer du sein est une étape à la fois très attendue et à la fois source d'une « angoisse à vivre » un avenir incertain, puisque le risque de rechute ne peut être écarté pendant plusieurs années. Cette étape peut être associée à de nouvelles manifestations anxieuses et dépressives, à de nouveaux sentiments d'incertitude lors du retour à une vie « normale » qui n'est plus celle d'avant. Cette période s'accompagne souvent d'un sentiment de perte de contrôle que procurait l'administration des traitements, d'un sentiment de grande vulnérabilité et d'un vécu d'abandon. La diminution des contacts rassurants avec les professionnels de santé et la réduction du soutien des proches, considérant la fin des traitements comme synonyme de « guérison », participent à la majoration de ces manifestations anxieuses. La persistance des symptômes physiques et psychiques au-delà de la fin des traitements peut contribuer à l'altération de la qualité de vie, aux difficultés socioprofessionnelles et aux préoccupations anxieuses au sujet du devenir.

Dans ce contexte de l'après-traitement, les groupes d'inspiration cognitivo-comportementale ont pour objectif de focaliser leurs interventions sur les difficultés actuelles liées à la maladie et à ses traitements en favorisant le développement de nouveaux mécanismes d'ajustement. L'évaluation de cette approche, via des méta-analyses, montre une diminution des symptômes psychiques (détresse, symptômes anxio-dépressifs) et physiques (douleurs, nausées, fatigue, sommeil), une meilleure adaptation fonctionnelle et émotionnelle à la maladie et aux traitements ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie.

Cependant ces études d'évaluation ne détaillent pas systématiquement les méthodes d'intervention. Nous proposons donc de présenter, à partir de notre expérience clinique acquise depuis 2004 auprès de 16 groupes à l'Institut de cancérologie Gustave Roussy, une application concrète des méthodes d'intervention cognitivo-comportementales auprès des femmes dans l'après-traitement d'un cancer du sein.

VENDREDI 12 OCTOBRE
SESSION ORALE PARALLELE

1- L'APRES CANCER CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT : QUELLES SPECIFICITES ET QUELLES TEMPORALITES PSYCHIQUES ?

EXPERIENCE ATELIER DE PAROLE POUR ADOLESCENTS. REFLEXIONS CLINIQUES SUR IDENTITE NARRATIVE APRES CANCER

C. HERY, B. MAILLARD

Cette communication porte sur l'expérience d'un atelier de parole destiné aux adolescents dans la période de l'après-cancer (deux ans après la rémission). Avant la création de ce groupe, plusieurs jeunes ont réalisé ensemble un travail d'écriture où chacun relatait ses difficultés face à l'épreuve de la maladie dans le quotidien de son histoire. Ce recueil a permis la création d'un « espace adolescent » au sein du service pour les jeunes hospitalisés afin d'accueillir leurs proches. La mise en commun des textes a favorisé la rencontre et la dynamique de constitution d'un groupe. D'autre part, ce temps d'élaboration par l'écriture de soi a permis de quitter le soutien psychologique individuel et de formuler une demande pour rencontrer d'autres jeunes confrontés aux mêmes difficultés d'être-malade du cancer, au même « décalage », et qui « pourraient me comprendre » dans la vie aujourd'hui. Nous présenterons la création d'un atelier de parole en juin 2010, nommé par les adolescents «Extra-vida», qui réunit huit à dix participants dans un lieu extrahospitalier.

Objectifs de l'atelier de parole

- Permettre aux adolescents un temps de partage sur les difficultés de la vie après le cancer.
- Favoriser les processus d'identification aux semblables afin de construire un soutien narcissique, une estime de soi-même dans ce temps après la maladie.
- Dans un second temps et un second lieu, favoriser les processus de réappropriation d'une part de leur histoire singulière.
- Favoriser une certaine autonomie de penser et renouer avec la réalité extérieure et ses contraintes.

Analyse et discussion

A partir de cette expérience de l'atelier de parole, nous développerons plusieurs points récurrents sur la mise en question de l'identité narrative spécifique au temps de l'après-cancer.

1) Le rapport de soi avec la réalité corporelle.

Les séquelles physiques et psychiques, les renoncements liés à l'après cancer. Notamment, les questions de stérilité, les handicaps physiques (audition, vision, malformations, marche) et les troubles psychiques (dépression, troubles de la concentration, baisse de l'estime de soi).

2) Le rapport de soi avec la réalité socio-familiale.

Les difficultés d'insertion et d'intégration de leur différence dans les groupes auxquels ils tentent d'appartenir (vie étudiante, vie sportive et associative) et les relations socio-familiales.

3) Le rapport de soi avec la temporalité de l'avenir.

Une atteinte des projets de vie professionnelle et les changements subis dans leurs choix. La prise d'indépendance pour s'assumer dans la vie peut prendre appui sur des associations d'aides (appartement thérapeutique).

4) Le rapport de soi avec le partenaire amoureux.

Une atteinte de leur vie privée et des relations amoureuses soumises au regard de l'autre.

Conclusion

Ce groupe nous enseigne sur la dimension narrative de l'identité et de la temporalité dans l'après-coup du cancer. Si la maladie cancéreuse provoque une interruption et une discontinuité dans la cohésion de l'identité et du récit personnel, l'atelier de parole favorise et facilite des processus de séparation et de réinvestissement pour que le sujet puisse se sentir en guérison avec soi-même et avec les autres.

En effet, le temps de la guérison implique ce travail de deuil de soi-même et exige de pouvoir redonner du sens au temps présent et à sa vie à partir de l'expérience du cancer. L'atelier de parole aide au rétablissement d'un équilibre pour une identité narrative mise en danger.

LE TEMPS DE LA REMISSION COMME POSSIBLE REAPPROPRIATION DU « JE ».

D. Mallardeau, I. Lombard, M. Haza, P. H. Keller

Introduction : Le cancer à l'adolescence est régulièrement décrit comme une « double peine » infligée au sujet. Les thérapeutes de ces jeunes font souvent référence à une clinique de la perte de soi, de l'intrus, de l'étrangeté. Nous nous centrerons sur cette clinique particulière de l'adolescent touché par un cancer et de la mise au travail psychique repérable au moment de la rémission.

Objectif : Notre objectif est d'illustrer comment le travail psychique pubertaire peut être retardé ou accéléré quand l'adolescent est confronté au cancer ainsi que les conséquences possibles sur sa construction identitaire. Nous nous appuyons principalement sur la notion de « roman de la maladie » et son effet sur la temporalité psychique au moment de la rémission.

Méthode : A partir d'histoires cliniques, nous montrerons comment les changements liés au pubertaire et les effets psychiques de la maladie au long cours peuvent s'articuler dans la psyché de l'adolescent.

Résultats : La clinique permet de préciser les spécificités de l'approche thérapeutique en fonction des phases de la maladie et des traitements : si le temps du traitement est rarement favorable pour permettre une élaboration psychique favorisant une relecture de son histoire, la période de la rémission s'y prête plus et il s'agira de permettre au sujet de se ressaisir de lui-même, en se réappropriant son expérience dans sa globalité.

Concernant le patient atteint de cancer, certains auteurs évoquent une perte de « quelque chose de soi », d'une identité, en analogie avec le processus pubertaire. Le savoir concernant la maladie et la mort crée une intrication nouvelle entre psychique et somatique.

A certains moments, l'adolescent a l'impression de vivre à découvert : comme la puberté, la maladie inscrit une coupure, une faille, en instaurant un avant et un après dans la vie du sujet. Ce que ces adolescents viennent poser comme demande au thérapeute lorsque les traitements sont terminés est une question touchant au lien : lien avec le lieu du traitement, lien dans un aller-retour entre avant et après maladie, afin de pouvoir construire ou reconstruire une continuité dans leur histoire.

Pour permettre l'inscription de cette expérience pour le sujet à ce moment de sa construction, le thérapeute favorise son « historisation » : réinjecter des signifiants dans une temporalité pour restaurer un sentiment continu d'existence. Il s'agit donc de remettre ou plutôt permettre une remise en route de la dynamique psychique pour l'adolescent. Dans l'espace thérapeutique, le jeune peut se confronter aux menaces de rupture psychique, aux menaces de perte d'identité sans sombrer dans la dépression au moment de la rémission.

Conclusion : Au cours des thérapies, la réappropriation du « je » peut être facilitée par des médiateurs comme l'écriture. En témoigne cet écrit d'une adolescente en rémission que nous avons suivie : « Désormais, le « je » inclut la maladie, il inclut les nuits sans sommeil, l'écœurement des chimio, cette solitude qui ronge quand on est entouré. Ce « je » c'est aussi la jeune fille que j'étais avant, débordante de vie et de rêves, idéaliste et dans une empathie permanente : toujours à la recherche de cet autre qui la grandira. Comment faire la synthèse entre ces « je », comment dire « je » sans s'exclure ? »

ENJEUX PSYCHIQUES DE LA REMISSION CHEZ LES ADOLESCENTS ATTEINTS DE CANCER

G. Marioni

Objectif : L'objectif de notre communication est de rendre compte des résultats d'une étude sur les difficultés psychologiques, sociales et familiales que les adolescents en rémission d'un cancer rencontrent, en France, dans les 9 mois qui suivent la fin du traitement. Cette étude, subventionnée par la Fondation de France, a été menée à l'Institut Gustave Roussy (Villejuif).

Contexte : La période de rémission est celle de la réadaptation et de la réinsertion, avec ou sans séquelles. Elle introduit une rupture relative dans la prise en charge des soins, les venues à l'hôpital étant moins fréquentes. L'expérience auprès de patients adultes ayant été traités pour un cancer, montre qu'il s'agit d'une période difficile tant sur un plan émotionnel que socio-familial. Cette phase demeure encore mal connue chez les adolescents ayant été traités pour un cancer et il paraît important d'en évaluer les enjeux et les problématiques spécifiques afin d'apporter à cette population une aide psychologique la mieux adaptée.

Patientes et méthode :

Cette étude a porté sur 18 adolescents de 14 à 18 ans, en rémission d'un cancer et qui ont été suivis dans le Département de Pédiatrie de l'Institut de Cancérologie Gustave Roussy (Villejuif). L'évaluation des difficultés psychologiques, familiales et sociales de l'adolescent, 3 mois et 9 mois après la fin de son traitement, a comporté :

1/ Une partie quantitative utilisant des questionnaires qui ont permis d'évaluer la dépression (« Adolescent Depression Rating scale », Revah-Levy), l'anxiété (« R-CMAS », Reynolds & Richmond) et l'estime de soi (« Echelle d'estime de soi », Rosenberg).

2/ Une partie qualitative : Un entretien semi-directif qui s'est intéressé au regard que l'adolescent portait rétrospectivement sur la période de traitement. L'entretien s'est notamment appuyé sur le questionnaire « H.E.A.D.S.S. », qui a permis d'évaluer les difficultés que l'adolescent rencontrait sur le plan psychologique (troubles de l'humeur, du sommeil, de l'alimentation, plaintes somatiques, problèmes scolaires et comportementaux, usage de drogues et de médicaments psychotropes...) mais également d'apprécier la qualité de sa réadaptation psychologique, familiale (parents, fratrie) et sociale (amis, camarades de classe). Une attention particulière a été accordée aux modifications qui existaient par rapport aux relations familiales et au réseau social que l'adolescent s'était constitués avant la maladie, à sa satisfaction par rapport à sa vie relationnelle (familiale, amicale, scolaire et amoureuse), et à la place de l'expérience du cancer dans ses relations interpersonnelles. La peur de la rechute et les modifications du rapport à la mort et au temps ont également fait l'objet d'une analyse spécifique.

Conclusion : La meilleure compréhension des difficultés psychologiques spécifiques que rencontrent les adolescents durant la période de 9 mois qui suit la fin des traitements devrait permettre d'adapter leur prise en charge globale. En outre, cette analyse devrait apporter des pistes de réflexion aux professionnels exerçant en oncologie pédiatrique pour proposer une aide psychologique mieux adaptée durant cette période et, en amont, durant les hospitalisations. Cette meilleure compréhension devrait également favoriser le soutien de ces adolescents à l'extérieur des structures de soins, par le milieu associatif, par leurs familles ou par leurs pairs.

REGARD CLINIQUE SUR LES PROCESSUS PSYCHIQUES DE L'APRÈS CANCER CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT.

A. Colmon Demol, J. Bufnoir

Notre intervention se propose d'aborder les dimensions de l'Après Cancer tel qu'il se pose au sein de notre unité de consultation spécialisée pour enfants et adolescents atteints ou ayant été atteints de cancer. Le processus même de l'adresse des patients par les équipes soignantes d'oncologie pédiatrique détermine d'emblée un cadre qui se situe dans un Après (temporel et géographique), un Après des soins somatiques qui ouvrirait sur le champ des effets psychologiques du cancer. Que les enfants viennent consulter pendant, quelques mois après ou plusieurs années plus tard, la démarche annonce un temps pour penser.

Au travers de vignettes cliniques nous souhaitons illustrer ce à quoi cet Après peut renvoyer pour ces enfants. Nous avons pu repérer quatre modalités de vécu de cet Après Cancer, à chacune desquelles semble correspondre une temporalité particulière.

1- On peut rencontrer un Après Cancer qui semble, sans pause, prolonger la période des soins, un après qui fait suite et dans lequel la souffrance perdure et ne passe pas ; le temps se fige dans une répétition où chaque événement de vie rappelle l'effraction de la maladie.

2- Il y a aussi l'Après de ceux pour qui la fin de la maladie se vit comme une naissance remisant la vie d'avant la maladie à un passé exilé. Le temps se clive.

3- Il y a l'Après Cancer des enfants ayant été malades bébé ; l'avant n'est pas.

4- On pense enfin au plus classique Après Coup de ceux qui ont oublié, refoulé, et qui, au décours d'un épisode de vie, réactive les traces de la maladie en eux. Le temps s'est suspendu.

Ces différents vécus nous amènent à penser l'Après Cancer non pas simplement comme une séquence, mais comme un processus psychique à part entière ; un processus à l'œuvre, qui aurait à penser le traumatique pour se dépasser lui-même, vers un "Après-Après".

GRANDIR APRES UN CANCER POUR L'ADOLESCENT EN REMISSION.**V. Buttin-Longueville, F. Sordes-Ader; J.L. Sudres**

Avec les récentes avancées thérapeutiques, de plus en plus de jeunes se trouvent dorénavant en rémission complète de cancer. Cette période entre les traitements et la guérison est pourtant peu discutée dans la littérature, alors qu'elle s'accompagne assez souvent de séquelles iatrogènes, de difficultés de réinsertion sociale ou de troubles psychopathologiques (Oeffinger et Wallace 2006). Cette étude a pour objectif principal d'observer et comprendre l'expérience spécifique de la rémission complète par l'adolescent et ses parents. Notre hypothèse principale est que les adolescents et les parents connaissent des difficultés psychosociales durant la rémission complète. Notre recherche a été menée auprès de 38 dyades parents- adolescents en rémission complète de cancer hématologique au sein des hôpitaux de Toulouse, Montpellier et Bordeaux. Nous avons évalué les représentations de santé, l'anxiété, les stratégies d'adaptation, les relations familiales, le soutien social perçu, les relations avec le corps médical et la qualité de vie chez l'adolescent et son parent. Nous avons mené des entretiens semi-directifs auprès de l'adolescent ainsi qu'un de ses parents avec un suivi longitudinal au cours de trois temps de la rémission : lors du bilan de fin des traitements, lors de la première visite de rémission, lors de la troisième visite de surveillance. L'adolescent a rempli également quatre questionnaires : l'Ok-Ado, le QLACS, l'ISQV et le STAIC. Les parents ont rempli trois questionnaires : le GHQ-28, le QSSP et le STAI. Le bilan de fin de traitements est un moment très anxiogène pour l'adolescent et ses parents qui ont surtout des représentations négatives de la maladie et des perceptions plus positives de la rémission et du suivi médical. Les représentations de la santé de l'adolescent varient peu au cours du temps aussi bien pour les adolescents que les parents, ainsi que l'anxiété. Lors de la première visite de surveillance, les adolescents sont en majorité dans le refus de parler de leur maladie, avec une désillusion de la rémission ainsi que de la surveillance médicale. Ils connaissent une diminution de leur qualité de vie avec une plus grande insatisfaction vis-à-vis du soutien parental, un repli sur soi et un recours à l'hypervigilance. Des attitudes parentales de surprotection, de tentatives de maîtrise, d'hypervigilance des parents vis-à-vis des adolescents, perdurent. Les parents souffrent d'une diminution de leur soutien familial. Les parents expriment plus leurs émotions lors de ce temps. Il y a une augmentation de la qualité de vie des parents. La troisième visite de rémission est marquée par un évitement important des adolescents vis-à-vis de la maladie, qui s'accompagne d'un épuisement émotionnel. Les adolescents et les parents ont des représentations plus négatives du suivi médical mais une augmentation du soutien perçu de la famille. Les parents sont plus dans le contrôle émotionnel et connaissent une diminution de leur qualité de vie. Les adolescents et les parents évoquent plus les troubles physiques au temps 3.

Les relations avec le corps médical des adolescents et des parents sont évaluées comme très satisfaisantes lors des trois temps. Il paraît toutefois important de souligner des besoins différents selon les temps. Le bilan de fin de traitements semble être un temps propice pour exprimer et évaluer leurs représentations de la maladie, de la rémission, de la santé qui influent sur les niveaux d'anxiété. Nous pouvons souligner un contrecoup pour l'adolescent lors de la première visite de surveillance où l'adolescent semble prendre conscience des risques de santé passés, présents et futurs. Ce temps est l'occasion pour les parents de

s'autoriser à exprimer leur détresse émotionnelle, ce qui améliore leur qualité de vie. Les parents connaissent plus des difficultés psychiques lors du troisième temps avec un contrôle émotionnel. Le suivi médical est mal vécu par les parents et les adolescents dès la troisième visite. Ce qui nous interroge sur la nécessité de poursuivre ce suivi en médecine de ville. Un soutien psychologique auprès des parents pourrait permettre aux parents d'exprimer leurs angoisses ; atténuer leur surprotection vis-à-vis de l'adolescent et mieux accepter les traces de la maladie sur le corps de leur enfant qui suscitent plus de détresse chez les adolescents. Un accompagnement psychologique auprès de l'adolescent durant la rémission pourrait l'aider à sortir de la régression, d'un rapprochement affectif avec ses parents, et à aborder sa difficulté à se révolter et à accepter les traces de la maladie sur son corps.

2- SE REAPPROPRIER SON CORPS ET SON IMAGE : ACTIVITE PHYSIQUE, RELAXATION, NUTRITION, SOCIO-ESTHETIQUE, ETC. QUELS BENEFICES PSYCHOLOGIQUES ?

Sécuriser le sein social suite à une mastectomie : proposition d'un protocole dédié aux patientes.

A. Arquillère, G. Toussoun, A. Talon, E. Delay

Introduction : La mastectomie entraîne chez les femmes de tous âges une perturbation de leur schéma corporel et de leur féminité. Une mauvaise gestion, tant physique qu'émotionnelle, de cette ablation peut entraîner des conséquences importantes sur le plan personnel, intime, familial et social. Le but de ce travail est de proposer un protocole original de prise en charge visant à sécuriser le sein social (décolleté) après mastectomie. Une étude portant sur 50 cas a permis d'évaluer le mieux être apporté par des soins esthétiques du buste, afin de minimiser ces effets négatifs, et ainsi améliorer la qualité de vie des patients.

Matériel et méthodes : 50 patientes hospitalisées dans le service de chirurgie ont accepté de participer à cette étude de façon volontaire. Le protocole, élaboré avec l'unité de chirurgie plastique et reconstructrice, a consisté en la participation à 5 séances de 1h30, animées par une socio-esthéticienne.

A chaque séance, les patientes ont bénéficié de :

-Feed-back et vidéo visant à sécuriser le port de la prothèse mammaire et le décolleté (qui est le sein social que l'on montre en société).

-Soins esthétiques du buste afin de faire « revivre » cette zone par des touchers doux et agréables.

-Maquillage correcteur pour masquer la cicatrice et les éventuelles rougeurs de la radiothérapie, et mettre en valeur le décolleté par un jeu d'ombres et lumières.

Au cours de ces séances, la socio-esthéticienne amenait progressivement les femmes à réaliser elles-mêmes ce travail et les encourageait à le faire chez elle, afin qu'elles reprennent contact avec cette partie de leur corps souvent délaissée.

Résultats :

– L'évaluation des questionnaires de satisfaction a permis de retrouver un fort taux de satisfaction.

– Les éléments positifs relevés dans cette approche ont été :

-L'approche en douceur du visuel et du toucher de leur buste.

-L'apprentissage de techniques ancillaires pour pallier à la réalité et s'habituer à la nouvelle situation.

-Réinvestir leur féminité et leur sensation thoraco-mammaire.

-Améliorer l'harmonie du schéma corporel.

-Eprouver à nouveau du bien-être dans cette zone meurtrie.

-Importance du temps consacré à l'écoute prolongée et douce, source de plaisir partagé et de libération des émotions.

-La majorité souhaiterait poursuivre les séances au-delà des 5 séances du protocole.

Conclusion :

La mastectomie, malgré ses conséquences morphologiques et psychologiques importantes, reste encore souvent nécessaire. Pour atténuer les conséquences corporelles néfastes de la mastectomie, le protocole de prise en charge proposé, visant à sécuriser le décolleté et à réinvestir la zone thoraco-mammaire, a montré qu'il fonctionnait bien et apportait un fort taux de satisfaction des patientes.

Ce protocole participe à l'amélioration de la qualité de vie et de l'acceptation des séquelles du traitement. Il permet d'aider les patientes à reprendre leur rôle de femme et d'oublier progressivement leur statut de malade. Nous avons montré qu'il était réalisable dans de bonnes conditions, et il a été apprécié de toutes les patientes ayant participé à cette étude. Aussi, il semble maintenant nécessaire d'essayer de l'intégrer à la prise en charge normale des patientes mastectomisées.

APPORT DE L'ACTIVITE PHYSIQUE EN CANCEROLOGIE

Dr Th Bouillet, CHU Avicenne Bobigny

L'AP correspond à un mouvement du corps lié à une contraction musculaire volontaire qui accroît la consommation d'énergie de l'organisme. Cette dépense d'énergie est mesurée en MET-H selon le type, la fréquence, et l'intensité de l'AP.

L'AP en cours et au décours des soins est la seule intervention validée améliorant le niveau de fatigue pendant et après les soins en cancérologie. L'AP modifie la qualité de vie et le niveau de dépression, la sensation du niveau de santé et du schéma corporel et favorise la réinsertion des patients. Les capacités cardiorespiratoires, musculaires et osseuses au décours des soins sont améliorées par l'AP qui réduit également l'indice de masse corporelle (BMI).

L'AP réalisée pendant et après les soins d'un cancer réduit de 50 % le taux de rechute des cancers localisés du sein, du colon, de la prostate et ce quel que soit l'âge, la surcharge pondérale, l'état hormonal, et les facteurs pronostiques du cancer, accroissant ainsi de 6 % le nombre de patients en vie 10 ans après un diagnostic de cancer mammaire non métastatique. Ce gain de survie ne s'observe qu'en cas d'AP régulière de niveau soutenu, au moins trois fois par semaine sur une période prolongée au-delà de 6 mois.

L'AP agit en abaissant les taux d'œstrogène, d'insuline et de leptine, hormones favorisant la croissance des cellules cancéreuses, modifications qui ne se produisent qu'au bout de 6 mois d'AP régulière et soutenue.

L'AP s'appuyant sur des données d'« evidence based medicine » améliore la qualité de vie, la fatigue, les capacités physiques, le maintien de l'indépendance et la réinsertion des patients, ainsi que les chances de guérison à la condition de respecter des critères d'intensité soutenue, de fréquence et de durée sur au moins un an. Ces bénéfices se font sans effet secondaire ni danger à condition d'être réalisé par des professionnels formés à l'AP en oncologie (APO). Une des problématiques est d'obtenir l'adhésion des patients à ces programmes d'AP en oncologie en analysant les barrages et peurs, les attentes des patients, et en mettant en place des pratiques associant éducation thérapeutique, plaisir de faire et progression dans l'AP.

ETUDE DE L'IMPACT PSYCHOLOGIQUE D'UN SEJOUR EN STATION THERMALE LORS DE LA PHASE DE REMISSION

M Gironde, S Claris, O Bézy, F Kwiatkowski, YJ Bignon

Introduction : Les pouvoirs publics et le corps médical reconnaissent aujourd'hui l'importance de prendre en compte la qualité de vie des patients après des soins en cancérologie. L'étude multicentrique Auvergnate « PACTHe » (Programme d'Accompagnement et de réhabilitation post-thérapeutique pour les femmes en rémission complète d'un Cancer du sein en station thermale) est un exemple de cette évolution. Au cours de cette étude pilote, des femmes bénéficiaient d'un séjour en station thermale axé sur l'activité physique et la nutrition. Les psychologues de l'équipe mobile de psychoncologie adulte du Centre Jean Perrin et du CHU de Clermont-Ferrand ont rencontré les patientes afin d'évaluer : la présence d'éventuels antécédents de troubles psychologiques ; l'adéquation du programme proposé avec leurs attentes et leurs besoins ; leur vécu subjectif du séjour. L'objectif de ce poster est, à partir de l'analyse d'entretiens, d'évaluer l'impact psychologique du séjour en station thermale après un cancer du sein. Méthode : 251 patientes ont participé à l'étude PACTHe : 130 dans le groupe "test" et 121 dans le groupe "contrôle". Les 130 femmes du groupe "test" ont rencontré un psychologue en entretien individuel à la fin du séjour, en station thermale : au Mont-Dore (n=25), à Châtel-Guyon (n=15) et à Vichy (n=77). Les entretiens semi-directifs d'une durée moyenne de 45 minutes, permettaient aux psychologues de compléter un cahier d'observation conçu pour l'étude.

Résultats : Les résultats ne montrent pas de différence entre le groupe "thermal" et la population générale concernant les antécédents de troubles anxio-dépressifs et/ou troubles du comportement alimentaire. Toutes les patientes expriment une évaluation très positive du séjour. Cependant, un tiers émettent des réserves sur le rythme des activités qu'elles considèrent trop soutenu.

Discussion : D'un point de vue psychologique, le bénéfice du séjour est incontestable, il est vécu par les patientes comme une étape nécessaire qui permet « une réparation psychique et corporelle ». Dans notre clinique quotidienne, de nombreuses patientes disent avoir ressenti un sentiment d'abandon, voire de lâchage, à la fin de leur parcours thérapeutique, le séjour thermal a manifestement « un effet tampon » très positif par rapport à ce vécu douloureux. Cependant, nous pensons qu'il convient de tenir compte du fait que le discours enthousiaste des patientes est une évaluation subjective ponctuelle, qui se traduit dans un discours partiellement généré par l'effet de groupe et un biais de désirabilité sociale.

3- ONCOGENETIQUE ET APRES CANCER : IMPLICATIONS PSYCHIQUES.

QUAND L'APRES-CANCER ENGAGE LA FAMILLE DANS UNE DEMARCHE EN ONCOGENETIQUE:

M. Barrault, C. Grados, V. Boussard, K. M'Bailara

A la fin des traitements, certaines femmes atteintes de cancer peuvent se voir proposer un test génétique visant à mettre en évidence une mutation génétique délétère. Ce temps d'attente du résultat génétique coïncide avec celui de l'après-cancer, temps de la réhabilitation et de mise à distance de la maladie. Les individus porteurs d'une mutation délétère des gènes BRCA1/2 sont souvent exposés à un lourd fardeau émotionnel lié à l'histoire familiale de cancers. Ainsi, la mise en évidence d'une mutation génétique pourrait réactiver d'anciennes blessures psychiques, ainsi qu'un fonctionnement familial peu fonctionnel. En outre, la révélation du statut de porteur de mutation génétique est associée à l'apparition potentielle de symptômes de détresse, de culpabilité ainsi qu'à des comportements comme l'évitement du dépistage ou une demande excessive de soin. Ainsi faire coïncider une démarche de réhabilitation avec l'acceptation de la possible récurrence de cancer et les enjeux individuels et familiaux liés à la prédisposition génétique délétère, peut s'avérer paradoxal pour l'individu concerné.

Objectif:

Cette étude qualitative a pour objectif d'explorer dans une perspective systémique :

- l'influence des histoires familiales passées et les fonctionnalités de l'environnement intra et extrafamilial actuel sur le vécu psychique de douze femmes traitées pour un cancer et engagées dans une démarche en oncogénétique dans l'après-cancer (7 en rémission, et 5 en fin de premier traitement),
- les modalités de la transmission de l'information génétique aux apparentés.

Méthode :

Dans une perspective complexe, les données qualitatives (entretien semi-dirigé et construction du Colored Eco-Genetic Relationship Map (CEGRM, Kennen et Peters, 2001) ont été triangulées avec les symptômes rapportés d'anxiété, de dépression, de stress post-traumatique et d'impact spécifique de la recherche de risque génétique mesurés par : le Multidimensional Impact of Cancer Risk Assessment Questionnaire (MICRA; Cella, 2002), l'Hospital Anxiety Depression scale (HADS; Zigmond et Snaith, 1983) et l'Impact of Event Scale Revised (Weiss et Marmar, 1997).

Résultats : différentes organisations familiales ont été identifiées : des familles « flexibles » où le cancer semble fondateur pour les liens familiaux ; des familles « enchevêtrées » où le cancer n'est que peu évoqué dans le but de protéger les autres ; des familles « chaotiques » où le cancer semble faire l'objet d'un tabou. Le croisement des données indique une influence du style relationnel familial et de la situation médicale sur le retentissement psychique de la recherche de mutation génétique. En effet, les niveaux de symptomatologie de stress post-traumatique, de conséquences négatives dues au dépistage et de dépression sont plus faibles pour les familles flexibles que pour les familles intriquées ou chaotiques et pour les femmes.

Conclusion :

Les femmes, chez qui la mutation génétique a pu être mise en évidence pour la première fois dans la famille, témoignent de la complexité de la place qu'elles occupent au sein de leur famille, à la fois vecteur de diffusion d'une mauvaise nouvelle et possible modèle de réhabilitation pour leurs proches.

Cette étude a également pour intérêt de promouvoir l'utilisation thérapeutique du génogramme et de ses adaptations. Cet outil constitue un support à l'activité narrative, permettant l'exploration de la dimension informationnelle, de liaison, temporelle et mythique. Cette médiation thérapeutique équivalente à la construction d'un objet flottant permet l'élaboration des traumatismes familiaux et peut faciliter le dévoilement du résultat génétique à l'ensemble des membres de la famille.

L'INCERTITUDE EN ONCOGENETIQUE – LA RENCONTRE D'UN SAVOIR QUI NE DIT RIEN DU SUJET.

B. Duffour

La médecine prédictive appliquée aux maladies à révélation tardive, comme dans de nombreuses configurations de cancers héréditaires, implique de nécessaires moments de flottements psychiques pour la personne s'engageant dans cette recherche d'une possible causalité génétique.

Les étapes de la recherche en oncogénétique vont comporter de nombreux temps d'interrogation qui peuvent représenter autant de mises en questionnement d'une représentation de soi et de sa biographie personnelle et familiale. A l'entrée de ce parcours, surgit tout d'abord l'incertain d'une question qui pose l'existence d'une hérédité possible ; que ce soit face à la conjonction d'une répétition dramatique de la maladie dans la famille conduisant progressivement à l'idée d'un phénomène héréditaire, ou bien devant la découverte fortuite de cette éventualité d'un risque jusqu'alors jamais envisagé. Arrive ensuite l'incertitude d'une décision à prendre, le doute quant au désir de savoir, à la possibilité de savoir. S'amorce alors le temps d'attente de la réponse, cette zone en suspension où l'ambivalence des sentiments va se rejouer, en fonction des enjeux et des alternatives, et dont la dynamique affective sera exprimée et mentalisée de façon très variable. Enfin, face au résultat finalement obtenu, va se révéler à plus ou moins brève échéance, la part d'incertitude irréductible de cette annonce, part inhérente à la dimension probabiliste du risque en oncogénétique.

Cette phase de confrontation à la réponse pose la délicate problématique de l'incertitude d'être-à-risque que doit supporter le consultant (malade ou non), placé devant l'impératif de devoir composer avec ce reste, ce résidu impensable d'un potentiel drame, dont la possible réalisation est rendue perceptible au travers d'une parole à valeur d'oracle.

Passant par le récit de deux histoires cliniques, nous nous interrogerons, avec d'autres auteurs, sur les enjeux psychiques impliqués par cette annonce d'un risque de maladie cancéreuse, notamment dans le rapport du sujet à sa vérité subjective et à la dimension fondamentale de l'incertitude dans l'existence.

4- TROUBLES COGNITIFS DANS L'APRES CANCER.

FONCTIONS COGNITIVES ET CANCER DU SEIN CHEZ UN GROUPE DE PATIENTES AGEES : RESULTATS PRELIMINAIRES

M. Lange M, F. Joly, S. Noal, A. Daireaux, B. Giffard

Objectifs : Des troubles cognitifs légers - touchant principalement la mémoire épisodique et les fonctions exécutives - sont souvent rapportés par les patients traités par chimiothérapie pour un cancer. Ces déficits sont également observés avant traitement, soit juste après l'annonce diagnostique. Les patients âgés représentent une population à risque de développer des troubles cognitifs. L'objectif de cette étude était de clarifier la nature et l'origine de ces troubles, auprès d'un groupe de femmes âgées (plus de 65 ans) traitées pour un cancer du sein localisé, en précisant l'impact réel de la chimiothérapie adjuvante ainsi que l'influence de facteurs anxio-dépressifs et de la fatigue avant et après traitement adjuvant.

Méthode : Une évaluation longitudinale des fonctions cognitives (batterie de tests neuropsychologiques : fonctions exécutives, mémoire de travail, mémoire épisodique et vitesse de traitement), de la plainte cognitive subjective, de l'anxiété, de la dépression et de la fatigue (auto-questionnaires validés), a été réalisée avant traitement et 6, 12 et 24 mois après la fin du traitement adjuvant (radiothérapie +/- chimiothérapie). Les résultats présentés concernent l'analyse initiale et à 6 mois des 87 premières patientes, âgées de 71 ans (± 4 ans), traitées pour un cancer du sein localisé. 79 patientes ont été revues après traitement (2 sous-groupes : 25 traitées par chimiothérapie adjuvante et 54 non traitées par chimiothérapie adjuvante). Un déficit cognitif a été défini par un score < 2 SD des normes à un test ou $< 1,5$ SD des normes à 2 tests ou plus. Des corrélations de Spearman ont été réalisées. A l'issue du traitement, les performances des groupes ont été comparées à partir du Reliable Cognitive Index (RCI) permettant de corriger l'effet test-retest.

Résultats : Avant tout traitement adjuvant (T0), comparé aux normes de la population générale, un déficit à au moins une des fonctions cognitives évaluées est observé chez 67 % des patientes du groupe chimiothérapie (mémoire de travail et mémoire épisodique principalement) et chez 46 % des patientes du groupe sans chimiothérapie (fonctions exécutives principalement). L'anxiété, la dépression et la fatigue sont corrélées avec la plainte cognitive ($p < 0,01$) mais non avec les scores cognitifs objectifs. A l'issue du traitement (T6), les performances à certaines fonctions cognitives semblent différer en défaveur du groupe traité par CT : mémoire de travail (empan envers - RCI : groupe CT = -0,39 vs. groupe sans CT = 0,03 ; arithmétique - RCI : -0,14 vs. 0,7) et récupération en mémoire épisodique (rappel libre différé - RCI : -0,09 vs. 0,17).

Discussion : Ces résultats préliminaires mettent en évidence que plus de la moitié des patientes âgées avec un cancer du sein présentent des troubles cognitifs initiaux à tout traitement adjuvant. L'anxiété, la dépression et la fatigue sont corrélées avec la plainte cognitive mais non avec les scores cognitifs objectifs. Enfin, la chimiothérapie semble avoir un impact délétère sur certains scores cognitifs.

Conclusion : Les patientes de 65 ans et plus traitées pour un cancer du sein localisé ont souvent un déficit cognitif initial et semblent être particulièrement vulnérables à développer un déclin cognitif avec la chimiothérapie adjuvante.

VERS DES RECOMMANDATIONS SUR LE SUIVI NEUROPSYCHOLOGIQUE CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER.

M. Boone Mathieu, H. Taillia, et le groupe GRECONCO

L'allongement de la survie des patients cancéreux conforte l'émergence des soins de support. Dans ce cadre, on observe que les patients peuvent être affectés dans des proportions importantes par les troubles cognitifs. La neuro-oncologie concerne un champ d'étude large puisqu'il concerne des patients atteints d'un cancer non cérébral mais dont le traitement a des conséquences cognitives (chemobrain), aux complications de la radiothérapie curative ou prophylactique des métastases cérébrales en passant par les patients traités pour gliome ou atteints de méningite tumorale. L'accent doit maintenant être mis sur le développement et l'homogénéisation des outils d'évaluation de ces troubles spécifiques à cette population.

Le chemobrain est de loin la situation la mieux étudiée. Les tests conseillés au niveau international sont l'HVLT (mémoire verbale épisodique), le TMT A et B (traitement de l'information et interférence) et les fluences verbales (étude des fonctions exécutives et a minima du langage) (recommandations de l'ICCTF, 2011, Lancet Oncol). Les troubles cognitifs au cours de métastases cérébrales (traitées ou non) sont étudiés depuis une dizaine d'années par HVLT, TMT A et B, fluences mais aussi les subtests codes et empan de la WAIS-III, Grooved Pegboard (Meyers, 2004, J Clin Oncol). Les tumeurs cérébrales primitives sont étudiées à la suite de Taphoorn (Lancet, 2004) par tests explorant la perception (bissection de lignes, Benton Facial recognition test, test de jugement de lignes de Benton), le traitement de l'information (code de la WAIS-III), la mémoire (mots de Rey – RAVLT, empan), l'attention et les fonctions exécutives (Stroop, fluence verbale, TMR).

La commission du GRECONCO a pour objectif de recenser et de valider des épreuves neuropsychologiques de langue française pour évaluer les conséquences cognitives liées au traitement des cancers. Les recommandations du GRECONCO, en cours d'élaboration, s'orientent vers les conclusions suivantes :

- une batterie cognitive paraît incontournable dans les études neuro-oncologiques dès lors qu'il est question de qualité de vie ;
- une évaluation avant traitement est justifiée avec une fréquence d'évaluation neuropsychologique (4, 6 ou 12 mois) en fonction de la pathologie neuro-oncologique ;
- s'il s'agit d'un travail visant à comparer les résultats à ceux d'autres travaux antérieurs, il importe d'utiliser les explorations cognitives internationales reconnues ;
- s'il s'agit de répondre à des questions plus précises (type de détérioration cognitive, détection précoce des troubles, suivi au long cours des patients atteints, etc...), les tests utilisés dans les publications antérieures ne sont, pour certains, ni adaptés, ni assez sensibles.
- les pistes de réflexion du GRECONCO introduisent de ce fait d'autres tests : RL-RI 16 ou RLS 15 pour la mémoire verbale, figure de Rey pour la mémoire visuelle, empan direct et indirect pour la mémoire de travail, PASAT et/ou d2, le Stroop 4 planches et/ou la séquence chiffres/lettres de la WAIS-R pour les fonctions exécutives, le MoCA pour l'évaluation globale, la Mattis pour les stades avancés, la DEX ou l'ISDC pour les troubles comportementaux, la fNART pour le niveau pré-morbide et la version courte de la BNT ou la BARD pour le langage. Des échelles évaluant la qualité de vie (QLC-Q30, BN20), l'anxiété (Golberg), la dépression (CES-D) et la fatigue doivent être jointes à l'évaluation cognitive.
- une fréquence d'évaluation neuropsychologique et des valeurs-seuils sont proposées.

TROUBLES COGNITIFS EN CANCEROLOGIE : DE L'EVALUATION A LA PRISE EN CHARGE

A. Daireaux, S.Vandenbossche, J. Le Fel, F. Joly, B. Giffard, I. Léger, D. Razavi, B. Jonius, E.Ferrand

Introduction : de nombreuses études montrent des perturbations des fonctions cognitives chez des patients atteints d'un cancer suite aux traitements par chimiothérapie. Ces perturbations représentent un enjeu majeur en terme de réintégration professionnelle et sociale et peuvent entraîner une souffrance psychique notable.

Etat des lieux : les atteintes du système nerveux en lien avec le traitement de chimiothérapie sont confirmées par des techniques d'imagerie cérébrale de plus en plus sophistiquées. Les retentissements anatomiques et fonctionnels sur le cerveau sont tellement prégnants que les études cliniques en imagerie cérébrale ont connu une impulsion phénoménale depuis ces deux dernières années.

Toutefois, la pathologie cancéreuse a un impact considérable sur la vie psychique du patient, ce qui nous invite également à interroger des facteurs d'origine psycho-affective sur le fonctionnement cognitif.

Une étude de Vardy et collaborateurs montre que la plainte de mémoire subjective (observée chez 70% des patients) est plutôt associée au niveau d'anxiété-dépression, à la qualité de vie et à la fatigue.

Une autre recherche menée par Hermelink et collaborateurs s'est également intéressée à l'impact de l'annonce d'un cancer sur les fonctions cognitives : la plainte de mémoire serait présente chez 25 à 33% des patients avant tout traitement. Cette plainte sous-tendrait donc une détresse psychologique plus globale.

Objectifs et méthodes : depuis l'année 2007, une collaboration est née de la rencontre de six neuropsychologues issus des Centres de Lutte contre le Cancer de Caen, Rouen, Villejuif, Nice, Bruxelles et Liège. Nous avons réfléchi ensemble à la spécificité et la singularité d'un travail d'évaluation et de rééducation cognitive en cancérologie.

Evaluation neuropsychologique:

Nous rencontrons les patients dans le cadre d'une consultation ambulatoire afin de réaliser un bilan neuropsychologique complet. Une batterie psychométrique standardisée est proposée aux patients : elle comprend une évaluation de la plainte cognitive subjective, de la fatigue et de la détresse psychologique. Nous ajoutons des tests spécifiques mesurant l'attention, la mémoire épisodique, la vitesse de traitement, la mémoire de travail, les fonctions exécutives, le langage, les gnosies et les praxies.

Prise en charge en rééducation:

La prise en charge est proposée aux patients présentant une fragilité ou un déficit cognitif. Une séance de rééducation démarre par un court entretien qui permet au patient d'expliquer les difficultés de mémoire survenues dans sa vie quotidienne. Le psychologue contribue à analyser l'origine des troubles et propose des stratégies concrètes pour y remédier. Des exercices techniques sont ensuite proposés visant à restaurer les fonctions cognitives fragilisées : liste de mots ou photos d'objets à apprendre, mémorisation de prénoms associés à des visages inconnus, exercices d'attention soutenue et de concentration, etc...

Résultats : les patients qui ont bénéficié des ateliers de rééducation montrent une amélioration significative sur le plan des tests psychométriques, mais ils présentent également une meilleure estime d'eux-mêmes, une amélioration sur le plan thymique, une meilleure compréhension de leur fonctionnement intellectuel et une réassurance sur le plan professionnel et social.

Conclusion : compte tenu de l'origine multifactorielle des dysfonctionnements cognitifs (effets du traitement, effets de l'annonce de la maladie), les psychologues vont au-delà d'un travail technique d'évaluation et de rééducation de la mémoire : ils s'attachent également aux retentissements psychologiques, dans la mesure où ils permettent de mieux comprendre ce qui est engagé dans l'amélioration du fonctionnement intellectuel et de la qualité de vie du patient. Il s'agit d'inscrire nos interventions dans le cadre plus global du parcours de maladie et de vie du patient.

5- RETOUR AU TRAVAIL ? ASPECTS PSYCHOLOGIQUES ET PSYCHOSOCIAUX.

RETOUR AU TRAVAIL APRES UN CANCER : ETUDE QUANTITATIVE ET QUALITATIVE AUPRES DE 402 SALARIES.

M. Sevellec, M. F. Bourrillon, S. Le Bideau, L. Belin, B. Asselain

Objectifs : Notre recherche avait pour objectif de mieux connaître les difficultés rencontrées par les salariés atteints de cancer lors de la reprise du travail afin de pouvoir les anticiper et proposer des solutions adaptées. Nous développerons plus spécifiquement les aspects psychologiques et psychosociaux de ce travail.

Matériel et méthodes : Pour cette recherche réalisée en 2008, 82 médecins du travail volontaires de la SMTOIF ont collecté de manière systématique des informations sur 402 salariés ayant eu un cancer diagnostiqué en 2005 et 2006. Un auto questionnaire adressé aux salariés a permis de compléter ces informations (taux de réponse : 90%). Une étude qualitative basée sur des entretiens semi directifs a été réalisée auprès de 42 salariés volontaires.

Résultats : Notre échantillon est composé de 240 femmes et 162 hommes, l'âge moyen est de 51 ans. Les deux principales localisations de cancer sont le cancer du sein (36%), et le cancer de la prostate (10%). 28% des salariés ont continué à travailler pendant les traitements. Avec un recul médian de 2 ans après le diagnostic, 79% des salariés travaillent au moment de l'enquête. Une visite de pré reprise a eu lieu dans 22% des cas ; un poste sur deux a été aménagé. 61% des salariés se déclarent plus fatigables qu'avant, 14% ressentent des douleurs. Ils ont pour 29% un score d'anxiété supérieur ou égal à 11 (échelle HAD) et 6% un score de dépression supérieur ou égal à 11, versus 10% et 3% dans une population salariée similaire du secteur tertiaire. Ils sont 38% à prendre des psychotropes, 41% éprouvent des troubles du sommeil et 33% signalent des troubles de la mémoire et de la concentration.

L'analyse qualitative des quarante deux entretiens s'est focalisée sur le moment de la reprise du travail. Ce moment là est attendu car il représente un retour à la vie normale. Il est un double enjeu social (retrouver une place) et psychique (fermer la parenthèse). Mais il est aussi une épreuve de réalité puisque un moment de confrontation aux autres, une prise de conscience de ses limites physiques, de sa fragilité psychique. Les questionnements identitaires, la rupture biographique et l'impression d'étrangeté, liés à la maladie et au traitement sont réactivés au moment de la reprise de travail. Les salariés demandent à être informés en amont et accompagnés pour réussir ce retour au travail et s'épargner une autre épreuve, une autre lutte.

Discussion : Les salariés atteints de cancer éprouvent d'importantes difficultés lors de la reprise, particulièrement après un arrêt de longue durée (supérieur à 6 mois), souvent lié à une chimiothérapie. Ces difficultés sont mal appréhendées et non anticipées par le salarié. De plus, étant également largement méconnues des professionnels, l'accompagnement est inadapté et les moyens disponibles ne sont pas toujours utilisés à bon escient. Une réinsertion réussie ne peut se concevoir que dans le cadre d'actions coordonnées des différents acteurs (salarié, médecin du travail, psychologue, assistante sociale, médecin traitant, ressources humaines...).

L'EXPERIENCE D'UNE CONSULTATION PLURIDISCIPLINAIRE D'AIDE A LA REPRISE DU TRAVAIL APRES UN CANCER

G. De Blasi, E. Bouteyre, J. Bretteville, et L. Rollin

Introduction : Le retour à l'emploi est un facteur essentiel de la qualité de vie pour les patients après les traitements du cancer. Le travail est une composante importante du rôle social et de l'identité (Parsons, 2008 ; Rasmussen, 2008). Reprendre une activité professionnelle après un cancer représente une « victoire » sur la maladie (Johnsson, 2009) et offre l'opportunité de reprendre ou maintenir le contrôle de sa vie (Peteet, 2000).

En 2006, une consultation pluridisciplinaire d'aide à la reprise du travail après un cancer, composée d'un médecin du travail, d'une assistante sociale et d'une psychologue, est créée au CHU de Rouen. Ce dispositif, accessible à toute personne, atteinte ou ayant été atteinte d'un cancer, souhaitant préparer son retour au travail, est unique en son genre en France.

Objectifs : Cette communication vise à présenter cette initiative et à tirer quelques constats de l'accompagnement médico-social et psychologique apporté aux patients.

Méthode : Initialement, les consultants sont reçus par le médecin du travail et l'assistante sociale. Afin de co-construire un projet de retour au travail avec le patient, incluant un calendrier prévisionnel, la consultation médico-sociale vise à recueillir les souhaits du patient, réaliser le bilan des capacités de travail, des contraintes du poste et conseiller des démarches sociales et/ou administratives adaptées.

L'accompagnement psychologique intervient après la consultation médico-sociale, à la demande du patient ou sur les conseils du médecin du travail et de l'assistante sociale. La moitié des consultants a bénéficié d'entretiens cliniques, dans le cadre de suivis psychologiques, pour préparer ou accompagner la reprise du travail. En 2010 et 2011, deux groupes de parole (20 patients au total), coanimés par le médecin du travail et la psychologue, ont été mis en place.

Echantillon : A partir de 163 dossiers médicaux exploitables, de 2006 à 2011, nous avons pu repérer les caractéristiques des consultants. Au moment du diagnostic, la moyenne d'âge des patients est de 42 ans et 81% d'entre eux avaient une activité professionnelle. 82% des consultants sont des femmes. Du fait de cette forte proportion de femmes, le cancer du sein est le plus fortement représenté (65%), suivi des cancers hématopoïétiques (10%). 73% des patients sont en rémission lorsqu'ils consultent, 15% sont « guéris » (ce qui indique des difficultés durables dans la vie professionnelle) et 10% présentent un cancer évolutif.

Résultats : L'activité de la consultation a consisté à maintenir les personnes au travail, mais également à les réinsérer dans le cas où ils n'avaient plus d'emploi.

Il ressort de l'accompagnement médico-social les constats suivants :

- Les patients présentent des séquelles physiques (asthénie intense et douleurs sont les plus fréquentes) qui s'avèrent être des contraintes pour le retour au travail ;
- Les conseils prodigués concernent le plus souvent le Temps Partiel Thérapeutique (TPT), l'orientation vers la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ou la visite de pré-reprise.

L'accompagnement psychologique, individuel ou collectif, révèle :

- Des sentiments d'isolement et d'abandon à la fin des traitements, le sentiment d'être délaissé dans les démarches de retour à l'emploi ;
- Des difficultés liées à la préparation ou au retour à l'emploi (relationnelles ou propres au travail à effectuer) ;
- La crainte d'une récurrence rend difficile toute projection dans l'avenir, et l'incertitude de l'évolution de la pathologie peut compromettre la réinsertion professionnelle ;
- Un remaniement de l'identité des patients : le sentiment d'être différent de celui d'avant la maladie, avec de nouvelles priorités de vie, conduit à repenser le sens accordé au travail et à la vie professionnelle.

Conclusion : L'intérêt de cette consultation réside dans une prise en charge spécialisée et pluridisciplinaire adaptée à la pathologie cancéreuse. Cette consultation œuvre au retour à la vie « normale », à la reprise d'une activité professionnelle en aidant au dépassement des ressentis et questionnements anxiogènes. Cette démarche s'inscrit pour les patients dans une recherche d'appui pour faire face à des difficultés, vécues et/ou anticipées. Elle s'inscrit comme une étape du processus de retour à l'emploi en offrant aux patients une transition, à la fin des traitements, entre le monde hospitalier et le monde du travail.

QUAND LA REPRISE PROFESSIONNELLE APRES LES TRAITEMENTS REVELE LE PATIENT A LUI-MEME.

A. Eberl-Marty

Dans le cadre de notre activité en psycho-oncologie au sein d'un hôpital général, nous avons observé une augmentation des demandes de suivis après les traitements de cancer. Force est de constater que la plupart de ces demandes ont émergé au moment de la reprise professionnelle des patients. De plus, il s'agit fréquemment de patients n'ayant pas fait de demande de suivi durant les traitements, malgré le passage régulier de la psychologue. Dans ce cadre, nous sommes en droit de nous interroger :

- Quels sont les processus et mécanismes mis en place au moment de la reprise professionnelle après un cancer ?
- Quelles sont les caractéristiques des patients demandant un soutien après les traitements ?
- Pourquoi la reprise professionnelle engendre-t-elle des demandes de suivi post-traitement ?

Afin d'appréhender au mieux les facteurs déterminant une demande de suivi post-traitement et les processus psychologiques en jeu lors de la reprise professionnelle, nous ferons l'analyse de trois cas cliniques : Mme D. 28 ans, mariée, un enfant. Traitée pour un cancer du sein par chimiothérapie puis chirurgie et enfin par thérapie ciblée d'une durée de un an. Mme G. 47 ans, divorcée, sans enfant. Traitée pour un cancer du sein par chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie. M R. 48 ans, marié, 2 enfants. Traité pour un lymphome B par chimiothérapie.

Ils sont tous en rémission après leur traitement. Les patients ont tous demandé un suivi plusieurs mois après l'arrêt des traitements. Ils vont ou ont repris depuis peu une activité professionnelle : deux à temps partiel, le troisième à temps plein. La maladie et les traitements n'ont pas entraîné de handicap. Ils étaient tous désireux de reprendre leur activité professionnelle.

L'analyse de ces situations cliniques a permis de mettre en exergue quelques éléments saillants :

- Ces patients n'ont pas fait de demande durant les traitements : Il s'avère que chaque patient semble avoir développé un coping centré sur la recherche de soutien social. Ce dernier a d'ailleurs été perçu comme efficace et suffisant pour ne pas demander un soutien psychologique ;
- Durant les traitements, les sujets semblent avoir immédiatement mobilisé leurs ressources, sans élaboration psychique préalable constatée ;
- Le domaine professionnel semble être le déclencheur d'angoisses révélant parfois des problématiques plus complexes ;
- Les patients se sont fortement mobilisés psychiquement durant les traitements ;
- Deux d'entre eux ont tenté de continuer à travailler durant les traitements ;
- Les patients ne semblent pas faire de liens entre leurs difficultés actuelles et l'événement maladie.

Ces éléments portent à penser que :

- la reprise professionnelle est peut-être l'élément déclencheur d'une prise de conscience d'un changement qui a été dénié jusque là. En effet, il s'avère que les patients n'ont pas pris conscience des répercussions psychiques de la maladie et des traitements. Certains manifesteront même un refus de voir dans leur questionnement actuel une conséquence des bouleversements psychiques dus à la maladie.
- Il est possible qu'il soit plus difficile de remobiliser les ressources psychologiques nécessaires pour s'adapter à ce nouveau changement, au moment où le soutien social se fait moins dense notamment.

Cancer - Fin traitements - Reprise professionnelle – Bouleversements psychiques

VENDREDI 12 OCTOBRE

SESSION PLENIERE

14h30 – 16h00

ORGANISATION ET PRISE EN CHARGE DE L'APRES CANCER ET RECOMMANDATIONS DE LA SFPO

LA DIMENSION PSYCHIQUE DANS LES CONSULTATIONS DE REMISSION OU D'APRES CANCER

M. DERZELLE, Psychologue – Psychanalyste, Institut Godinot, Reims

Les enjeux d'une « consultation rémission »

Que le temps du sujet ne soit pas superposable au temps médical, le temps de la rémission le dit sans doute suffisamment. Quels peuvent donc bien être les enjeux d'une « consultation rémission » telle qu'ouverte récemment au Centre de Lutte Contre le Cancer de Reims, organisée sur la base d'un binôme médecin généraliste travaillant en oncologie/psychologue-psychanalyste ? De la rupture de l'illusion d'identité ouverte par le choc du diagnostic à la chute, au temps de la rémission, de l'identité substitutive de surface produite par « l'effet cadre » des traitements de longue durée, des points de repère se dessinent pour un renouvellement de la clinique en oncologie : problématique identitaire, effet prothétique de la structure de soins, perte de l'étayage, élaboration du deuil du maternel... Car, nous savons à peu près ce que c'est qu'être malade ou non, mais que savons-nous de celui qui « a eu un cancer » ? L'extension des Soins de Support à la phase de rémission de la maladie s'impose sans doute...

Mots clés :

Cancer - Rémission - Consultation rémission - Perte de l'étayage - Deuil du maternel -