



# Cancer du sein : modalités d'intervention psycho-oncologique aux différentes étapes du parcours de soin

*Breast cancer: psycho-oncology interventions at different states of the cancer treatment*

**Mots-clés :** Psycho-oncologie - Soins de support - Collaboration multiprofessionnelle - Interventions thérapeutiques - Psychothérapie individuelle ou de groupe - Pharmacothérapie.

**Keywords:** *Psycho-oncology - Supportive care - Multidisciplinary - Psychotherapeutic interventions - Individual psychotherapy - Group therapy - Pharmacotherapy.*

**S. Dolbeault\***

**N**otre intervention n'a pas pour objectif de faire une longue revue de la littérature sur le thème des interventions psycho-oncologiques : elle se veut avant tout une communication pragmatique concernant les modalités de travail des cancérologues avec les psycho-oncologues, un plaidoyer pour une collaboration la plus étroite possible, seule garante d'une prise en charge concertée et complémentaire. Elle a pour objet de rappeler le rôle du psycho-oncologue, les situations auxquelles il est censé pouvoir apporter une réponse directe au moyen de son expertise directe – et il s'agit souvent d'une expertise "technique" – mais aussi toutes les autres : celles où le médecin et l'équipe soignante vont parfaitement répondre, seuls, aux besoins d'étayage émotionnel des patientes ; celles aussi où il sera amené à jouer un rôle indirect, en échangeant sur la situation clinique qui pose problème et sans avoir pour autant rencontré la patiente.

---

\* Médecin spécialiste des centres de lutte contre le cancer, Responsable de l'unité de psycho-oncologie, Département interdisciplinaire de soins de support pour le patient en oncologie (DISSPO), Institut Curie, Paris.

La psycho-oncologie n'est pas une science à part, elle est l'affaire de tous ; encore faut-il s'accorder sur les répartitions des rôles en fonction des compétences de chacun et réaliser l'importance de l'implication de tous les membres de l'équipe médicale et soignante. Bien sûr, un certain nombre de décompensations psychopathologiques sont du ressort du psychologue ou du psychiatre en tant que professionnel du champ psychopathologique. Mais ce ne sont pas les situations les plus fréquentes, et nous souhaitons ici attirer l'attention sur la part majeure que peuvent jouer les médecins et équipes référentes dans la gestion des crises psychologiques auxquelles se confrontent souvent nos patientes. En effet, celles-ci trouvent souvent meilleure réponse dans une approche compréhensive de l'équipe référente que dans une réponse technique à un symptôme qui aurait été isolé et étiqueté "pour le psy"...

## **Pourquoi tant de difficultés à intégrer le psycho-oncologue dans la prise en charge globale ?**

Nombreux sont encore les mythes qui portent sur les "psys", le "recours au psy", l'image négative et préjudiciable associée au fait de recourir au psy, et un gros travail de démythification doit encore être réalisé dans nos institutions. Le médecin peut contribuer largement à cette tâche, en évoquant la présence de ses collègues psycho-oncologues et si possible en les présentant à la patiente, en expliquant leur utilité dans telle ou telle situation de difficulté psychique, en montrant ses propres limites à l'égard d'une prise en charge psycho-oncologique et le besoin d'être lui-même aidé dans ce domaine qui n'est pas le sien. Lorsque l'oncologue a encouragé la démarche psycho-oncologique, une partie du chemin est déjà parcourue et, dès le premier entretien, la patiente pourra évoquer librement ses préoccupations, débarrassée de ses représentations négatives sur la situation d'entretien avec un psycho-oncologue et percevant la complémentarité des actions de l'équipe médicale et de ceux qui – tels les psycho-oncologues – permettent la prise en charge globale telle qu'elle est revendiquée par le concept de soins de support.

Mais la grande partie du travail doit sans doute être assurée par les psycho-oncologues eux-mêmes ! Trop longtemps, et trop souvent encore aujourd'hui, le psycho-oncologue est le premier responsable de la difficulté de collaboration avec les soignants et de la difficulté d'accès à ses compétences : travail "en toute intimité" dans le secret des salles de consultation, insuffisance des échanges avec les médecins et équipes soignantes, absence de restitution à l'écrit du minimum d'informations qui pourraient guider les somaticiens dans leur appréhension des troubles psychopathologiques de leurs patientes. C'est pourquoi la psycho-oncologie moderne tente de s'appuyer sur les fondements incontournables de la psychologie et psychiatrie de liaison : liens étroits avec les médecins et soignants, principe d'une collaboration et d'échanges réguliers avec ceux-ci au sujet des patientes, rédaction d'un mot de synthèse dans le dossier médical ; liaison avec les autres intervenants, notamment le réseau des spécialistes de ville qui connaissent déjà la patiente, transparence de ce fonctionnement ouvert à l'égard des patientes. Les psycho-

oncologues doivent également assumer leur rôle au sein des institutions de façon à se faire connaître et reconnaître des autres professionnels : loin de l'opacité souvent dénoncée des modes de fonctionnement des psychothérapeutes – qui s'appuierait sur la notion de domaine réservé des spécialistes –, ils doivent pouvoir expliquer de façon claire ce que sont leurs méthodes et leurs outils de travail. L'équipe soignante se sentira d'autant plus motivée à échanger avec le psycho-oncologue que celui-ci se montrera ouvert, accessible, et capable de proposer des réponses concrètes aux problèmes posés aux soignants par certaines patientes. Lorsqu'il n'y a pas de solution simple parce que les difficultés ont pour origine, par exemple, un trouble de la personnalité du sujet, la capacité du psycho-oncologue à partager le sentiment d'impuissance avec l'équipe référente permettra à l'ensemble des professionnels concernés de réaliser l'étroitesse de leur marge de manœuvre et d'organiser ensemble la prise en charge qui assure les meilleures solutions de compromis possibles.

## **Le psycho-oncologue, quand et pour quoi faire ?**

Le psycho-oncologue, psychologue ou psychiatre travaillant en collaboration avec les équipes de soins peut avoir à intervenir au fil du parcours de soins des femmes traitées pour un cancer du sein localisé à différents moments, dont les plus fragilisants doivent être connus des médecins référents : annonce diagnostique, difficultés d'adaptation aux traitements, difficultés de communication avec les proches, entrée dans la phase de rémission, réhabilitation, etc. Mais, pour certaines d'entre elles, c'est à un moment "banal" ou inattendu pour l'oncologue et l'équipe soignante que la réaction psychologique sera la plus forte. Un certain nombre de facteurs ont été identifiés, qui augmentent le risque de détresse psychologique, susceptibles de générer à leur tour divers troubles psychopathologiques : jeune âge de la patiente, isolement social et absence d'étayage par les proches, présence d'antécédents psychopathologiques.

Cette situation requiert de la part des professionnels une attention permanente, au risque de déstabilisation psychique plus grave, ainsi que des capacités de repérage des besoins psychiques des femmes, qui ne sont pas toujours exprimés de façon directe. En termes de repérage et de mise à jour de ces besoins, rien ne vaut en effet l'échange initial entre la patiente et son cancérologue. Celui-ci peut être extrêmement succinct et il n'est pas question de demander à l'oncologue de se transformer en "psy" et d'y passer tout le temps de sa consultation. En revanche, le fait que la présence d'une détresse ait été évoquée avec celui-ci représente le garant d'une accessibilité aux soins psycho-oncologiques dans les meilleures conditions possibles, dans la mesure où le médecin les intègre naturellement dans la globalité de la problématique du sujet et où la psycho-oncologie est présentée comme une offre de soins parmi d'autres, légitime et entendable. Rappelons que la compréhension de l'état du patient passe en principe par l'exploration des différents domaines qui constituent sa qualité de vie, hier, aujourd'hui et demain ; et que le champ émotionnel en est l'une des composantes.

Dans un autre registre, les réalités de terrain ne peuvent être cachées : beaucoup de patients en détresse à un moment ou un autre de leur parcours hospitalier, peu de ressources en soins de support et plus spécifiquement en psycho-oncologie. Or, il s'agit d'un déséquilibre qui risque de perdurer entre l'offre et la demande psycho-oncologiques. Dans ce contexte, il est fondamental que chaque professionnel connaisse les ressources existantes dans la structure hospitalière où il travaille, sache jusqu'à quel point l'équipe référente peut être à même de prendre en charge les patientes, et sur quels critères il sera nécessaire d'adresser la patiente au spécialiste.

## **Modalités d'intervention du psycho-oncologue**

### ***Le psycho-oncologue n'intervient pas du tout***

Rappelons que parmi l'ensemble des patients concernés par la survenue d'un cancer, la moitié d'entre eux vont surmonter l'épreuve de la maladie par eux-mêmes, souvent au prix de crises personnelles et de passages par des périodes de tension qui pourront trouver leur résolution spontanément, la patiente faisant appel à ses ressources personnelles autant qu'aux ressources environnementales (conjoint, enfants, famille au sens large, groupe de pairs, activités diverses, lecture, etc.). Il importe aussi d'identifier ce que la patiente attend du système de soins que souvent elle découvre, et de comprendre sa position personnelle à l'égard des soignants : d'un extrême (position active, de collaboration avec les soignants et de demande de partage des décisions médicales) à l'autre (position passive et de mise en lien au travers de relations de dépendance aux soignants), tous les cas de figure intermédiaires se rencontrent. L'idéal est que l'ajustement puisse se faire entre les deux protagonistes et que la patiente trouve ainsi satisfaction auprès de son équipe référente, n'éprouvant pas le besoin d'aller rechercher l'aide spécialisée du psycho-oncologue pour évoquer des questionnements dont, bien souvent, la réponse se trouve auprès du cancérologue lui-même.

### ***Le psycho-oncologue n'intervient pas directement***

Dans un certain nombre de situations cliniques, le médecin référent est amené à solliciter l'expert psycho-oncologue, plutôt demandeur de conseils en termes de fonctionnement et de positionnement à adopter à l'égard de la patiente et sans que la rencontre du psy avec cette patiente soit nécessaire. Ce travail peut être réalisé individuellement en réponse à la demande spécifique de tel ou tel soignant ; il peut également faire l'objet de groupes de réflexion à l'intérieur d'un service donné, voire de groupes de parole type Balint, réunissant soit les différents professionnels d'une équipe demandeuse de ce type de réflexion inter- et rétroactive, soit un groupe de professionnels partageant la même fonction. La mise à plat de ces situations cliniques souvent douloureuses pour le médecin permet fréquemment d'identifier les difficultés relationnelles qui rendent la communication médecin-patient parfois si difficile, et de donner des pistes de résolution du problème.

### ***Le psycho-oncologue intervient***

Un certain nombre de situations relèvent en effet de l'expert. Elles concerneraient, selon les données de la littérature, environ 20 % des patients. Les réactions consécutives à la survenue du cancer du sein ou aux traitements de celui-ci sont multiples : troubles adaptatifs d'intensité majeure qui entraînent parfois des tableaux cliniques bruyants susceptibles d'inquiéter le clinicien à juste titre, même s'il s'agit de troubles en principe transitoires et spontanément résolutifs ; troubles anxieux ou dépressifs structurés ; troubles cognitifs – dont les états de sidération bien connus pouvant faire suite à une annonce diagnostique ou thérapeutique – ; difficultés de communication avec les proches, etc. La prise en charge de ces troubles psychopathologiques peut s'avérer d'autant plus complexe que le cancer survient sur le terrain d'un trouble de la personnalité structurée, susceptible de faire parler de lui à l'occasion de la prise en charge du cancer.

Une fois confié au psycho-oncologue, et après échanges avec le médecin et l'ensemble des professionnels qui ont en charge la patiente, celui-ci pourra proposer diverses modalités de prise en charge en fonction du problème identifié : il peut s'agir d'un travail de débrouillage du vécu psychologique de la patiente et de mise en perspective de la légitimité et de la "normalité" de ce que traverse émotionnellement la patiente. Il n'est pas rare qu'un seul entretien (souvent long, d'une durée d'une heure environ) permette à la patiente d'évoquer ses difficultés psychiques, de les mettre en relief, de les comparer avec des événements de vie stressants antérieurs. La légitimation du vécu associé à la période de bouleversement liée au cancer peut suffire à apaiser la patiente, rassurée par une mise à disposition du psycho-oncologue, qui proposera de la revoir à sa demande.

Lorsque la problématique de la patiente est liée à son environnement affectif, par exemple au manque d'étayage par les proches ou à la difficulté à communiquer, il est souvent utile de rencontrer les proches au travers d'un entretien conjugal, voire familial, pouvant rester ponctuel ou se structurer sous la forme d'un véritable suivi.

Dans d'autres cas, et lorsque les ressources personnelles ou environnementales de la patiente sont jugées insuffisantes par l'expert, celui-ci pourra proposer un accompagnement du sujet avec le principe d'entretiens menés à intervalles réguliers, qu'il s'agisse de la période des traitements, de l'entrée en phase de rémission – souvent associée à une phase de résurgence anxieuse et à un sentiment d'isolement – ou encore en phase de surveillance.

Les enjeux de la phase de réhabilitation sont souvent un facteur de détresse psychique et peuvent largement bénéficier d'entretiens individuels, voire de thérapies de groupe au cours desquelles la patiente pourra confronter son expérience à celle de pairs, s'appuyer sur leur témoignage mais aussi devenir source de soutien pour d'autres, trouver en groupe des modalités de résolution des problèmes pratiques qui se posent à l'issue des traitements, que ce soit du fait des séquelles physiques, des remaniements de l'image corporelle ou des changements de rôle au sein du couple, de la famille, du milieu professionnel, ce dont la patiente prend souvent conscience avec un certain décalage.

Lorsque l'intensité des symptômes anxieux, dépressifs, voire cognitifs ou psychotiques prend suffisamment d'ampleur, c'est au psychiatre psycho-oncologue que l'on devra confier l'évaluation de la patiente, celui-ci pouvant être amené à identifier l'indication à une prescription pharmacologique. Même si le recours au médicament n'est pas l'acte thérapeutique le plus souvent pratiqué en psycho-oncologie – notamment lorsqu'on le compare aux prescriptions réalisées en milieu psychiatrique –, l'évaluation de la prescription de psychotropes nécessite une attention particulière, rendue d'autant plus nécessaire que nombreuses sont les patientes pour lesquelles le trouble psychopathologique n'a pas été repéré alors qu'il relève d'une indication à la prescription de psychotropes, ou encore qui bénéficient d'un traitement inadapté (l'exemple le plus courant étant celui d'une prescription d'anxiolytique pure chez une femme qui relève d'un traitement antidépresseur).

Différentes vignettes cliniques viendront illustrer notre propos et donner à notre exposé le plus de proximité possible avec la réalité clinique à laquelle sont souvent confrontées nos patientes... et leurs cancérologues...

## Références bibliographiques

---

- ANAES. *Suivi psychologique des patients ayant été traité pour un cancer du sein non métastaté*. Éditions EDK, Paris, 2000.
- Holland JC. *Psychosocial distress in the patient with cancer: Standards of care and treatment guidelines. Oncology Issues: Part II Symptom Management for the Cancer Patient 2000;15(4)(Suppl.):19-24.*
- Holland JC. (2005). *Distress Management in Cancer: Standards and Clinical Practice Guidelines; in IPOS: International Psycho-oncology Society* [www.ipos-society.org/professionals/meetings-ed/core-curriculum/core-curriculum-pres.htm#](http://www.ipos-society.org/professionals/meetings-ed/core-curriculum/core-curriculum-pres.htm#) (disponible en français).
- Mehnert A, Koch U. *Psychosocial Assessment in Cancer Patients. In IPOS: International Psycho-oncology Society 2005; www.ipos-society.org/professionals/meetings-ed/core-curriculum/core-curriculum-pres.htm#* (disponible en français).
- Meyer TJ, Mark MM. *Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: a meta analyse of randomized experiments. Health Psychol 1995;114:101-10.*
- National Comprehensive Cancer Network. *Guidelines for Supportive Care – Distress Management, 2005.* <http://nccn.org>
- Razavi D, Delvaux N. *Psycho-oncologie : le cancer, le malade et sa famille. Paris : Éd. Masson, 2002, 282 p.*
- Sellick SM, Crooks DL. *Depression and cancer: an appraisal of the literature for prevalence, detection, and practice guideline development for psychological interventions. Psycho-Oncology 1999;8:315-33.*
- Sheard T, Maguire P. *The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses. British Journal of Cancer 1999;80:1770-80.*