

# La prise en charge psychologique dans l'après cancer : recommandations de la SFPO

Dr Isabelle Piollet, psychiatre  
Institut Ste Catherine Avignon

# La période de l'après cancer

- \* Concerne une majorité de patients qui, après les tmts, retrouvent une vie quotidienne avec rôles socio-familiaux et professionnels
- \* Période de transition, et non un simple changement de statut, exigeant un cheminement psychique
- \* Limites de cette période ?
- \* Période complexe : « *c'est quand la mer se retire que l'on voit qui se baignait tout nu...* »

# La complexité de cette période

- \* Séquelles physiques et psychiques : plus de la majorité des patients
- \* Poursuite de traitements
- \* Modification de repères
- \* Arrêt de certains soutiens : médicaux, socio-familiaux
- \* Facteurs émotionnels particuliers

# Facteurs émotionnels « spécifiques »

- \* **Le syndrome de Lazare** « Ensemble de difficultés auxquelles se trouvent confrontées les personnes en rémission d'un cancer »(Dhomont,1988) : peur de la récurrence, baisse de l'estime de soi, préoccupation morbide sur la mort, sentiment d'abandon, labilité psychologique, isolement social, difficulté à réintégrer le réseau, familial, social, professionnel...
- \* **Le paradoxe de l'après maladie : soulagement et satisfaction** de retrouver « la santé » et sentiment de **vulnérabilité, avec peur de la récurrence** et **angoisse de mort** omniprésente, et souvent un sentiment **d'abandon**

# Facteurs émotionnels « spécifiques »

## La crise identitaire de l'après cancer :

- \* Le sentiment identitaire est mis à mal pendant la maladie
- \* **Bascule identitaire** (Derzelle, 2003) : Interruption de l'effet cadre des traitements et du lien au corps médical. Etayage de surface, mis en place après l'annonce de la maladie, s'effondre.
- \* Création d'un **flou identitaire** : lors de l'annonce de la rémission, le patient n'est ni tout à fait bien-portant, ni malade...
- \* Le **sentiment de guérison** n'est pas réductible à la notion de rémission... : seuls 58 % des patients qui se disent guéris sont, d'après leur médecin traitant, en rémission. Cancer du sein : 53% des femmes en rémission se déclarent guéries (42% non en rémission se disent pourtant guéries...) 47% de femmes qui sont en rémission, ne se déclarent pourtant pas guéries... dans quel état se sentent-elles ?

# Les recommandations de la SFPO

- \* Basées sur 30 ans de recherche et données bibliographiques
- \* Expérience clinique acquise
- \* Groupe d'experts lors du 29<sup>ème</sup> Congrès de la SFPO (Caen 2012)
- \* Enjeux de ces recommandations
  - \* Mieux comprendre les difficultés psychiques que peuvent traverser les patients et leurs proches
  - \* Juger de l'intérêt de la prise en compte de ces difficultés ( fréquence, impact)
  - \* Établir des programmes de soins adaptés

# Les séquelles dans l'après cancer

- \* **Séquelles physiques** : prévalence élevée : jusqu'à 80% fatigue, 50% douleur. D'autres sont moins citées bien que présentes et invalidantes (tbls sexuels et de l'image du corps). La prise en charge de ces symptômes physiques est indissociable de l'état psychologique du patient.
- \* **Séquelles cognitives** : Prévalence élevée (15 à 50 % des patients)
- \* **Séquelles émotionnelles** :
  - \* Tbles émotionnels **fréquents**
  - \* peu de données satisfaisantes sur leur prévalence (échantillons peu représentatifs, écart de prévalence majeurs, peu d'études après 12 mois)
  - \* élévation de la détresse émotionnelle après l'arrêt des traitements et retour à la normale pouvant attendre jusqu'à deux ans après la fin des traitements.
  - \* **Impact important** de ces troubles émotionnels : moins bonne qualité de vie / plaintes physiques/ moindre satisfaction par rapport aux soins / augmentation du risque de non observance des traitements / risque d'inégalités d'accès aux soins, en particulier aux soins de réhabilitation de l'après cancer/ ...

# La fatigue

- \* Rapportée par **80% des patients**
- \* Expression **très intriquée avec les facteurs psychologiques:**
  - \* **Expression émotionnelle** de la fatigue : morosité, irritabilité
  - \* **Cause** de la fatigue : dépression, anxiété chronique, états de stress post-traumatique
  - \* **Conséquence** de la fatigue : réaction à l'inactivité
- \* Intervention du psycho-oncologue si EVA fatigue sup à 6/10 ou si impact sévère sur la vie quotidienne
- \* En l'absence d'état dépressif, pas d'antidépresseurs pour lutter contre la fatigue



# La douleur

- \* **30 à 50 % des patients** sont douloureux en phase de surveillance
- \* **Rarement une évolution spontanément favorable** ( prévalence douleurs postmastectomies 20 à 65 % à 1 an de la fin des tmts)
- \* Les patients douloureux chroniques ont **plus de symptômes anxieux et dépressifs**, majorant à leur tour la perception douloureuse
- \* La **peur de le récurrence** peut être entretenue par ces douleurs, et en être elle-même un facteur de modulation
- \* **Dépistage systématique d'un trouble anxieux ou dépressif devant une douleur persistante dans l'après cancer**
- \* Intervention d'un psycho-oncologue si plainte douloureuse complexe, composante émotionnelle au 1<sup>er</sup> plan ou retentissement important sur la vie quotidienne ou la réinsertion

# Les troubles cognitifs

- \* **15 à 50 % des patients** : chemobrain (radiothérapie encéphalique, chimio, hormono, thérapies ciblées)
- \* **Évolution mal connue** : augmentation ou réduction dans le temps
- \* **Impact négatif** sur la qualité de vie et le vécu psychologique
- \* Plaintes subjectives pas toujours liées aux troubles objectivés par les tests
- \* Évaluation systématique de la fatigue, de l'anxiété et de la dépression

# Troubles émotionnels

- \* **Fréquence** : majorité des patients ont une détresse émotionnelle à la fin des tmts qui diminuera dans les 12 à 24 mois, mais prévalence et évolutivité mal connues
- \* Les symptômes de détresse à la fin des traitements dépendent de la **personnalité antérieure, de l'histoire, des mécanismes d'ajustement** .
- \* **Facteurs protecteurs** : optimisme, affectivité positive, capacité à se confronter à ses émotions, à les extérioriser
- \* Risque de l'hyperadaptation immédiate

# Troubles émotionnels

- \* **Troubles rencontrés**

- \* Anxiété (60% peur de la récurrence),
- \* États de stress post-traumatiques ( 50% au moins un symptôme),
- \* Dépression : fréquence des EDM ?

- \* **Certains facteurs de risque de la détresse** dans l'après traitement sont bien connus

- \* Femme jeune, vivant seule, isolée, niveau économique faible
- \* Importants symptômes psychiques pendant la maladie et ATCD psychopatho
- \* Besoins psycho-sociaux non satisfaits en début de prise en charge : *facteur prédictif majeur de détresse* d'où importance de leur repérage précoce

# Adhésion au suivi et à la compliance aux traitements au long cours

- \* **Taux moyen de non-adhésion** avec les thérapies anticancéreuses orales est de 21 %
- \* Cancer du sein et hormonothérapie : arrêts prématurés associés à une mortalité augmentée de 26 %
- \* **Répercussions médicales et économiques majeures**
- \* Différents facteurs sont intriqués ( patient, maladie, traitement, médecin), dont **les facteurs psychiques** :
  - \* la dépression est un facteur de risque majeur ( 2 à 3 fois plus),
  - \* résultats plus contrastés pour l'anxiété,
  - \* sans parler des troubles psychotiques
- \* **La sous-estimation des facteurs psychiques peut entraîner une perte de chance**

# Les prises en charge psychologiques et psychiatriques

- \* En fonction des cadres théoriques dominants actuels
- \* Accès parfois difficile dans l'après-cancer (patients, offre de soins)
- \* Efficacité complexe à évaluer et orientation vers telle ou telle thérapie difficile a priori
- \* **Efficacité de ces PEC dès lors que la détresse psychologique est élevée** (les réserver aux patients les plus en difficulté)
- \* Intérêt des approches groupales

# Première recommandation

- \* L'évaluation régulière de l'état psychologique des patients qui doit être faite tout au long de la maladie **reste nécessaire dans la phase d'après cancer.**
- \* Cette préoccupation pour l'état psychologique des patients doit être **intégrée dans la prise en charge globale réalisée par l'équipe oncologique** hospitalière comme par celle des acteurs de soins de ville.
- \* Elle doit permettre **d'orienter les patients** vers une évaluation psychologique ou psychiatrique si nécessaire.

# Deuxième recommandation

## **Cette évaluation systématique brève de l'état émotionnel (évaluation non spécialisée)**

- \* intégrée dans l'évaluation globale des besoins en soins de support
- \* peut se faire avec des questions ouvertes brèves et/ou échelle d'évaluation émotionnelle (ex : HADS))
- \* exploration brève du contexte familial, notamment lorsqu'il existe de jeunes enfants.
- \* **Évaluation indispensable devant tout symptôme physique assez sévère pour impacter le quotidien (ex : douleur, fatigue), ou fortement déterminé par les possibilités d'adaptation psychologique (ex : difficultés de l'image corporelle, troubles sexuels, troubles cognitifs).**



# Troisième recommandation

**Une évaluation spécialisée par un psychologue ou un psychiatre est nécessaire :**

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

# Quatrième recommandation

- \* **L'anticipation** des difficultés de l'après cancer est **possible** et **nécessaire**. L'état psychologique et la qualité de vie dans l'après cancer sont liés à l'état psychologique et à la qualité de vie au début de la maladie et pendant les traitements.
- \* **Certains facteurs de risque sont connus** et doivent être source d'une attention particulière
  - \* Sexe féminin
  - \* < 50 ans
  - \* Isolement social, faible soutien social
  - \* Faible niveau socio-économique
  - \* Comorbidités médicales et psychiatriques
  - \* Séquelles physiques
  - \* **Importance des symptômes de tous ordres durant les traitements**
  - \* **Importance de la détresse émotionnelle et des besoins non satisfaits au début de la prise en charge et durant les traitements**

# Cinquième recommandation

- \* Les soins psychiques ont globalement montré leur **efficacité** sur l'état émotionnel et la qualité de vie des patients.
- \* Ils doivent **rester accessibles** dans l'après cancer.
- \* **Ils doivent être développés et proposés en priorité aux patients dont le niveau de détresse et de souffrance psychologique est élevé.**
- \* Ils peuvent **s'inscrire dans des programmes pluridisciplinaires** associant les soins psychiques à d'autres soins de support (prise en charge diététique, activité physique... ).
- \* Les données sont cependant insuffisantes concernant leur organisation (méthodes, intervenants, moment d'intervention, durée... ).

# Sixième recommandation

- \* Les prises en charge psychologiques peuvent être nécessaires **dans le long terme**
  - \* ex : impact sur la fertilité, prise en charge des enfants et adolescents à l'âge adulte, prises en charge de l'impact familial...
- \* L'organisation des soins doit faciliter la mise en **continuité** de ces prises en charge, avec le maintien de l'accès aux soins dans l'après cancer.

# Septième recommandation

- \* La prise en charge **globale** doit être **pluridisciplinaire** et **intégrer les soins psychiques au cœur des soins oncologiques (collaboration)**.
- \* Cette intégration est garante :
  - \* de l'adaptation des soins psychiques à la réalité somatique
  - \* comme de la prise en compte des facteurs émotionnels dans les symptômes psychiques
- \* L'organisation des soins doit veiller à cette intégration, à l'hôpital, et en particulier dans le maillage ville/hôpital (qualité des transmissions).

# Huitième recommandation

- \* **La proposition d'une consultation psychologique doit être intégrée dans le dispositif du PPAC.**
- \* **Elle doit pouvoir être suivie d'un programme de soins psychiques effectif s'il est nécessaire**, ce qui suppose une **organisation des soins** capable de l'assurer (maillage des soins ville/hôpital garantissant l'accessibilité géographique et financière et la continuité) pour répondre aux différents temps psychiques du patient et garantir la mise en **continuité** de sa prise en charge pendant et après la maladie.
- \* Elle favorise l'accès aux autres soins de support.

# Perspectives

- \* Les données de la littérature restent encore insuffisantes et des recherches doivent être soutenues:
  - \* Etudes d'évaluation de type longitudinal ou de cohortes
  - \* Structuration et évaluation de modèles de prises en charge de l'après cancer : prises en charge psychothérapeutiques et médicamenteuses, prise en charge multidisciplinaire des symptômes physiques, réhabilitation cognitive.
- \* Dans ce contexte particulier des prises en charge psychologiques, ces évaluations doivent tenir compte des attentes des patients, de leurs motivations et intégrer les spécificités de la pathologie cancéreuse comme les particularités psychiques des patients.
- Ces recherches gagneront à s'intégrer dans une perspective somatique et sociale globale, y compris médico-économique : impact sur la réhabilitation sociale et professionnelle, des prises en charge psychologiques réalisées durant et après les traitements