

CANCER ET PATHOLOGIE MENTALE LA COMPLEXITÉ DE LA PRISE EN CHARGE GLOBALE

Dr Sarah DAUCHY, Psychiatre
Chef du Département Interdisciplinaire de Soins de Support
Gustave Roussy, Villejuif
Présidente de la Société Française de Psycho-Oncologie



SFPO
Société Française
de Psycho-oncologie

Norbert, 65 ans

- Libraire, célibataire sans enfants
- Episode dépressif majeur évoluant depuis au moins un an à la suite d'une perte de son emploi et de son domicile
- Diagnostic de leucémie de bon pronostic
- Mucite sévère entraînant la mise sous opiacés
- Demande d'arrêt des traitements et d'aide à mourir

Patient prostré, mutique; considéré comme non douloureux puisqu'il a demandé l'arrêt de la morphine

Hallucinose sous opiacés dont il n'a pas parlé (menace sur la cognition insupportable)

Conviction que sa douleur ne pourra pas être traitée

Désespoir total intégré dans l'EDM sous-jacent, la non prise en compte de ses priorités, un défaut d'éducation à la santé.

Gérard, 55 ans

- Ingénieur qualité, marié
- Découverte volumineux liposarcome rétropéritonéal sur des douleurs abdominales
- Traité par chirurgie large (gastrectomie, spléno pancréatectomie caudale, omentectomie, ablation coupole diaphragmatique gauche)
- Rémission complète, mais persistance douleurs chroniques malgré des doses élevées de morphiniques, avec atteinte majeure de la qualité de vie
- Demande d'avis psy tardive, suspicion de dépression compte tenu de l'apragmatisme, dégradation relation avec le chirurgien.

Antécédent de trouble anxieux généralisé

*Peur de la récurrence sévère, avec « surveillance » de son corps par la douleur
Rumination obsédante centrée sur l'absence d'explication précise de l'origine de sa douleur par le chirurgien : « est-il compétent? »*

Représentations erronées associées à la douleur (évitement de ce qui est perçu comme aggravant amenant à une kinesiophobie)

Cancer et douleur

- **60% de douleurs chroniques**
- **Etiologies :**
 - Tumeur elle-même
 - Traitements (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie...)
 - Examens (douleurs induites)
 - Pathologie intercurrente
 - Douleurs préexistantes, plus ou moins majorées par la détresse psychologique

Cancer et pathologie mentale

- Une double pathologie
- Des langages, des pratiques, des objectifs, des temps différents...
- Une stigmatisation réciproque
- Des équipes en difficulté *de chaque côté*
- Des problèmes techniques et éthiques complexes
- Un risque de perte de chance



Pathologie psychiatrique, cancer et perte de chance

Cancer Mortality in Patients With Schizophrenia

An 11-year Prospective Cohort Study

Eric Tran, MD¹; Frédéric Rouillon, MD²; Jean-Yves Loze, MD²; Françoise Casadebaig, PhD³; Alain Philippe, PhD³; Fabien Vitry, MD⁴; and Frédéric Limosin, MD, PhD^{1,5}

BACKGROUND: Schizophrenia has been associated with a rate of premature mortality that is 2 to 3 times higher than that in the general population. Although the role of cancer in this excess mortality remains unclear, previous incidence or mortality studies found contradictory results. **METHODS:** In 1993, a large prospective study was initiated in a cohort of 3470 patients with schizophrenia to examine cancer-related mortality and predictors. Standardized mortality ratios (SMRs) were calculated, adjusting for age and sex relative to a representative sample of the French general population. **RESULTS:** During the 11-year follow-up, 476 (14%) patients died; the mortality rate was thus nearly 4-fold higher than in the general population. Cancer was the second most frequent cause of mortality ($n = 74$), with a global SMR of 1.5 (95% confidence interval [95% CI], 1.2-1.9). For all cancers, the SMRs were 1.4 (not significant) for men and 1.9 (95% CI, 1.4-2.8) for women. For men, lung cancer was the most frequent localization ($n = 23$; 50%), with an SMR of 2.2 (95% CI, 1.6-3.3). For women, breast cancer was the most frequent localization ($n = 11$; 39%), with an SMR of 2.8 (95% CI, 1.6-4.9). In comparison with patients who did not die of cancer, there were 2 significant baseline predictors of death by lung cancer in the final logistic regression model: duration of smoking and age >38 years. **CONCLUSIONS:** The results of the current study demonstrated an increased risk of mortality by cancer in patients with schizophrenia, especially for women from breast cancer and for men from lung cancer. *Cancer* 2009;115:3555-62. © 2009 American Cancer Society.

KEY WORDS: cancer, mortality, schizophrenia, standardized mortality ratio.

3470 pts français

11 ans de suivi

14% décès (4X > popu. générale)

Cancer deuxième cause de mortalité, **SMR 1,5**

Plus de décès par cancers du poumon (**SMR 2,2**) chez l'homme et du sein chez la femme (**2,8**)

Coté patient : accès au dépistage

- L'accès au dépistage apparaît diminué par rapport à popu générale ou à un gpe sans trouble psychique
- Motifs de non screening identiques à la population générale :
 - Recours limité : représentations +++ (banalisation, attente, peur)
 - Accès limité : bas niveau socio-économique, age avancé, manque de soutien familial, problèmes de transport, gène, oubli...
- La pathologie mentale représente un risque accru de ces facteurs de risque
- Pas (rares?) de motif spécifique de faible recours au screening chez les patients psychiatriques

Coté patient

accès aux traitements

- **Les patients déprimés ont selon les études 1,7 à 3 fois plus de risque d'être non observants que des patients non déprimés.**
 - perte d'espoir (y compris dans l'efficacité d'un traitement par exemple)
 - isolement social
 - troubles cognitifs liés à la dépression ou aux traitements
 - mauvaise communication médecin-malade.
- **Les patients présentant des troubles psychotiques ont une moins bonne adhésion et une moins bonne compréhension du traitement, troubles du cours de la pensée**
 - Troubles du cours de la pensée, troubles de la concentration, de l'attention
 - Tendance au repli et à la passivité
 - Dénî, clivage...
 - Carence éducative
 - ignorance des symptômes, de leur signification pathologique, de conduites à tenir basiques
 - Interprétation erronée/délirante de certains symptômes

Di Matteo 2000

Grenard 2011

Iganaki 2006

Coté patient: accès aux traitements

- **La maladie mentale accroît le risque d'autres d'autres facteurs prédictifs de mauvaise compliance**
 - difficultés économiques, charges familiales, pb de transport, autres pathologies somatiques...
- **Certains facteurs d'adhésion des patients souffrant de troubles psychiatriques sévères restent peu connus:**
 - Motivations?
 - Préférences?

Coté patient : risque de complications thérapeutiques

- **En lien avec le traitement lui-même**

- Comorbidités plus fréquentes (syndrome métabolique, troubles cardio-vasculaires)
- Risque de majoration d'effets secondaires médicamenteux par le traitement (ex : constipation, allongement QT)
- Risques d'interactions médicamenteuses

Yap Eur Journ Cancer Care 2009

- Nécessité de ne pas interrompre les traitements psychotropes en cours, notamment en cas d'interventions chirurgicales

Kudoh Anaest Analg 2005

- **En lien avec la prise en charge oncologique globale**

- Préservation des acquis atteints (autonomie)

Coté soignants

- Manque de connaissance de la pathologie mentale
- Stigmatisation et représentations erronées
- Troubles du contact et psychose : une relation de soin parfois frustrante (pas de feed-back positif...)
- Mauvaise compliance : attention au rejet et à la culpabilisation inconsciente du patient
- Des mécanismes en miroir : peur, rejet, clivage...



Coté soignants

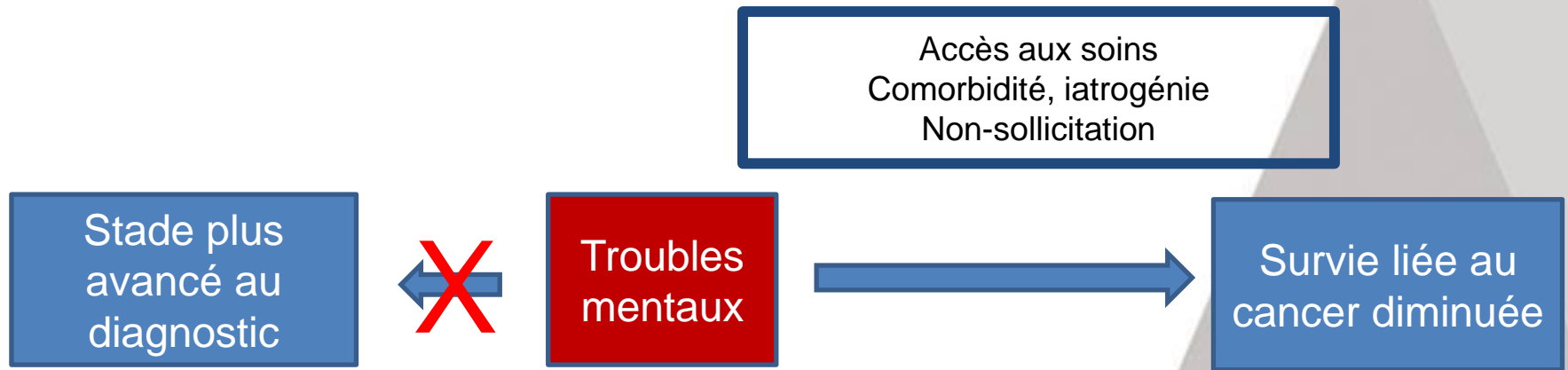
- Risque de rupture du lien avec l'équipe psychiatrique de référence
- Négligence du dialogue interdisciplinaire, voire non respect de l'interdisciplinarité elle même
- Rivalités...

Quelles pistes de prise en charge?

BMJ Open A cohort study on mental disorders, stage of cancer at diagnosis and subsequent survival

Chin-Kuo Chang,¹ Richard D Hayes,¹ Matthew T M Broadbent,² Matthew Hotopf,¹ Elizabeth Davies,³ Henrik Møller,³ Robert Stewart¹

- Cohorte UK; avantage financier aux généralistes mettant en oeuvre les Bonnes Pratiques de soins somatiques renforcés pour les patients atteints de pathologies psychiatriques chroniques, intégrant le dépistage des cancers



Quelles pistes de prise en charge?

- Prise de décision et prise en compte de l'avis du patient
- Evaluer les troubles cognitifs du patient et sa capacité à décider, dès le début de la prise en charge
- En général pas d'incapacité à consentir mais consentement parfois complexe à obtenir.
- Le consentement comme le refus ne sont éclairés que si le patient a compris et intégré l'information donnée
- Intérêt du consentement des proches non malades, des décisions médicales collégiales
- Mesures légales non adaptées (HDT, tutelle)

Pistes de prise en charge

- Troubles cognitifs
- Compréhension du projet thérapeutique
- Difficulté d'adhésion aux soins oncologiques et à la surveillance
- Fournir une information adaptée, compréhensible et claire (attention aux difficultés de tri contextuel, aux situations de choix)
- Accroître le temps dédié au patient : prendre le temps d'évaluer la compréhension, et renouveler l'information si besoin
- Aides visuelles et pédagogiques
- Assurer des contacts stables
- Impliquer dans les visites la famille / les soignants de psychiatrie référents

Quelles pistes de prise en charge?

- Difficultés de prise en charge pour l'équipe oncologique
- Former les équipes
- Intégration du psychiatre dans l'équipe oncologique
- « Décodage » du patient et de ses réactions pour l'équipe soignante et la famille
- Personnalisation du patient
- Anticipation des situations difficiles

Pistes de prise en charge

- **Risque de rupture de soins psychiatriques**
- **Recherche systématique des antécédents psychiatriques**
- **Importance des liens PRECOCES avec l'équipe psychiatrique**
- **Maintien des soins antérieurs (médicamenteux et non médicamenteux)**
- **Mais aussi réflexion commune : intégration du psychiatre ou au moins de l'avis psychiatrique dans la prise de décision thérapeutique**

Quelles pistes de prise en charge?

- **Complications somatiques ou iatrogénie**
 - Former les équipes
 - Dossier commun équipe psychiatrique /équipe oncologique
 - Vérification ordonnance au départ, et à chaque changement : utilité, interactions...
 - Informer le patient et ses proches (prise de poids par exemple)
 - Anticiper ++ (chirurgie, phase palliative...)

La Psycho-Oncologie : une intégration...

- Des professionnels de soin psychique au cœur des professionnels de la cancérologie
- Des professionnels entre eux (psychologues, psychiatres)
- A toutes les étapes de la maladie
- Dans tous les enjeux de la discipline (clinique, enseignement, recherche)

Pas une « spécialité », mais un cadre d'exercice,
qui permet l'épanouissement d'un modèle
collaboratif

**DEPARTEMENT DE SOINS DE SUPPORT
DEMANDE UNIQUE D'INTERVENTION / CONSULTATION**

Date de la demande : Demandeur : Qualité : Bip / tel :
Patient prévenu : Oui ☐ Non ☐ / N° chambre si patient hospitalisé :

Demande de RV externe : Oui ☐ Non ☐ / Demande HDJ SP : Oui ☐ Non ☐

Demande de RV pendant hospitalisation : Oui ☐ Non ☐ / Date de sortie présumée :

Patient(e) ayant déjà consulté l'unité DISSPO : Oui ☐ Non ☐

Si oui, nom de l'intervenant DISSPO antérieur :

1. Cocher ci-dessous l'équipe de soins de support demandée.
2. Cocher sur la feuille n°2 le motif de la demande selon les critères d'intervention,
3. Noter toute précision utile en bas de page
4. Faxer au numéro demandé. Un appel téléphonique en plus est toujours possible !

DEGRE D'URGENCE SOUHAITE (à justifier): ☐ <24h ☐ Avant la sortie ☐
Non urgent

☐ CENTRE D'EVALUATION ET DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR (CETD) à faxer au 6133 ou DECT 2890 si urgence

Attention, examen préalable indispensable par l'équipe médicale oncologique

☐ EQUIPE MOBILE d'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOINS PALLIATIFS (EMASP) à faxer au 6133 ou DECT 2890 si urgence

Attention, examen préalable indispensable par l'équipe médicale oncologique

☐ UNITE DE PSYCHO-ONCOLOGIE (UPO) à faxer au 5210 ou ☎ 4630 si urgence

- ☐ Psychologue
- ☐ Psychiatre
- ☐ Alcoologue / Tabacologue / IDE addictologie (bip 5396 si urgence)

☐ UNITE TRANSVERSALE DE DIETETIQUE ET NUTRITION (UTDN) à faxer au 5043 ou DECT 43.55 (ou 55.01)

Attention, examen préalable indispensable par l'équipe médicale oncologique

- ☐ Nutrition
- ☐ Diététique - Prescription médicale indispensable, à remplir sur feuille n°2

☐ SERVICE SOCIAL à faxer au 5285 ou ☎ 60.89 si urgence

☐ MASSO-KINESITHERAPIE à faxer au 65.40 ou ☎ 4629 si urgence

CRITERES D'INTERVENTION DU DISSPO

| | Patients pour lesquels la demande de cs disspo doit être systématique | Patients pour lesquels une intervention est indiquée | Patients pour lesquels à priori une intervention Disspo n'est pas souhaitable ou non prioritaire |
|-----|--|--|--|
| UPO | <input type="checkbox"/> ATCD de psychose, trouble bipolaire ou conduites suicidaires ou d'hospitalisation psychiatrique <input type="checkbox"/> Traitement neuroleptique ou thymorégulateur <input type="checkbox"/> Idées suicidaires <input type="checkbox"/> Etat délirant, agitation, agressivité (s'il ne s'agit pas d'une confusion) <input type="checkbox"/> Refus de soins | <input type="checkbox"/> Symptômes anxieux <input type="checkbox"/> Symptômes dépressifs <input type="checkbox"/> Trouble du contact, mutisme, repli, <input type="checkbox"/> Toute demande d'un patient ou d'un proche En cas de refus du patient de voir un psy, il est toujours possible d'appeler l'UPO | - Réactions émotionnelles adaptées - Patient confus <u>sans recherche étiologique en cours</u> et/ou <u>sans traitement de première intention</u> |

Conclusion

- Patient suivi en psychiatrie avant le cancer
- Trouble psychiatrique diagnostiqué durant la prise en charge du cancer (ex : bipolaires bien adaptés)
- Liens, renforcement support éducatif et social, aide à l'accès aux soins...
- Une double maladie
- Former les équipes oncologiques au repérage des troubles psychiques
- Proposer un traitement adapté et précoce
- Ex :
 - > troubles anxieux et NVA
 - > troubles phobiques et radios
 - > troubles dépressifs et perte d'espoir

Conclusion

- Pas de trouble connu...
- Mais situation notamment décisionnelle où entre en jeu la capacité à consentir
- Les troubles cognitifs, les troubles émotionnels sévères, les représentations, les ruptures du lien à l'autre... peuvent influencer la capacité à consentir et la prise de décision.
- Les rechercher systématiquement et de façon proactive.

Le prix du maintien du lien

- **Jean-Paul, 56 ans, fin 2011, mélanome nasal, traité par chirurgie puis radiothérapie (60 gy)**
- **Maitre chien en AT depuis début de la maladie, marasme financier**
- **Fratrie de deux, rupture du lien avec frère et parents depuis le début de la maladie (« ne pas être vu »), absence totale de lien.**
- **Début immédiat suivi psy pour désir de mort**
 - **Personnalité schizoïde, éléments dépressifs avec atteinte de l'estime de soi, phobie sociale, antécédents d'Attaques de Panique**
 - **Conso alcool intermittente ancienne, tabagisme**
 - **Mirtazapine et oxazepam**
- **Refus d'hospitalisation (chien)**
- **Suivi psy un an , difficile (ne pas être vu) puis orientation vers le CMP**

Le prix du maintien du lien

- Perdu de vue malgré plusieurs relances, a laissé tomber le suivi au CMP, arrêté la mirtazapine
- **2015, récurrence multimétastatique traitée par ipilimumab**
- **Douleurs intenses (méta hépatiques) traitées par tramadol, refus palier 3 (peur de perte d'autonomie)**
- **Au plan psy, plainte essentielle : la solitude, la perte d'estime de soi**
- **Dégradation majeure de l'état général. Oedemes, asthénie, anémie, dyspnée. Refuse toujours d'augmenter les antalgiques et de rencontrer d'autres intervenants (réseaux)**
- **2017**
 - arrêt du suivi dermato pour perte d'effet
 - maintien du suivi psy et soins pal. Ne rate aucun RV mais ne veut rien, tout en exprimant combien sa douleur et son état sont insupportables
 - Mise en place d'un suivi téléphonique
 - Décès dans le respect de son souhait : seul, à domicile, avec son chien

JANVIER 2018

RECOMMANDATIONS ET RÉFÉRENTIELS

/référentiel organisationnel

REPÉRAGE ET TRAITEMENT PRÉCOCE DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE DES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER

/Avis d'experts

e-cancer.fr



**VOTRE PROCHAIN
RENDEZ-VOUS**

**35^{ÈME}
CONGRÈS**

de la Société Française
de Psycho-Oncologie

**14-15-16
NOVEMBRE 2018**

NANCY
CENTRE DES CONGRÈS

“ Vivre avec un cancer :
les défis de la chronicité ”



www.congres-sfpo.com - #congresSFPO

S Dauchy - Gustave Roussy -
MONTPELLIER 23 mars 2018