

# Comment améliorer l'efficacité des traitements contre le cancer ?

## Prise en charge psycho-oncologique

Sylvie DOLBEAULT  
Psychiatre, Institut Curie

Colloque du Cancéropôle Ile-de-France  
Paris, Espace Moncassin, le 8 novembre 2011

# Psycho-oncologie

*« La psycho-oncologie s'adresse à l'ensemble des dimensions psychosociales, comportementales spirituelles et existentielles qui touchent le patient et sa famille, tout au long du parcours de soins » (Holland)*

**Objectif :** que **TOUS les patients** puissent bénéficier des **meilleurs soins** dans le registre psychosocial, à **tous les stades** de la maladie

## **Missions :**

- Clinique
- Formation des professionnels
- Recherche clinique

# Quelle est la cible des approches psycho-oncologiques ?

→ Qualité de vie ?

ou

→ Quantité de vie ?

# Psycho-oncologie et survie/quantité de vie

*Des résultats plutôt décevants jusque là :*

\* **Personnalité**

\* **Coping**

\* **Efficacité des interventions psychothérapeutiques**

Grand débat démarré avec l'étude de Spiegel (Lancet, 1989) sur l'efficacité d'un groupe de soutien-expression sur la durée de survie de femmes atteintes de cancer du sein métastatique

La controverse depuis Fox (1998); nombreuses répliques à grande échelle, dans différentes cultures --> résultats plutôt négatifs

\* **Une piste intéressante en cours d'exploration : dépression ++**

• Médiée par des mécanismes neuro-psycho-immunologiques communs, voies de l'inflammation (Consoli)

*... globalement, en novembre 2011 : **MODESTIE OBLIGE ...***

# Psycho-oncologie et qualité de vie

## Quelles cibles accessibles aujourd'hui ?

- \* **Anxiété, dépression**
- \* **Qualité de vie**
- \* **Soutien social**
- \* **Mécanismes adaptatifs**
- \* **Satisfaction par rapport aux soins reçus**

2008)

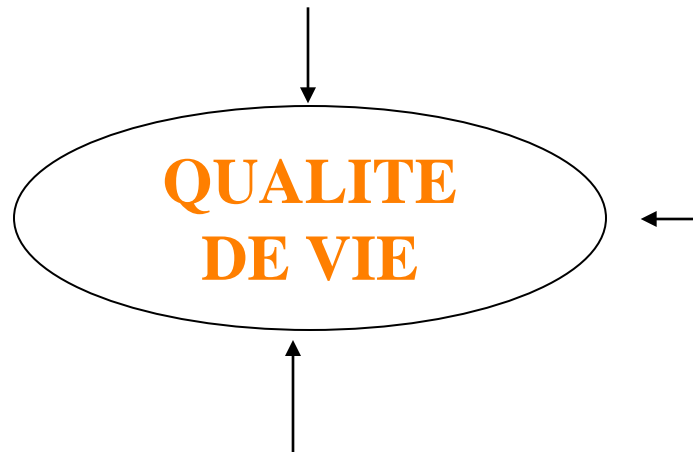
*(Meyer, 1995; Sheard 1999; Sellick, 1999, Classen, 2001, Kissane, 2003, Mehnert, 2005, Coyne*

## Symptômes physiques

- \* douleurs
- \* nausées et vomissements

## Fonctionnement psychologique

- \* anxiété
- \* dépression



## Fonctionnement social

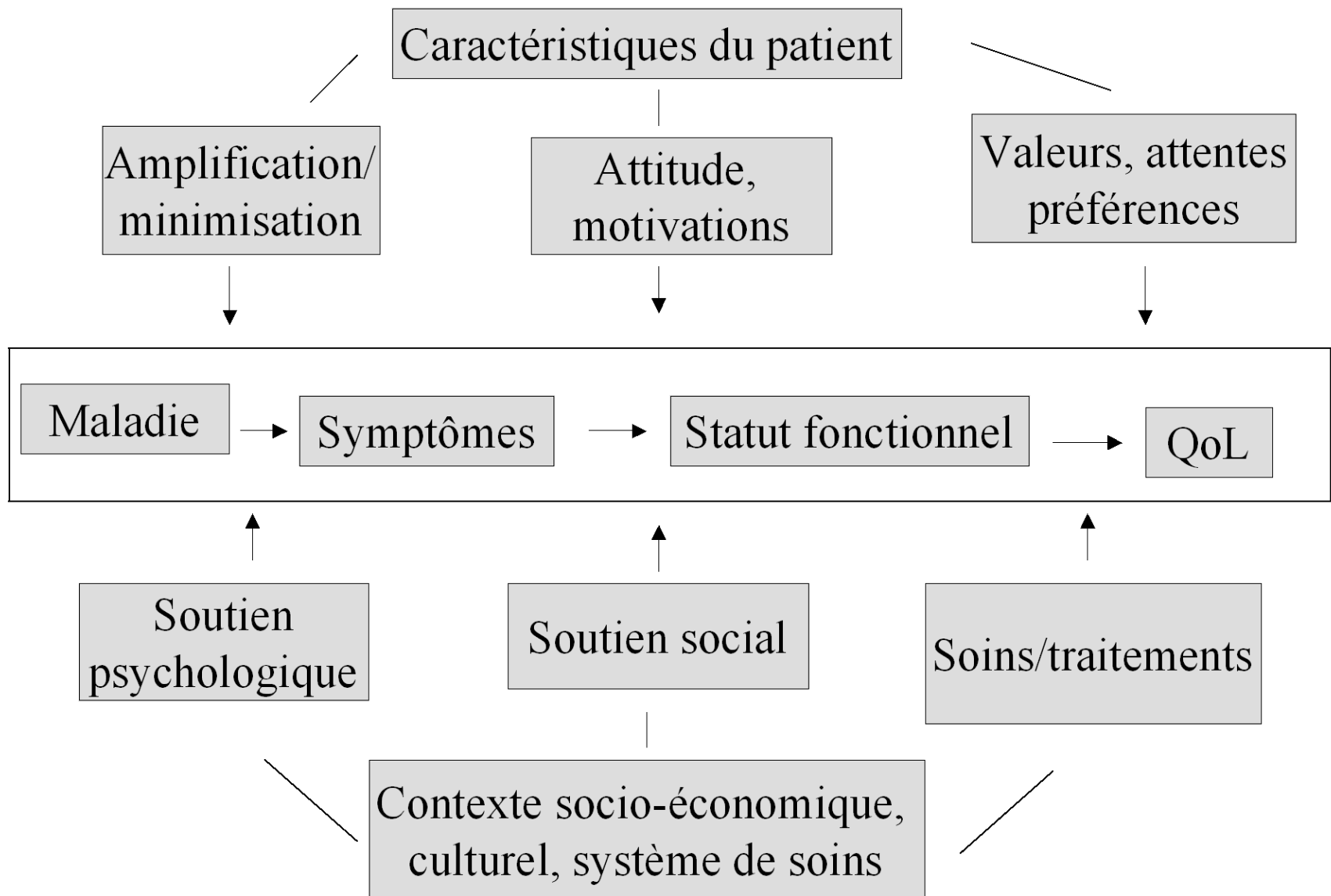
- \* famille
- \* travail

## Fonctionnement physique

- \* mobilité
- \* autonomie
- \* fatigue



# Déterminants de la QoL



# Facteurs de risque, mais il existe aussi des facteurs de protection

- **Ressources sociales** : soutien social général et le soutien spécifique d'une relation
- **Ressources personnelles** : optimisme, sentiment d'auto-efficacité, stabilité émotionnelle
- **Croyances** : religieuses, attributions causales, modifications des buts
- **Mécanismes de coping** : évolution dans le temps



**Quelles pistes d'amélioration  
de l'efficacité des traitements  
du cancer, versant psycho-  
oncologique ?**



- **Information** → **Communication**
- **Adaptation** de la prise en charge aux patients **vulnérables**
- **Exploration des modalités de l'observance** au traitement
- **Exploration des attitudes /comportements des soignants**

# 1) Favoriser l'intégration de l'information : communiquer



# Beaucoup de progrès dans l'élaboration de l'information

Plan Cancer I a mis l'accent sur le défaut d'information et proposé de nombreuses pistes d'amélioration

**MAIS**

**Informé n'est pas communiqué**

*(Maguire, 1999; Holland, 2002; Fallowfield, 2004; Ryan, 2005; Schofield, 2006; Razavi, Merckaert etc)*

... Tendre vers le modèle de **Décision Médicale Partagée**

# Les éléments d'une communication centrée, négociée (P. Guex)

- Infos précises, structurées
- Agenda du soignant
- Regard rationnel
- Temps "objectif"
- Relation professionnelle
- Situation habituelle
- Indépendance

- Compréhension
- Intégration
- Négociation
- Equilibre
- Alliance
- Projet commun

- Infos générales, narratives
- Agenda du patient
- Regard subjectif
- Temps "subjectif"
- Relation hautement significative
- Situation d'exception
- Dépendance

# Exemples

- Lutter contre l'idée que l'attitude d'ouverture à l'autre est nécessairement chronophage
- Limiter la quantité d'informations
- Apprendre à communiquer les mauvaises nouvelles : mots, attitudes et comportements en consultation
- Comprendre l'intérêt d'anticiper les difficultés psychosociales et de répondre précocément aux besoins
- Apprendre à naviguer entre les modèles « care » et « cure »
- Identifier les rôles respectifs de chacun des protagonistes : patient, famille, soignant(s)
- S'appuyer sur le fonctionnement en équipe
- Travailler sur soi-même pour limiter le risque d'épuisement professionnel

**2) Identifier la présence de troubles psychopathologiques et adapter la prise en charge aux patients vulnérables**



# Impact de l'état psychique sur le parcours du patient : se joue à toutes les étapes

- **bien sûr pendant la phase active des traitements** (patient anxieux, déprimé, confus, avec d'autres priorités vitales, négligence corporelle)

*mais aussi ...*

- **En amont** : comportements de santé, adhésion aux programmes de dépistage, prévention primaire des facteurs de risque connus et évitables / cancer
- **En aval** : compliance à l'égard des modalités de surveillance / comportement de santé en terme d'hygiène de vie



# Vulnérabilité psychique : quel impact sur le sujet atteint de cancer ?

**Forte prévalence** : 30 à 40 % avec un certain nombre de **facteurs de risque** identifiés

- (NCCN 2004, Carlson 2004, Jacobsen 2007, Boesen 2009) **et des clusters** (Gwede 2008, Fleishman 2004, Miakowski 2004 et 2007)

- **Dépression et cancer** envisagé comme facteur de risque et/ou comme perte de chance ?  
(Johansen, Dalton, Consoli, Lemogne, groupe SPVence 2009)
- **Psychose et cancer** (Limosin)
- **Personnalité et cancer** : *un regard critique sur les théories psychosomatiques* (Jadoulle 2010)

# Impact de la détresse psychique sur la prise en charge

- \* **Moindre qualité de vie** (*Zabora 2001, Kornblith 2003, Ganz et Stanton*)
- \* **Plus forte sensibilité aux symptômes** (*Breitbart 1995*)
- \* **Difficultés adaptatives et d'observance** (*Mitchell 2006*)
- \* **Moindre satisfaction / soins reçus** (*Brédart 2001 et 2006*)
- \* **Augmentation des coûts de prise en charge** (*Carlson 2004, Bultz 2005, Strong 2008*)

**Mauvais repérage par les soignants** : nombreux obstacles à la communication

(*Maguire 1999, Fallowfield 2001, Schoefield 2006, Holland 2005, Baile, Razavi 2008, Merckaert 2010*)

# Recommandations IPOS (International Psycho-Oncology Society) en 2007

... Appréhender la détresse comme le 6<sup>ème</sup> signe vital

*(Holland, Bultz 2007)*

## 2.1 : organiser un repérage systématique des patients vulnérables

### *Comment ?*

- \* **À partir du patient** (auto-évaluation)

**Développement d'auto-questionnaires** (difficultés, détresse, demande d'aide)

- \* **A partir** d'une évaluation systématique des problématiques du patient par le **professionnel** (hétéro-évaluation)

**ex : questionnaire de repérage des besoins en soins de support**

→ **Formation des soignants** à l'entretien d'exploration systématique

# Auto-Evaluation : grille des problèmes et échelle de détresse

Identité patient :



Document à remplir par le patient

Département Inter-Disciplinaire de Soins de Support du Patient en Oncologie

Madame, Monsieur,

Dans le contexte de votre maladie, il est possible que vous ayez repéré ou déjà rencontré un certain nombre de difficultés, qu'elles soient d'ordre pratique, physique, familial, psychologique...

Il vous est possible de nous en faire part au moyen de ce questionnaire. Celui-ci permet de préparer la consultation avec l'infirmière, au cours de laquelle les différents problèmes soulevés pourront être repris et une orientation vers les professionnels concernés pourra être envisagée.

En vous remerciant par avance de votre participation,  
Bien cordialement,

L'équipe du D.I.S.S.P.O

Cochez les cases correspondantes. Après avoir rempli ce document (recto-verso), remettez-le à l'infirmier(ère) au début de la consultation infirmière.

**Problèmes pratiques avec :**

	OUI	NON
- Logement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Financiers (emprunts, assurances, etc...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Travail – Ecole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Logistique (garde d'enfants, besoin d'aide à domicile etc...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Problèmes familiaux avec :**

- Conjoint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Autres problèmes**

Si oui, lesquels ? :

**Problèmes physiques de :**

	OUI	NON
- Douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Fatigue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Problèmes d'addiction (tabac, alcool, etc)**

- Souhaitez-vous une aide ?

**Problèmes psychologiques de :**

- Soucis - préoccupations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Tristesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Irritabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'échelle ci-dessous représente un moyen d'apprécier votre état psychologique.

Nous vous demandons de mettre une croix sur la ligne à l'endroit qui correspond le mieux à votre état psychologique de la dernière semaine.

Détresse très importante



Pas de détresse

Merci de dater le document

Tournez la page SVP



## Exemple : grille des critères d'intervention de l'UPO de l'Institut Curie

Unité	Critères	<b>CRITERES PLANCHERS</b> Minimum	<b>CRITERES IDEAUX</b> Maximum
<b>Unité de Psycho-Oncologie</b>  (adultes)	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Idées, propos ou comportement suicidaire identifié</li> <li>. Antécédents psychiatriques lourds identifié (MMD, psychose)</li> <li>Refus de traitement ou défaut de compliance lié à un facteur psychologique</li> <li>. Conflit ouvert avec l'équipe soignante</li> <li>. Demande de suivi psychologique émanant du patient, de la famille ou de l'équipe</li> </ul>	Adaptation du traitement psychotrope en fonction du traitement spécifique  . Souffrance psychologique exprimée, jugée intense ou inadaptée par l'équipe soignante	



## 2.2 : Agir sur les facteurs de risque connus

**Tabac et alcool seraient responsables d'un tiers des cancers évitables**

**Fréquence des comorbidités** entre ces facteurs de risque et **Psychopathologie** (anxiété, dépression, personnalité pathologique)

→ **Former les psycho-oncologues (entre autres) à la prise en charge des facteurs de risque connus et modifiables : comportements alimentaires, alcool, tabac, sédentarité**

Une tâche noble !

Y compris pour la prévention secondaire après un premier cancer

*Une opportunité à saisir : Développement en France de la psychologie de la santé*

## 2.3 : Développer des programmes d'intervention structurée pour ces patients vulnérables

qui ont déjà montré leur efficacité dans d'autres champs que l'oncologie (psychiatrie, autres maladies somatiques)

**Bien choisir sa cible** : relative déception à l'égard des résultats des interventions en PO

- Des groupes de patients **homogènes**
- Identifier des critères de sélection psychopathologique : les patients en détresse significative

(Goodwin 2001, Stanton et Ganz 2005, Bosen 2005, Lepore et Coyne 2006)

- Une hypothèse de recherche que l'on puisse tester, pas quatre !! (

(Godfray 2007, Michie 2008, Coyne, 2009)



## 2.4 Développer des programmes d'Education thérapeutique

Besoin d'**implication** du patient lui-même et de ses proches

**notion d'empowerment**

*(Aujoulat 2008; Doumont 2002)*

une autre tâche noble à laquelle les psycho-oncologues doivent participer aux côtés des soignants

### **Exemples:**

Pendant les traitements : gestion du traitement morphinique, de la fatigue, du lymphoedème, des troubles sexuels

Gestion des modalités de communication avec son oncologue

En amont et en aval ; gérer les séquelles, prendre la bonne décision quand on est à risque

## 2.5 Quand il s'agit de patients à comorbidité psychiatrique

Ne pas hésiter à être **pro-actif** dans l'offre de soins psycho-oncologique

Anticipation

En lien avec les acteurs de soins intra- et extra-hospitaliers (médecin et équipe soignante référente, médecin traitant, psychiatre, équipes de secteurs pour les patients psychiatriques)

### 3) Améliorer les capacités d'observance



# Explorer les difficultés d'adhésion et les refus de soins (1)

→ Passe par l'évaluation des  **croyances de santé**  du patient :

**Vulnérabilité** : suis-je concerné ?

**Dangerosité** : est-ce grave?

**Bénéfices du traitement** : quel est l'intérêt du traitement ?

**Barrières du traitement** : quelles sont les contraintes du traitement ?

(Lemogne, colloque Refus de Soins, HEGP, septembre 2011)

→ Passe par l'évaluation  **de la motivation**  du patient (quid quand dépression, psychose ?)

# Explorer les difficultés d'adhésion et les refus de soins (2)

## Plus globalement, évaluation des représentations du patient :

- Légitimer l'intérêt porté à son point de vue (permettre au patient d'oser dire)
- L'encourager à faire part de ses valeurs, de ses attentes, de ses préférences

*Exemples* : travaux sur les comportements de dépistage; recours aux médecines alternatives; observance aux traitements d'hormonothérapie

## 4) Explorer les attitudes et les comportements des soignants



# Différents aspects

- **Temps, diverses contraintes pratiques** : bien sûr ! mais n'expliquent pas tout
- **Modalités de la relation ++**
- *Ouverture/ Fermeture à la relation /aux différents aspects de la qualité de vie (sujets tabous) , niveau d'empathie*
- *Notion de jugement émanant du soignant; lutte contre les a priori*

## *Exemples :*

- malaise à aborder certains sujets : intimité, vie sexuelle, spiritualité, valeurs religieuses, addictions
- difficultés, voire rejet, dégoût du soignant confronté à une plaie tumorale dans un contexte de négligence

# Soignants : un levier majeur !

- Influence considérable de l'attitude des soignants dans la relation de soins

**Grand risque de prise en charge inadéquate et de prescription de traitements sous-optimaux**

- Une clef (de nouveau) : la formation des professionnels du soin

un refus de soin peut être lié à un état mélancolique du patient, mais aussi à une erreur de communication



**Conclusion : perspectives  
d'amélioration de l'efficience  
des traitements du cancer ?**



# Poursuivre le développement des axes de recherche en psycho-oncologie

*Un vaste champ en essor depuis près de 30 ans, sur différentes thématiques :*

- **Clinique psycho-oncologique :**

- en cours de maladie : retentissement psychologique du cancer et de ses traitements
- en amont : dépistage, prévention
- en aval : séquelles du cancer et des traitements; rémission et réhabilitation; deuil

- **Développement des interventions psycho-oncologiques et leur évaluation :**  
médicaments, interventions psychothérapeutiques

- Le champ de la **neuro-psycho-immunologie** : personnalité, facteurs de stress et cancer, lien entre facteurs psychosociaux et survenue ou évolution du cancer

- **Communication soignant/soigné**