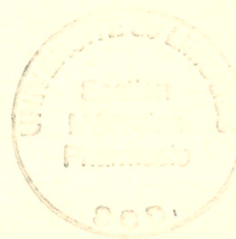


UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE



ANNEE 2001-09-29

THESE N° 146 /A

SCD UNIV.LIMOGES



D 035 081333 4

INTERET ET FAISABILITE D'UN DEPISTAGE SYSTEMATIQUE DES  
TROUBLES PSYCHIATRIQUES EN CANCEROLOGIE.  
PSYCHO-ONCOLOGIE : CONCEPT ET REALITE

THESE  
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 08 octobre 2001

PAR

Frédérique AUCOUTURIER

Née le 15 novembre 1969

à ROUEN

EXAMINATEURS DE LA THESE

Monsieur le Professeur CLEMENT.....Président

Madame le Professeur TUBIANA-MATHIEU.....Juge

Monsieur le Professeur CLAVERE .....Juge

Monsieur le Professeur MELLONI ..... Juge

Monsieur le Docteur THERME .....Membre invité

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE



ANNEE 2001-09-29

THESE N° 146

INTERET ET FAISABILITE D'UN DEPISTAGE SYSTEMATIQUE DES  
TROUBLES PSYCHIATRIQUES EN CANCEROLOGIE.  
PSYCHO-ONCOLOGIE : CONCEPT ET REALITE

THESE  
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE  
Présentée et soutenue publiquement le 08 octobre 2001

PAR

Frédérique AUCOUTURIER  
Née le 15 novembre 1969  
à ROUEN

EXAMINATEURS DE LA THESE

Monsieur le Professeur CLEMENT.....Président  
Madame le Professeur TUBIANA-MATHIEU.....Juge  
Monsieur le Professeur CLAVERE .....Juge  
Monsieur le Professeur MELLONI ..... Juge  
Monsieur le Docteur THERME .....Membre invité

**UNIVERSITE DE LIMOGES  
FACULTE DE MEDECINE**

---

**DOYEN DE LA FACULTE:**

Monsieur le Professeur VANDROUX Jean-Claude

**ASSESEURS:**

Monsieur le Professeur LASKAR Marc  
Monsieur le Professeur VALLEIX Denis  
Monsieur le Professeur COGNE Michel

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS:**

\* C.S = Chef de Service

<b>ACHARD Jean-Michel</b>	PHYSIOLOGIE
<b>ADENIS Jean-Paul * (C.S)</b>	OPHTALMOLOGIE
<b>ALAIN Jean-Luc (C.S)</b>	CHIRURGIE INFANTILE
<b>ALDIGIER Jean-Claude</b>	NEPHROLOGIE
<b>ARCHAMBEAUD-MOUVEROUX Françoise (C.S)</b>	MEDECINE INTERNE
<b>ARNAUD Jean-Paul (C.S)</b>	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
<b>BARTHE Dominique</b>	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE CYTOGENETIQUE
<b>BEDANE Christophe</b>	DERMATOLOGIE
<b>BENSAID Julien</b>	CLINIQUE MEDICALE CARDIOLOGIQUE
<b>BERTIN Philippe</b>	THERAPEUTIQUE
<b>BESSEDE Jean-Pierre</b>	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
<b>BONNAUD François (C.S)</b>	PNEUMOLOGIE
<b>BONNETBLANC Jean-Marie (C.S)</b>	DERMATOLOGIE
<b>BORDESSOULE Dominique (C.S)</b>	HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
<b>BOUTROS-TONI Fernand</b>	BIOSTATISTIQUE ET INFORMATIQUE MEDICALE
<b>CHARISSOUX Jean-Louis</b>	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
<b>CLAVERE Pierre</b>	RADIOTHERAPIE
<b>CLEMENT Jean-Pierre (C.S)</b>	PSYCHIATRIE ADULTES
<b>COGNE Michel</b>	IMMUNOLOGIE
<b>COLOMBEAU Pierre (C.S)</b>	UROLOGIE
<b>CORNU Elisabeth</b>	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
<b>COURATIER Philippe</b>	NEUROLOGIE
<b>CUBERTAFOND Pierre (C.S)</b>	CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>DARDE Marie-Laure (C.S)</b>	PARASITOLOGIE
<b>DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (C.S)</b>	PEDIATRIE
<b>DENIS François (C.S)</b>	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>DESCOTTES Bernard (C.S)</b>	ANATOMIE
<b>DUDOGNON Pierre (C.S)</b>	REEDUCATION FONCTIONNELLE
<b>DUMAS Jean-Philippe</b>	UROLOGIE
<b>DUMAS Michel</b>	NEUROLOGIE
<b>DUMONT Daniel</b>	MEDECINE DU TRAVAIL
<b>DUPUY Jean-Paul (C.S)</b>	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
<b>FEISS Pierre (C.S)</b>	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
<b>GAINANT Alain</b>	CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>GAROUX Roger (C.S)</b>	PEDOPSYCHIATRIE
<b>GASTINNE Hervé (C.S)</b>	REANIMATION MEDICALE
<b>JAUBERTEAU-MARCOHAN M. Odile</b>	IMMUNOLOGIE
<b>LABROUSSE François (C.S)</b>	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
<b>LASKAR Marc (C.S)</b>	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
<b>LEGER Jean-Marie</b>	PSYCHIATRIE D'ADULTES
<b>LEROUX-ROBERT Claude (C.S)</b>	NEPHROLOGIE
<b>MABIT Christian</b>	ANATOMIE-CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
<b>MAUBON Antoine</b>	RADIOLOGIE
<b>MELLONI Boris</b>	PNEUMOLOGIE
<b>MENIER Robert (C.S)</b>	PHYSIOLOGIE
<b>MERLE Louis</b>	PHARMACOLOGIE
<b>MOREAU Jean-Jacques (C.S)</b>	NEUROCHIRURGIE
<b>MOULIES Dominique</b>	CHIRURGIE INFANTILE
<b>NATHAN-DENIZOT Nathalie</b>	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
<b>PERDRISOT Rémy</b>	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
<b>PHILIPPE Henri-Jean (CS)</b>	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

**PILLEGAND Bernard (C.S)**  
**PIVA Claude (C.S)**  
(C.S)  
**RIGAUD Michel (C.S)**  
**ROUSSEAU Jacques**  
**SALLE Jean-Yves**  
**SAUTEREAU Denis**  
**SAUVAGE Jean-Pierre (C.S)**  
**TREVES Richard (C.S)**  
**TUBIANA-MATHIEU Nicole (C.S)**  
**VALLAT Jean-Michel (C.S)**  
**VALLEIX Denis**  
**VANDROUX Jean-Claude (C.S)**  
**VERGNENEGRE Alain**  
**VIDAL Elisabeth (C.S)**  
**VIGNON Philippe**  
**VIROT Patrice (C.S)**  
**WEINBRECK Pierre (C.S)**

HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE  
MEDECINE LEGALE  
HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION  
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE  
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE  
MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION  
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE  
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE  
RHUMATOLOGIE  
CANCEROLOGIE  
NEUROLOGIE  
ANATOMIE  
BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE  
EPIDEMIOLOGIE-ECONOMIE DE LA SANTE-PREVENTION  
MEDECINE INTERNE  
REANIMATION MEDICALE  
CARDIOLOGIE  
MALADIES INFECTIEUSES

**PROFESSEUR ASSOCIE A MI-TEMPS**

**BUCHON Daniel**

MEDECINE GENERALE

**SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS**

**POMMARET Maryse**

A mes parents,

Mon frère.

A Matthieu.

A mon Grand-père, à ma famille.

Et puis Manu, Céline, Vincent, Ghislain et Steph.

Du temps et des mots.....

Aux patients que j'ai rencontré  
A toute l'équipe d'onco-hématologie de l'hôtel-dieu.

A notre Maître et Président de thèse

Monsieur le Professeur Jean-Pierre CLEMENT  
Professeur des Universités de Psychiatrie d'Adulte  
Psychiatre des Hôpitaux  
Chef de Service

Vous nous faites l'honneur d'accepter la présidence de ce jury de thèse.  
Votre confiance nous a aidé dans la réalisation de ce travail,  
Veuillez trouver ici, le témoignage de mon profond respect.

A nos juges

Madame le Professeur Nicole TUBIANA-MATTHIEU  
Professeur des Universités d'Oncologie Médicale  
Praticien hospitalier  
Chef de Service

Vous nous faites l'honneur de juger cette thèse.  
Votre intérêt pour notre travail et votre engagement en oncologie sont un  
exemple de cette volonté partagée à évoluer vers l'interdisciplinarité.  
Veuillez trouver ici le témoignage de notre plus profond respect.

Monsieur le Professeur Pierre CLAVERE  
Professeur des Universités de Cancérologie- Radiothérapie  
Praticien Hospitalier

Vous nous faites l'honneur d'accepter de juger cette thèse.  
Soyez en remercié.  
Veuillez trouver ici, l'expression de notre respectueuse considération.

Monsieur le Professeur Boris MELLONI  
Professeur des Universités de Pneumologie  
Praticien Hospitalier

Vous nous faites également l'honneur de juger ce travail.  
Soyez en remercié.  
Qu'il soit le témoignage de ma plus grande considération.

A mon Directeur de Thèse

Monsieur le Docteur Jean- François THERME  
Psychiatre des Hôpitaux  
Praticien Hospitalier

Ta disponibilité et ton écoute m'ont permis de mener à bien cette thèse.  
Sois-en remercié par ce travail, qui sans ton initiation à la psychiatrie de liaison,  
n'aurait pas vu le jour.

## B- CLINIQUE ACTUELLE

- 1- modèle de référence et classification actuelle
- 2- description des troubles psychiatriques en cancérologie
  - a- dépression et cancer
  - b- anxiété et cancer
  - c- trouble de l'adaptation et cancer
- 3- prévalence des troubles psychiatriques en cancérologie
- 4- sous évaluation des troubles psychiatriques en cancérologie

## IV- LA PSYCHO-ONCOLOGIE

### A- HISTOIRE DE LA PSYCHO-ONCOLOGIE

- 1- naissance du concept
- 2- description d'un modèle intégratif : la psychologie de la santé

### B- MODELE FRANÇAIS ET PSYCHIATRIE DE LIAISON

### C- LA PSYCHO-ONCOLOGIE EN FRANCE : ETAT DES LIEUX

## V- ETUDE DE CAS

### A- OBJECTIFS

### B- MATERIEL

- 1- Population
- 2- choix de l'instrument
- 3- évaluation clinique
- 4- questionnaire de satisfaction

### C- METHODOLOGIE

- 1- critères de dépistage
- 2- déroulement du protocole

### D- RESULTATS

- 1- résultats généraux
- 2- résultats par catégories
- 3- résultats pratiques- conséquences thérapeutiques
- 4- questionnaire de satisfaction



## E- DISCUSSIONS-COMMENTAIRES

- 1- taux d'inclusion faible
- 2- analyse de l'échantillon examiné
- 3- analyse des conséquences thérapeutiques
- 4- analyse du questionnaire de satisfaction

## VI- CONCLUSIONS

## VII- ANNEXES

## VIII- BIBLIOGRAPHIE

## I- INTRODUCTION

Au début du XXème siècle, le cancer s'est érigé au rang de fléau. Pourtant, il évolue progressivement vers des représentations plus chargées d'espoir puisqu'un patient sur deux, aujourd'hui, est guéri.

Les progrès de la médecine en ont fait une pathologie prioritaire en terme de santé publique et de nouveaux enjeux se dessinent autour de la notion de prise en charge globale du patient.

Nous étudierons, dans un premier temps, sur la base d'un constat épidémiologique, et à travers l'histoire partagée des cancers et de la médecine, comment les efforts se sont concentrés ces dernières décennies pour améliorer notre compréhension de la maladie et les réponses thérapeutiques que nous sommes en mesure de lui apporter à l'heure actuelle.

Le développement des connaissances, et la recherche fondamentale nous mèneront vers la microbiologie, la cellule, la génétique.

De façon contemporaine, le XXème siècle aura été aussi celui de Freud, avec le développement d'une théorisation sur le fonctionnement psychique. Elle sera reprise dans l'histoire de la psychiatrie, discipline médicale évoluant vers des modèles de travail et de recherches qui tentent d'intégrer toutes les données biologiques, sociales et psychologiques pour une meilleure compréhension de l'homme et de la pathologie.

Nous développerons dans un deuxième temps, et au fil de leur histoire, la rencontre et l'évolution de ces théories autour des liens tissés entre cancer et psychisme.

Cette rencontre entre un sujet et la maladie se formulera de différentes manières : de l'approche psychanalytique aux modèles physiologiques du stress en passant par le concept d'adaptation.

L'évolution de ces conceptions nous ouvrira sur la clinique psychiatrique actuelle appliquée à la cancérologie, les études de prévalence des troubles psychiques pour les patients atteints de cancer, en soulignant l'importance.

Pourtant, si la souffrance psychologique en cancérologie intéresse tous les acteurs de santé, elle est encore sous évaluée et c'est dans ce contexte qu'émerge la psycho-oncologie.

Issue de la psychiatrie de liaison en France, nous en dégagerons ses spécificités. Discipline naissante, elle propose des modèles pragmatique de prise en charge psychologique.

Nous en étudierons le concept dans un troisième temps qui fera également état d'une réalité sur le terrain encore très insuffisante.

Puis nous exposerons, dans le quatrième temps, notre travail, qui étudie la faisabilité et l'intérêt d'un dépistage que nous avons voulu systématique, des troubles anxieux et dépressifs dans un service de cancérologie.

Cette étude repose sur l'utilisation d'une échelle d'évaluation validée en cancérologie : l'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

Les résultats quantitatifs, et l'analyse détaillée des enseignements cliniques et institutionnels que ce travail nous a apporté seront commentés.

Nous concluons enfin sur l'intérêt d'un tel instrument en tant que support des liens qui peuvent s'établir dans le travail au sein d'une équipe de cancérologie, ouvrant la voie à de nouvelles pratiques quotidiennes dont l'enjeu commun est la qualité du soin : réponse « globale » et pluridisciplinaire à une souffrance globale du sujet atteint de cancer.

## II- CANCER ET CANCEROLOGIE

### II- A- EPIDEMIOLOGIE DU CANCER ET POLITIQUE DE SANTE :

#### II- A- 1- Epidémiologie :

La prévalence du cancer est actuellement d'environ 700 000 personnes. (112)

L'incidence est de 250 000 nouveaux cas de cancer par an.

On sait par ailleurs que le nombre de cancers va augmenter du fait du vieillissement de la population. (120)

Les cancers représentent la deuxième cause de mortalité en France derrière les affections cardio-vasculaires.

Par contre, il est la première cause de mortalité prématurée avec 37% de décès avant 65 ans.

La mortalité par cancer en France est de 148 000, soit 28% des décès.

Depuis 1989, les cancers sont la première cause de mortalité chez les hommes qui meurent 1.6 fois plus de cancer que les femmes.

Chez l'homme, la mortalité par cancer se répartit comme suit :

- 23% : poumons
- 12% : voies aéro-digestives supérieures
- 11% : prostate
- 10% : cancer colo-rectaux.

Chez la femme, la mortalité par cancer se répartit comme suit :

- 19% : sein
- 13% : colo-rectaux
- 6% : poumon et ovaire distinctement
- 5% : utérus et pancréas
- 4% : estomac et leucémies
- 2% : vessie et voies aéro-digestives supérieures.

Les expositions professionnelles pourraient expliquer 4% des décès par cancer.

En ce qui concerne l'étude des facteurs de risque, il est établi que :

- le tabagisme est la cause principale de survenue des cancers du poumon. L'interaction alcool - tabac multiplie les risques des VADS et de l'œsophage.
- les comportements alimentaires pourraient favoriser la survenue d'un tiers des cancers.
- l'exposition aux rayons ultra-violet est responsable de l'apparition de tumeurs cutanées.

Certains auteurs (120) estiment qu'environ 70% des cancers sont « attribuables » à des facteurs de risques « évitables ou modifiable » : tabac, alcool, alimentation, environnement.

Par ailleurs, le dernier programme national de lutte contre le cancer (février 2000) fait état en annexe de son rapport d'une forte disparité régionale de la mortalité par cancer. (112)

Pour les hommes, aux extrêmes par rapport à la moyenne nationale, les taux comparatifs vont respectivement d'une mortalité inférieure de 16% en Midi-Pyrénées à une surmortalité de +26% en région Nord-Pas-de-Calais.

Quatre autres régions présentent une mortalité par cancer supérieure à 10% par rapport à la moyenne nationale :

- +16% : Lorraine
- +14% : Haute-Normandie
- +13% : Picardie
- +13% : Bretagne.

Pour les femmes, les taux comparatifs varient de façon plus modérée de -12% à +14%. Deux régions seulement présentent une mortalité par cancer inférieure à la moyenne nationale de plus de 10% :

- -16% : Midi-Pyrénées
- -12% : Limousin.

Le Nord pas de Calais est aussi la région la plus touchée avec une mortalité de +14% par rapport à la moyenne nationale et une surmortalité prématurée de +19%.

## II-A- 2- Politique de santé actuelle:

Les résultats épidémiologiques concernant le cancer en font une priorité majeure en terme de santé publique.

Ces constatations sont relayées par les politiques qui à travers le programme national de lutte contre le cancer de Février 2000 (Guillot et Aubry) a défini cinq objectifs : (112)

- Réduire les risques de cancer par une prévention adaptée
- Généraliser des programmes de dépistages performants
- Favoriser en permanence la qualité de la prise en charge
- Améliorer les conditions de vie et garantir les droits des malades
- Rationaliser l'effort de recherche et de veille épidémiologique.

Le rôle de la psychiatrie à tous les niveaux de ces directives générales de santé publique nous pourrait pouvoir être discuté dans le cadre d'une réflexion globale sur les comportements pour le dépistage et la recherche, et sur les liens entre tous les professionnels de santé pour ce qui est de la qualité de la vie et du respect des droits des patients. (10)

Pour l'objectif : « améliorer les soins », il est précisé que :

« L'annonce du diagnostic de cancer, la mise en place d'un traitement contraignant, à un impact considérable sur la personne atteint, sur sa vie familiale et socioprofessionnelle.

L'objectif est d'améliorer, au moment de la prise en charge initiale, l'information sur les modalités du traitement et les différents dispositifs de prises en charge médico-sociale. »

Pour l'objectif : « améliorer les conditions de vie », il est précisé que :

« Les personnes malades, les familles mais aussi les soignants expriment régulièrement la nécessité de mieux prendre en compte la dimension psychologique de la prise en charge des malades atteints de cancer. Même si des efforts ont été récemment accomplis dans certains centres, d'importants progrès doivent être réalisés.

L'objectif est d'améliorer la prise en charge psychologique en systématisant celle-ci dans le cadre d'un travail en réseau ».

En terme de moyens, les 10 millions de francs prévus au budget pour financer cet objectif ont été débloqués comme prévu en juin 2001.

En pratique, au niveau régional, dans le cadre des SROS (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire) de deuxième génération (1999-2004), 25 régions sur 26 ont retenu la cancérologie comme l'une de leurs priorités.

En résumé, l'analyse des SROS fait état des orientations suivantes :

- L'évaluation des thérapeutiques, des réseaux, de l'accueil et de la prise en charge des patients est un impératif reconnu par tous.
- toutes les régions proposent d'améliorer la formation des professionnels de santé (formation initiale et continue) des médecins et infirmiers à la prise en charge de la douleur, aux soins palliatifs, et à l'accompagnement psychologique des patients cancéreux.
- 17 régions sur 24 ont retenu l'objectif de développer un travail pluridisciplinaire en cancérologie.
- Toutes les régions se sont engagées dans le développement d'une organisation en réseau.

Il est également stipulé que toutes les régions ont mis en place des dispositifs de coopération ou de collaboration entre toutes les structures prenant en charge les patients cancéreux : cliniques, hôpitaux et Centre de lutte contre le Cancer.

Les cancers et leurs modalités de prise en charge s'inscrivent donc aujourd'hui en priorité dans les préoccupations de santé de notre société.

C'est le résultat des progrès considérables accomplis ces dernières décennies dans le domaine médical.

Mais ceux-là même n'auraient pas été possible sans cette volonté affirmée tout au long des siècles, de mieux comprendre les liens entre l'individu et son environnement, que nous rapportons maintenant à travers l'histoire du cancer, son observation, et l'évolution des réponses médicales apportées.

## II- B- HISTOIRES DU CANCER ET DE LA CANCEROLOGIE :

### II-B- 1- Histoire du cancer :

La plus ancienne des tumeurs cancéreuses de l'histoire de l'humanité est retrouvée à l'ère du pléistocène moyen, c'est à dire entre 700 000 à 100 000 ans avant la notre. (62)

Il s'agit de tumeurs osseuses retrouvées par les paléopathologistes sur le segment d'une mandibule d'homme miné découvert au Kenya et sur un fragment de fémur exhumé à Java.

La preuve de l'existence de lésions dès la préhistoire est confirmée par l'exhumation plus récente de nombreux autres ossements un peu partout dans le monde, du Pérou à la Yougoslavie.

L'Égypte pharaonique nous donne à son tour d'autres précieuses informations sur l'histoire du cancer : des momies de la première dynastie (3400 avant J.C) présentent en effet diverses localisations de tumeurs malignes osseuses. (120)

Les papyrus Kahun (XXIII<sup>ème</sup> siècle avant J.C) et Ebers (XVI<sup>ème</sup> siècle avant J.C) sont les premiers écrits de la littérature médicale sur le cancer.

Le papyrus Ebers, écrit sous Aménophis 1<sup>er</sup> décrit la température, l'odeur et la couleur des lésions. Pour les cancers ulcérés, le document préconise une pommade à base d'arsenic et de vinaigre que l'on utilise encore en Europe à la Renaissance. Pour le cancer de l'utérus, il recommande l'extirpation de la tumeur au fer rouge.

Durant vingt-deux siècles, du IV<sup>ème</sup> av. J.C au XVIII<sup>ème</sup>, d'Hippocrate ( V<sup>ème</sup> siècle avant J.C) à Morgani (1682-1771), la connaissance du cancer épouse les principaux courants de pensée de la médecine de l'époque.

Au V<sup>ème</sup> siècle av. J.C, Hippocrate, le père de la médecine grecque compare l'aspect d'une lésion cancéreuse à celui d'un crabe : krakinos.

La tumeur apparaît à la surface du corps, s'étend et se colore progressivement, comme un crabe émergent du sable, puis secondairement, les vaisseaux dilatés irradiant de la masse évoque les pattes et surtout les pinces auxquelles la douleur fait également référence.

Quelle que soit son origine, le terme est imagé, associant des représentations de dévoration, de douleurs, de mal insidieux.

Hippocrate ne se limitera pas à d'étonnantes descriptions des cancers du sein, de l'utérus ou de l'estomac.

Il pose les bases de ce qui sera la cancérologie en décrivant l'incurabilité de la plupart des tumeurs, la nécessité d'« exciser complètement le cancer en une fois jusqu'aux racines » ( précepte reformulé par Mondeville : 1260-1320), le risque de récurrence à distance et l'opportunité de s'abstenir si la lésion est avancée.

Ainsi, au cours des siècles, la description du cancer et les différentes interprétations sur son origine et sur la meilleure façon de le traiter se développent .



La notion de métastase ne pouvant encore venir à l'esprit de nos ancêtres, la théorie des humeurs de Galien avec l'atrabile, la bile noire, l'humeur mélancolique explique de façon satisfaisante l'observation de cette dissémination.

Au début du XVII<sup>ème</sup>, on découvre la circulation sanguine, la lymphe.  
C'est la révocation de Galien et de la théorie des humeurs.

La notion de maladie cancéreuse apparaît en littérature.  
Mémoires et correspondances, de Saint-Simon à madame de Sévigné, le cancer s'écrit, avec ses conséquences émotionnelles et sociales.  
On le dit contagieux. Dans l'article consacré au cancer de l'Encyclopédie de Diderot, on lit que « des personnes perdirent la vie pour avoir goûté de la liqueur qui coulait d'un cancer à la mamelle ».

Avec le XVIII<sup>ème</sup> siècle, le diagnostic de cancer est posé plus justement.  
Chaque maladie a désormais un siège où démarre le processus morbide et qu'il faut découvrir.  
On assiste alors à la naissance de l'anatomie pathologique et l'essor de la physiologie avec l'italien Morgagni. (62)  
Ce dernier a pour élève Claude Bernard, dont la description de « la méthode expérimentale » révolutionnera l'histoire de la médecine.

Pourtant, force est de constater que jusqu'au milieu du XIX<sup>ème</sup> siècle, la maladie cancer sera peu décrite dans l'ensemble de la littérature médicale.  
En effet les médecins se seront d'abord intéressés aux grands fléaux qui annihilèrent des populations entières.

Citons la lèpre au moyen âge, la peste en 1348 qui décima plus d'un tiers de la population européenne, la syphilis importée des Amériques par les conquistadores et finalement la tuberculose au XIX<sup>ème</sup> siècle.  
Le cancer est une maladie rare. Elle le restera jusqu'à l'aube du XX<sup>ème</sup>, alors que les découvertes de Pasteur bouleversent la pathologie, nous y reviendrons.

Le XIX<sup>ème</sup> siècle marque donc une étape fondamentale dans l'histoire de la médecine.  
La méthode expérimentale de Claude Bernard porte ses fruits, la médecine devient discipline scientifique. (34)  
L'école française d'anatomo-pathologie avec Bichat, Laennec et Cruveilhier formule les bases de ce qui deviendra la cancérologie.

En 1819, Cruveilhier affirme que « cette transformation de nos tissus en un tissu morbide, jouissant à des degrés divers de la propriété de se généraliser dans l'organisme, constitue dans l'état actuel de la science la lésion la plus incurable de l'espèce humaine. »

Bichat comprend qu'il existe plusieurs processus morbides, plusieurs cancers distincts siégeant sur des tissus différents.

Laennec proposera de ramener l'ensemble des cancers à deux types : le squirrhe (les tumeurs dures) et l'encéphaloïde (les tumeurs molles).

Récamier (1774-1852) rejoint la jeune école des anatomopathologistes et crée le terme de « métastase ».

Tout est dit mais les Français s'arrêteront là...

Ce sont les Allemands qui prennent le relais avec Virchow (1821-1902).

Il énoncera la fameuse formule : « omnis cellula e cellula » que Tiersch complète dix ans plus tard de : « ejusdem generis ».

Toute cellule vient d'une cellule du même genre : c'est la naissance de la « théorie cellulaire ».

Grâce au microscope, le cancer devient définitivement « une maladie dé-génératrice de la cellule ».

Pourtant, l'École française avec en chef de file le chirurgien Velpeau (1795-1868) membre distingué de l'Académie de médecine qui invente et sacralise le « regard médical », éminent gardien de la « clinique pure », résiste ...

Sans doute, a-t-on du mal à se satisfaire de devoir partager l'honneur d'un diagnostic avec ce petit appareil qu'est le microscope.

Querelle d'école entre les cliniciens et les défenseurs du « micrographe » : la confrontation à lieu à l'automne 1854.

Velpeau annonce que la théorie cellulaire est sur le point de « disparaître de la science sérieuse »:

« Qu'est ce donc à la fin que cette cellule ?

vous croyez peut-être qu'il s'agit d'un objet gigantesque ?... Jugez-en :

on prend gros comme une tête d'épingle du tissu d'une tumeur, on le met sous le microscope et on y voit... : une population entière !

Des cellules enfants qui viennent de naître...

puis viennent les cellules adultes, les unes minces et allongées, les autres courtes et rondelettes ; il y en a de grosses, de maigres...plus loin ce sont des cellules parfaites et bien portantes, grosses et jolies personnes, ma foi !... ,

plus loin s'avancent gravement les cellules mères contenant dans leur sein un ou plusieurs petits...

Et c'est là dessus qu'on a fondé une classification qui renverse tout, qui fait table rase du passé ! ».

Velpeau s'emporte, menace, « vous sombrerez avant d'arriver au port ! ». (62)

D'aucuns argumenteront simplement :

« intervenir sans se servir du microscope pour s'éclairer sur la nature des tumeurs qu'on enlève ressemble à un homme qui, ayant une mauvaise vue, prétendrait qu'il n'a pas besoin de lunettes ».

La science poursuit son chemin.

En 1878, Pasteur démontre l'inanité de la théorie d'une « génération spontanée » d'élément pathogène dans le corps de l'homme.

Les agents pathogènes, la maladie ne sont pas punition divine, ils sont issus du milieu naturel, on peut les décrire, on peut les étudier, on peut les soigner.

Le déontologique s'éloigne du sacré et, divinement inspiré ou simplement curieux, l'homme explore le corps humain avec méthode : la science médicale continue de se développer et la deuxième moitié du XXème siècle lui donne plus de connaissances sur son propre corps que pendant tout le reste de l'histoire de l'humanité.

Pasteur a guéri la plupart des maladies infectieuses jusqu'alors mortelles.

Au cours du XXème siècle, la diminution de la mortalité due aux causes infectieuses a eu pour effet d'augmenter la mortalité par cancer du fait du vieillissement de la population (on sait aujourd'hui que la fréquence des cancers augmente avec l'allongement de la durée de vie). (120)

Après lui, faisant définitivement le choix de la connaissance, on s'attache à décrypter peu à peu les mécanismes les plus intimes de la vie, non pas pour égaler les dieux mais pour le bien de l'humanité.

La transgression est ailleurs aujourd'hui, probablement dans les limites du système, qu'il nous appartient de maîtriser.

Ainsi, le cancer, s'il est encore marqué du sceau de l'irrationnel, prend progressivement place au sein de la nosographie en tant que maladie grave, potentiellement mortelle, mais sur laquelle on peut agir.

Nous nous intéressons maintenant aux réponses thérapeutiques apportées par l'homme aux cancers, en relatant l'histoire de ses traitements.

Elle est riche d'enseignements sur le développement et l'évolution des connaissances et aura de fortes conséquences sur les modalités de la prise en charge de ces patients atteints de cancer.

## II-B-2- Histoire des traitements :

### a- la chirurgie :

L'histoire de la chirurgie du cancer se confond avec celle de la chirurgie.  
La méthode chirurgicale, quant à elle, existe depuis la plus haute antiquité.

Un papyrus daté de 1500 avant J.C préconisait déjà l'exérèse au fer rouge ou cautère des tumeurs de chair (par opposition aux abcès).

Dans les « Aphorismes » d'Hippocrate, on retrouve cette même technique pour éviter les complications locales des tumeurs et/ou la gêne fonctionnelle.

Jusqu'au milieu du XIXème siècle le problème de la douleur, les complications infectieuses et l'absence d'anesthésie font de la chirurgie une médecine de dernier recours ou bien de guerre. (120)

Citons pour l'histoire, le Dr Larrey, chirurgien des campagnes napoléoniennes qui effectuait une amputation d'un membre inférieur en quatre minutes et du membre supérieur en 17 secondes. Prodigieuse virtuosité associée à des résultats remarquables puisque 2% seulement n'y survivait pas alors que sans intervention, la mort par gangrène était assurée.

L'apport de l'anesthésie, de l'asepsie et de l'antisepsie après la deuxième moitié du XIXème siècle a permis à la technique chirurgicale de progresser.

Quelques dates importantes marquent l'histoire de la chirurgie carcinologique : elles qui correspondent aux premières amputations d'organes :

1878 : Von Volkman - amputation du rectum.

1879 : Péan - gastrectomie.

1880 : Kocher - thyroïdectomie.

1889 : Halsted - mastectomie

1900 : Wertheim - hystérectomie.

On voit se développer une chirurgie qui obtient des résultats thérapeutiques mais dont les conséquences pour le patient sont dramatiques.

Pourtant, forte de ces premiers succès, elle devient audacieuse ; faute d'autres moyens, les interventions seront souvent systématiques et mutilantes.

Mais l'analyse du suivi de ces patients et le souci déjà présent de la qualité de la vie après traitement mettra fin à ces exploits dans un contexte où les progrès de l'histologie, dans les années 60, commencent à apporter des solutions thérapeutiques plus acceptables.

Les indications sont plus réfléchies et l'on s'attache à mieux délimiter le territoire d'excision des lésions cancéreuses. la chirurgie devient alors moins systématique, moins mutilante, et plus efficace.

Le développement parallèle des autres traitements, comme nous le verrons plus loin, utilisés en association modifie également les indications chirurgicales tandis que le perfectionnement des techniques de chirurgie reconstructrice améliore la qualité de vie.

Ainsi, depuis une quinzaine d'années, trois voies nouvelles se sont ouvertes pour la chirurgie du cancer :

- le développement de la chirurgie reconstructrice,
- les interventions sur métastases,
- la chirurgie en pré ou post-thérapeutique d'un traitement chimio ou radiothérapeutique.

Cette dernière pratique nécessitant l'intégration du chirurgien à l'ensemble d'une équipe où les différentes techniques se complètent pour améliorer le traitement des patients.

b - radiothérapie :

C'est Roentgen en 1895 qui découvre les rayons X et Becquerel la radioactivité en 1896.

Quelques mois plus tard, un premier malade est traité à Lyon par Despeignes après qu'on est constaté l'action biologique des rayonnements.

Il existe alors de nombreux problèmes techniques à résoudre car les conséquences pour les patients encore une fois sont difficiles.

Entre 1920 et 1960, les générateurs de rayons X se perfectionnent grâce à Regaud et Marie Curie, mais la dosimétrie reste aléatoire : la mesure des doses de rayonnement et les relations entre doses et effets sur tissu tumoral et sur tissu sain nécessitent encore de s'affiner.

La découverte alors, du fractionnement réduira notablement l'intensité des lésions cutanées.

En 1946, l'Atomic commission des Etats-Unis, propose d'utiliser les réacteurs atomiques qui auront produit la bombe pour fabriquer des isotopes radio-actifs.

Le cobalt 60 en sera le chef de file au vue de ces propriétés radiothérapeutiques.

Les appareils à télécobalthérapie révolutionnent la pratique en médecine nucléaire.

En 1952, à l'institut Gustave Roussy de Villejuif, le Professeur Tubiana intègre à son équipe médicale de cancérologie la première physicienne, Andrée Dutreix, chargée de surveiller et d'enseigner aux radiothérapeutes la dosimétrie. (120)

En 1953, le premier bétatron est installé à Gustave Roussy.

Il s'agit d'un générateur de rayons X encore plus performant, utilisé initialement pour des recherches de physique atomique, puis pour les besoins de la guerre (il servait alors à radiographier d'énormes pièces métalliques entrant dans la construction des navires de guerre afin d'en vérifier l'absence de défaut).

En 1955, Gustave Roussy se dote du premier appareil de télécobalthérapie :  
« C'était le début d'une exaltante aventure » dira le Pr Tubiana.

Par la suite, les progrès cumulés de la radiologie et de la biologie moléculaire en partenariat avec les physiciens pour l'appareillage et la dosimétrie ont abouti à une méthode radio-thérapeutique efficace et beaucoup moins mutilante.

Actuellement elle repose sur la base de trois facteurs dosimétriques fondamentaux établissant pour chaque indication :

- la dose totale
- la dose par séance (fractionnement)
- l'intervalle de temps entre les séances pour la délivrance de la dose.

On connaît les doses limites pour les tissus sains et la radiosensibilité des cellules tumorales en fonction de leur type histologique.

Aujourd'hui, on utilise trois techniques :

- La radiothérapie transcutanée :

Pour cette technique, le faisceau irradiant est émis par un générateur situé en dehors de l'organisme. Il s'agit de la télé cobalthérapie et de l'accélérateur linéaire.

- La curiethérapie :

La source radioactive est placée au contact de la tumeur.

- La radiothérapie métabolique :

Dans cette technique, on utilise un radio-élément ayant une affinité métabolique pour le tissu malade (par exemple, l'iode radioactif pour les cancers de la thyroïde.)

A l'heure actuelle, les associations radio-chirurgicales permettent de guérir des cancers tout en conservant le tissu ou l'organe dans lequel la tumeur s'est développée.

L'exérèse première d'une tumeur volumineuse suivie de radiothérapie améliore le traitement de certains cancers en réduisant les mutilations qu'auraient occasionné séparément l'une ou l'autre de ces techniques.

Par ailleurs, en irradiant les tissus voisins et les aires ganglionnaires, la fréquence des récurrences loco-régionales diminue.

Le traitement des cancers ORL, des sarcomes des tissus mous, et des cancers du sein en sont des exemples probants.

c- La chimiothérapie :

Erlich au début du XXème est le premier à utiliser le terme de chimiothérapie pour le traitement de la syphilis.

Encore une fois, c'est fortuitement et sur la base d'une méthode empirique que va naître un nouveau traitement : la chimiothérapie.

Les premières observations remontent à la seconde guerre mondiale.

C'est un médecin militaire, Gilman, qui constate une diminution des leucocytes chez des marins ayant inhalé du gaz de moutarde. (62)

C'était en 1943 dans le port de Naples suite à une explosion accidentelle sur un bateau américain qui transportait des fûts de ce gaz asphyxiant.

A la fin de la guerre, les essais de cette molécule sur des patients atteints de maladie d'Hodgkin sont encourageants.

C'est alors que débute la recherche du « composé idéal » qui serait efficace sur les cellules cancéreuses et peu ou pas toxique pour les cellules saines.

En 1950, le Congrès Américain débloque un budget qui aurait permis d'étudier cinq millions de molécules. (120)

Progressivement, la compréhension des mécanismes d'action de ces drogues oriente plus spécifiquement la recherche.

Ainsi découvre-t-on :

- en 1948, le méthotrexate,
- en 1952 l'actinomycine D,
- puis dans les dix années qui suivent, le 5-fluoro-uracile, le cyclophosphamide, la bléomycine.

Les drogues utilisées en chimiothérapie sont de véritables poisons de la prolifération cellulaire.

Ils présentent donc des effets secondaires importants qui comportent également des conséquences parfois dramatiques pour les patients.

Nous verrons plus loin dans notre exposé comment la réalité de ces effets « secondaires » des traitements que l'on proposaient, et proposent encore aux patients souffrant de cancer a influencé leur évolution et favorisé leur prise en compte dans les choix thérapeutiques actuels.

Aujourd'hui, on distingue trois techniques de chimiothérapie :

- La chimiothérapie curative :

Elle constitue la base du traitement des tumeurs « directement » sensibles aux produits proposés.

Ce sont les caractéristiques cinétiques de la tumeur établies à partir des données histologiques (cancers constitués de cellules en multiplication rapide, cancer de l'enfant par exemple) et de son évolution sous traitement qui déterminent le choix du ou des produits.

- La chimiothérapie en association avec les autres modes de traitement : nous les avons cités aux chapitres précédents.

- La chimiothérapie adjuvante : administrée après traitement de la tumeur primitive par chirurgie et/ou radiothérapie, elle est un traitement préventif des métastases. Elle nécessite l'évaluation de facteurs pronostics qui déterminent le risque d'extension métastatique de la tumeur primitive ( il s'agit d'identifier et de traiter les patients pour lesquels les bénéfices de cette chimiothérapie préventive seront supérieurs aux effets secondaires).



#### d- Hormonothérapie :

Le principe de l'hormonothérapie est intéressant pour l'avenir car « il préfigure les possibles d'une pharmacologie qui s'appuierait sur une meilleure connaissance des substances de l'organisme qui régissent la prolifération cellulaire. C'est l'aube des nouvelles voies thérapeutiques : les biothérapies ».

L'hormonothérapie est issue de la physiologie endocrinienne qui définit le fonctionnement du système hormonal comme stimulant ou inhibant la prolifération des tissus sur lesquels il agit.

C'est Antoine Lacassagne en 1932 qui montre que l'administration de fortes doses d'hormones femelles (oestrogène) à des souris mâles provoque des cancers de la mamelle qui normalement ne s'observe que chez les souris femelles.

Ainsi, alors que la physiologie endocrinienne décrit précisément les mécanismes de la régulation hormonale, en 1941 Huggins traite le cancer de la prostate par la destruction des testicules ou l'administration d'hormones femelles, provoquant une « castration chimique » qui stoppe le développement de la tumeur hormono-sensible.

La castration chimique est proposée également pour les cancers du sein avec l'ablation chirurgicale ou l'irradiation des deux ovaires.

Devant l'efficacité limitée de ces techniques, on a ensuite proposé la destruction de la glande hypophysaire qui contrôle l'ensemble des glandes endocrines.

Cela donnait lieu à de nombreux effets secondaires malgré l'administration de cocktails hormonaux de substitution.

Les choses ont changé avec la découverte des anti-œstrogènes.

Ils sont utilisés maintenant depuis vingt-cinq ans en thérapeutique. Le plus connu est le tamoxifène qui interfère avec l'action des oestrogènes au niveau des récepteurs cellulaires de l'ensemble de l'organisme.

Ce traitement est souvent et longtemps efficace et bien toléré.

Un autre progrès dans le domaine du traitement du cancer du sein est la possibilité de doser les récepteurs d'œstrogènes, c'est à dire de déterminer les cancers hormono-dépendants.

Par ailleurs, les recherches fondamentales évoluent : Pierre Chambon, un chercheur français montre que la protéine p52 intervient dans le fonctionnement des récepteurs et que sa présence est indispensable pour qu'ils soient fonctionnels, donc hormono-sensibles.

Parallèlement Guy Riou chercheur à Villejuif montre qu'un oncogène intra-nucléaire, Myb, a un rôle favorable dans les cancers du sein probablement parce qu'il participe à la réponse aux oestrogènes alors qu'il a un rôle défavorable dans certains cancer des tissus hématopoïétiques.

On voit ici la nécessité de développer les recherches de manière « croisée » ; L'apport de toutes les disciplines de recherche fondamentale - génétique et immunologique-, paraît indispensable à la compréhension de la complexité des mécanismes cellulaires et génétiques qui président au développement des tissus et des cancers .

L'avancée des connaissances en cancérologie depuis quelques années permet déjà une meilleure identification des cancers et de leurs « profils » de réponses thérapeutiques alors que l'on dispose de traitements plus actifs et moins toxiques.

e- les nouvelles voies thérapeutiques - les biothérapies :

En biologie, l'évolution considérable des connaissances fondamentales a permis d'ouvrir de nombreuses voies de recherche thérapeutique.

Ceci est affaire de spécialistes mais nous voulons citer :

- La greffe de moelle
- L'immunologie
- Les thérapies géniques

En ce qui concerne la génétique, on sait aujourd'hui que le cancer est dû au dysfonctionnement de certains gènes appelés : oncogènes.

On en connaît une centaine.

En thérapeutique, le principe est soit de bloquer l'expression de l'oncogène soit de pallier l'absence d'un gène suppresseur absent.

Si la greffe de moelle est aujourd'hui une technique bien réglée qui fait partie de l'arsenal thérapeutique en cancérologie, dans le domaine de l'immunologie et des thérapie géniques, nous n'en sommes qu'aux prémises d'une recherche fondamentale qui paraît très prometteuse mais n'apporte pas encore de solutions thérapeutiques.

Ainsi, de l'amputation élargie d'une tumeur cancéreuse à la découverte des oncogènes, l'histoire du cancer et de son traitement paraît s'accélérer depuis quelques années.

La nécessité de mettre en œuvre tous les moyens pour la description, le traitement et la prise en charge globale des patients s'inscrit dans une dynamique historique qui a su rassembler tous les professionnels compétents.

Nous nous proposons d'étudier maintenant la naissance de cette discipline à partir des lieux d'accueil de ces patients.

## II-C- NAISSANCE DE LA CANCEROLOGIE

C'est en 1740 que la première structure spécialisée est ouverte aux « cancérés » par le chanoine Jean Godinot à Reims. (54)

Un siècle plus tard en 1842, on retrouve à Lyon au sein de l'hôpital général un service qui accueille les femmes souffrant de cancers du seins avancés.

Dés le début du XXème siècle, on mesure l'ampleur de la maladie : la première association française pour l'étude du cancer prend naissance à Paris en 1906.

En 1912, l'état confie au Dr. Claudius Rigaud, directeur du laboratoire de recherche biologique à l'institut du radium à Paris, ce qui constitue le premier « programme de lutte contre le cancer ».

Il posera les principes de ce qui deviendra les « centres anti-cancéreux » :

« Il ne saurait y avoir une organisation sérieuse du traitement du cancer, écrit-il en 1919, sans une concentration des ressources et une coordination des compétences ».

En vertu de ces principes, le ministère de la santé créa en 1922 une « commission du cancer ».

A l'époque, il existe déjà deux grands organismes attachés aux soins du cancer :

- L'Institut Curie, fondé en 1919 par Marie Curie avec le concours financier d'Henri de Rothschild.
- L'Institut du cancer à Villejuif, fondé en 1921 par celui qui lui donnera son nom : Gustave Roussy.

A partir de 1923 sont créés les premiers centres régionaux.

Pour l'histoire rappelons que, ne sachant pas où trouver les budgets, le gouvernement décida de prélever les fonds du Pari Mutuel (le PMU) ...

Finally, on October 1<sup>st</sup> 1945, Charles de Gaulle signs the ordinance instituting the Centers for the Fight Against Cancer.

This text defines three missions:

- Screening, examination, hospitalization and treatment of patients
- Prolonged surveillance of results
- Research on etiology, prophylaxis and cancer therapy.

There are today twenty Centers for the Fight Against Cancer (CLCC).

In 1964, the need to concretize the coordination between centers in order to optimize care in oncology led to the creation of the National Federation of CLCC (FNCLCC).

In 1979, the « medical cooperation between centers » was institutionalized.

However, according to a study by the Ministry of Health in the 1980s, it was found that 50% of patients were treated in clinics, 30% in hospitals and only 20% in centers for the fight against cancer. (54)

CLCCs treat only about one-tenth of patients at the start of the disease.

These figures have evolved but we have not found a more recent study showing the distribution of patient care among different structures.

The fact is that for most of the time, it is hospital services that are in the first line for establishing the diagnosis and choosing the treatment of patients. They have at the current hour specialists « by organ » who master oncology in their specialty.

In addition, the development of oncology services in hospitals is based on a principle recognized everywhere, the necessary interdisciplinary coordination.

It is in this context that major progress has been made in terms of treatment and clinical and etiological research.

But it is also in this institutional reality that health policies are trying to give the means to improve patient care (treatment and screening: the development of interdisciplinarity, going hand in hand with a reduction in disparities in the quality of care) while taking into account the human dimension of the pathology.

Ainsi, l'histoire du cancer, sa découverte, sa description et son évolution nous paraît paradigmatique de l'histoire de la médecine et de l'histoire de l'humanité dans son rapport à la mort et à la maladie.

La progression de notre savoir évolue de la tumeur visible, macroscopique, à la lésion micro-biologique, moléculaire.

Depuis quelques décennies, l'amélioration considérable des traitements classiques a révolutionné le pronostic des cancers.

Parallèlement, le développement de la recherche fondamentale qui travaille au cœur de la cellule a permis de comprendre certaines caractéristiques biologiques des cellules cancéreuses, ouvrant de nouvelles voies de recherche en thérapeutique.

Pourtant, aussi fascinant et prometteur qu'il soit, ce « nouveau savoir » autour de la maladie ne peut pas nous faire oublier l'homme malade.

Le Professeur Tubiana résume en ces mots notre propos :

«A l'heure actuelle, la stratégie thérapeutique est fondée sur une politique du risque calculé : offrir à chaque malade le maximum de probabilité de guérison au prix de risques limités. Le risque nul n'existe pas. La décision ne peut se prendre qu'après un bilan de la maladie et une analyse du psychisme du malade ».

En effet, si les cancers sont aujourd'hui de mieux en mieux appréhendés sur le plan somatique, (ou peut-être « parce qu'ils le sont), la dimension humaine des cancers, leurs conséquences sur l'individu et son environnement a pu se faire jour.

Nous abordons alors les liens entre cancer et psychisme, entre maladie et sujet, et leurs répercussions de sujets à sujets : patient, famille, soignants.

Encore une fois, il est intéressant d'analyser l'évolution des connaissances.

Ainsi, à partir des différentes théories sur le fonctionnement psychique, et de leurs évolutions, nous présenterons les données actuelles en clinique psychiatrique appliquée à la cancérologie.

### III- CANCER ET PSYCHISME

#### III- A- LES THEORIES ET LEURS EVOLUTIONS :

##### III-A- 1- approches psycho-dynamiques :

Le lien entre cancer et psychisme existe depuis l'antiquité.

Galien, déjà, pense que le cancer du sein touche les femmes de tempérament « mélancolique » plus que celles au tempérament « sanguin ».

Toutes formes de croyances, médicales et populaires, se retrouveront dans l'histoire de cette maladie et nous renvoient au débat philosophique séculaire des liens entre psyché et soma.

Notre propos est d'abord d'exposer les liens entre cancer et psychisme à travers l'approche psychanalytique dans ce qu'elle nous apporte d'éclairant sur les représentations du cancer pour le sujet malade, sa famille et le médecin.

Nous abordons ensuite la théorie psychosomatique qui s'attache à donner un sens à la maladie dans l'hypothèse d'une psychogenèse du cancer.

##### a- Psychanalyse et cancer :

En dépit des progrès de la médecine, c'est d'abord une représentation sans nuance qui s'impose à l'individu quand on lui parle de cancer. (95,4,63)

Image d'une mort certaine et prématurée ; l'angoisse est inévitable, fondamentale. (97)

« Personne au fond, ne croit à sa propre mort, ou, ce qui revient au même : dans l'inconscient, chacun de nous est persuadé de son immortalité ». Freud. (110)

Image de dévoration et d'envahissement interne ; l'intime devient ennemi.

La recherche d'une causalité, prendra toutes les formes, culpabilité individuelle et châtement collectif, renvoyant à l'imaginaire, elle fait basculer le sujet dans un mouvement terrifiant d'affects qui mobilisera toutes ses « défenses psychiques » pour échapper à l'angoisse de mort. (8)

Histoire d'une rencontre entre un sujet et un processus morbide.

Elle s'inscrit dans sa propre histoire, dans sa vie et dans son corps, jusqu'alors préservés, plus ou moins bien, de cette angoisse de mort.

Dans la théorie psychanalytique freudienne, la personnalité, « l'appareil psychique » est composé de trois instances : « ça, moi, surmoi » qui constituent la « deuxième topique » ( elle correspond à l'évolution de la théorie après 1920).

« Du point de vue dynamique, le moi représente éminemment dans le conflit névrotique, le pôle défensif de la personnalité ; il met en jeu une série de mécanismes de défense, ceux-ci étant motivés par la perception d'un affect déplaisant.

Du point de vue économique, le moi apparaît comme un facteur de liaison des processus psychiques ; mais, dans les opérations défensives, les tentatives de liaison de l'énergie pulsionnelle sont contaminées par l'inconscient. » (74)

Il est décrit également comme « appareil adaptatif différencié à partir du ça (l'inconscient) au contact de la réalité extérieure. »

La personnalité s'élabore progressivement au contact de cette réalité, du milieu et dans le jeu de ces différentes instances.

« Le moi est dans une relation de dépendance tant à l'endroit des revendications du ça que des impératifs du sur moi et des exigences de la réalité. Bien qu'il se pose en médiateur, chargé des intérêts de la totalité de la personne, son autonomie n'est que toute relative ».

Le sur-moi est considéré comme « censeur et juge » du moi ; il englobe les fonctions d'interdiction et d'idéal et s'enrichi par les apports ultérieurs des exigences sociales et culturelles.

Toute menace visant à mettre en danger l'intégrité et la constance de l'individu bio-psychologique, mobilisera un système de défenses dont la finalité est de réduire ou de supprimer cette menace. (12)

Les défenses porteront sur « l'excitation interne (pulsions) et électivement, sur telle des représentations (souvenirs, fantasmes) auxquelles celle-ci est liée, sur telle situation capable de déclencher cette excitation dans la mesure où elle est incompatible avec cet équilibre et, de ce fait, déplaisante pour le moi. » (74)

Intervient ici, à travers les notions de souvenirs et de fantasmes, l'histoire de l'individu, les événements ou menaces (séparation, deuil, abandon) auxquels il a été confrontés et les réponses apportées ou les défenses qu'il a mobilisées pour y faire face.

« L'intimité avec la mort » que représente l'annonce d'un cancer est une menace fondamentale pour le sujet.

Elle mobilise toutes les instances de sa personnalité et les mécanismes de défense qui le constitue, déterminant son style de réaction face aux angoisses de mort, de séparation, de castration et d'abandon que l'idée du cancer génère.

Anna Freud en 1949 (37) propose les mécanismes de défense suivants : (cf annexe)

- Refoulement : « pierre d'angle sur quoi repose tout l'édifice de la psychanalyse ».
- régression
- formations réactionnelles
- isolation
- annulation rétroactive
- introjection
- identification
- projection
- retournement contre soi
- transformation en son contraire
- sublimation

Elle définira également l'« identification à l'agresseur » (1936).

D'autres auteurs décrivent des mécanismes de défenses « archaïques » : la pensée magique et la toute puissance. (116)

Enfin, Freud décrit le déni et le clivage, mécanismes qui sont souvent formulés en cancérologie.

Ainsi, le déni « consiste en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante ». (74)

Le clivage quant à lui désigne « la coexistence, au sein du moi, de deux attitudes psychiques à l'endroit de la réalité extérieure en tant que celle-ci vient contrarier une exigence pulsionnelle : l'une tient compte de la réalité, l'autre la dénie et met à sa place une production du désir ».

Le « désir » renvoie à l'inconscient et aux « premières expériences » de satisfaction : une longue histoire et pour chacun différente.

La projection est « une opération par laquelle le sujet expulse de soi et localise dans l'autre, personne ou chose, des qualités, des sentiments, des désirs qu'il méconnaît ou refuse en lui ( la superstition en est un exemple) ».

L'identification est ce « processus par lequel un sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement,



sur le modèle de celui-ci. La personnalité se constitue et se différencie par une série d'identifications ».

Au delà de la théorie, cette organisation de la personnalité, du moi (structure, dynamique et mécanismes de défenses) se retrouve dans le transfert, c'est à dire dans le cadre de la relation analytique.

Mais elle est aussi à la base de toute relation intersubjective.

Dans la relation de soins, patient et soignant manifestent inévitablement leur subjectivité. (44)

Les caractéristiques de cette relation soigné-soignant sont autant l'« inégalité » (sujet souffrant et sujet disposant d'un savoir), que « l'espérance » (d'un soulagement voire d'une guérison). (68)

C'est aussi une relation qui passe par le corps et s'exprime par la parole.

L'expression de la souffrance et la réponse qu'on lui donnera sont constitutives du « transfert en médecine » (mouvement subjectif, affectif du patient pour le médecin) et du « contre transfert » ( qui désigne les mouvements affectifs du médecin en réaction à ceux de son patient et en relation avec son propre vécu .

Cette dynamique intersubjective engage le médecin dans un rôle difficile parce qu'il induit sa « participation à la création d'un nouvel équilibre » dans le fonctionnement du sujet dont il est en charge.

Rôle « réorganisateur » fondamental pour le patient puisqu'il détermine avec lui les modalités de son adaptation à la maladie. (44)

Elle sera à l'image de chaque personnalité et de son histoire dans la dynamique de la relation qui s'établissant, évoluera dans le temps.

Enfin, la communication dans la relation médecin malade est au centre de cette rencontre puisqu'elle est le support de l'échange intersubjectif.

Les paroles échangées sont porteuses de sens pour le médecin comme pour le patient, (dans l'information technique autant que dans la recherche d'une souffrance psychologique débordant les capacités de l'individu), à partir du moment où l'on considère les subjectivités de chacun et en conscience de leurs rôles respectifs.

Relation difficile, et surtout dans le cas du cancer où ces représentations idéales du moi, du corps, du lien soigné-soignant sont mises à mal régulièrement, (5) renvoyant chacun à ses propres défenses dans un travail autour de l'angoisse, au delà du traumatisme, qui permettra d'inscrire la maladie dans son histoire.

Dans cette optique de donner du sens à la maladie, certains feront le chemin inverse ; l'hypothèse étant que c'est l'histoire du sujet, sa personnalité, son mode de fonctionnement qui génèrent la pathologie somatique.

Considérant autrement l'unité psyché-soma, ils développerons les théories psychosomatiques.

b- La psychosomatique :

La psychosomatique procède de la psychanalyse : « la méthode, le style, le sens général de l'étude psychosomatique se modèlent sur ceux de la psychanalyse ». (84)

Elle aborde le débat sur l'unité fondamentale de l'être humain à travers « la dialectique des rapports qu'un individu, dans sa totalité psychique, biologique, historique et sociale entretient avec lui-même comme avec les autres. »

C'est Heinroth, un naturaliste allemand qui introduit le terme en 1820.

Il décrit un état psychopathologique se rapportant à un trouble du sommeil qui n'a aucun lien avec le signifiant actuel.

Par la suite Groddeck pose les bases de ce qui sera la psychosomatique en affirmant que : « tout phénomène humain s'exprime sous deux modes, physique et psychologique ». (34, 13)

Pour cet auteur, le sens de la maladie physique est déterminé par le « ça », principe de vie dont la psyché et le soma sont l'expression.

Groddeck se définit lui même comme « psychanalyste sauvage », il en applique les théories au domaine somatique.

Reprenant l'analyse freudienne du symptôme hystérique, il défendra l'idée de la fonction symbolique du trouble somatique et du sens du « choix de l'organe » dans l'expression de la pathologie.

L'ensemble de ses conceptions sera vivement combattu par les psychanalystes américains Alexander et Dunbar qui mettent en place les premières recherches systématiques en psychosomatique.

En 1930 ils créent « l'école de Chicago ».

Dunbar travaille à démontrer des liens entre traits de personnalité et manifestations morbides.

Il cherche à définir des profils de personnalité pouvant déclencher des maladies psychosomatiques. Ces conceptions évolueront dans le temps vers la notion de

« pattern » qui définit des types de personnalités ( type A ,B, C prédisposant à certaines pathologies spécifiques).

Alexander, quant à lui, développe le concept de « conflits spécifiques » qui renvoie à la notion de « constellations psychodynamiques » caractéristiques de certaines affections somatiques.

Il distingue ainsi deux types de maladie psychosomatiques : l'un étant l'expression de tendances hostiles agressives (lutte ou fuite) bloquées, l'autre, l'expression inhibée de tendances à la dépendance.

Les conflits spécifiques entretiendraient une tension chronique et deviendraient pathogènes par excès d'excitations viscérales créant un « cercle vicieux psychosomatique ».

Cette notion de psychogenèse nouvellement formulée a suscité, à l'époque, de nombreux enthousiasmes.

Les recherches dans les milieux psychanalytiques et médicaux se sont multipliées.

Pourtant, ce modèle psychobiologique reste dualiste et ne donnera pas d'explication sur ces liens organiques qui ferait de l'homme un « être psychosomatique » (M. Sapir)(84).

En France, c'est Pierre Marty qui développe l'approche psychosomatique.

On lui doit la théorisation d'inspiration psychanalytique la plus achevée en matière de psychosomatique.

Pour lui, il n'existe pas de « malade psychosomatique » mais une approche psychosomatique des malades, qui se définit alors comme une « lecture spécifique » de la maladie.

Marty fonde l'Ecole de Psychosomatique de Paris à partir de 1947.

Selon lui, ce qui fait le lit de la somatisation est lié à une carence de la « mentalisation » en rapport avec un certain type de fonctionnement mental appelé « structure psychosomatique ».

Elle se caractérise par ce que Marty appelle : la pensée opératoire (1962).

C'est une pensée consciente, actuelle et factuelle, sans liaison avec des mouvements fantasmatiques appréciables. Elle double l'action, la précède ou la suit, dans un champs temporel cependant limité.

Il décrit également une carence de la vie fantasmatique et l'absence de mécanismes de défenses névrotiques face à l'angoisse (refoulement, projection, isolation).

Cette organisation pathologique de la personnalité est nommée : névrose de caractère et névrose de comportement.

La somatisation apparaît lors des phases de « dépression essentielle »(1966).

Marty et De M'Uzan en expliquent le principe :

« Les activités fantasmatiques et oniriques permettent d'intégrer les tensions pulsionnelles et protègent ainsi la santé physique individuelle.

La pensée opératoire met en évidence une carence de ces activités, ce qui va naturellement de pair avec des perturbations somatiques ».

La pensée opératoire définit la « vie opératoire » (en rupture par rapport au fonctionnement mental antérieur et en rapport avec la dépression essentielle) et la névrose de comportement (ou névrose mal mentalisée qui constitue une insuffisance structurelle du fonctionnement mental).

Le concept de dépression essentielle émerge en 1963. (84)

C'est une « dépression sans objet, ni autoaccusation, ni même culpabilité consciente , où le sentiment de dévalorisation personnelle et de blessure narcissique s'oriente électivement vers la sphère somatique. »

Marty dira qu'un tel tableau psychopathologique relève à l'évidence d'une précarité du travail mental.

Le troisième concept développé par Marty est celui de « désorganisation progressive ».

Elle correspond à la destruction de l'organisation libidinale d'un individu qui aboutira à une désorganisation somatique jusqu'à la « destruction des équilibres primaires de la vie individuelle ».

Cette psychopathologie est décrite sous le nom de « névrose mal mentalisée »

Elle s'oppose au concept freudien de régression qui consiste en une désorganisation globale mais limitée dans le temps et toujours riche d'un potentiel libidinal réorganisateur (processus défensif névrotique « classique »).

Marty individualise alors trois catégories de névrozes :

- névrose mal mentalisée : défaut de mentalisation ; représentations absentes ou rares et alors peu associatives ou superficielles.
- Névrose bien mentalisée : névrose classique, freudienne ; représentations relativement aisées, profondes et dans la règle associative.
- Névrose à mentalisation incertaine : possibilité représentative et associatives fluctuantes dans le temps en rapport d'après l'auteur avec les variations du fonctionnement du préconscient.

Une des premières études s'intéressant au cancer a été faite en 1987 par l'école de Paris sur la base de ces théories .

Elle détermine un pourcentage élevé (80%) de patientes souffrant d'un cancer du sein présentant une mauvaise mentalisation ou une mentalisation incertaine contre 14% présentant une bonne mentalisation.

D'autres études par la suite tenteront d'établir des liens entre facteurs psychosomatiques et cancérogenèse dans le sens d'une faillite, à un moment donné, du fonctionnement mental.

Ce qui sera fort critiqué tant sur le plan scientifique (méthodologie empirique ne permettant pas d'obtenir des résultats fiables) que sur le plan « éthique ».

En effet, certains auteurs, psychiatres et cancérologues particulièrement, y ont vu, pour les patients dans leur quête de sens et leur recherche de causalité une autre forme de culpabilisation.

Consoli (26) souligne « le risque du modèle psychosomatique d'entretenir la croyance magique en une toute puissance de la pensée sur les réalités biologiques et de faire vivre, à ceux qui sont tombés malades dans leur corps, cette insuffisance de mentalisation comme un manque humiliant. »

Pourtant, la richesse des apports de ces théories est indéniable.

Elle permettra l'émergence d'une réflexion nouvelle dans un contexte scientifique qui a développé des outils de travail plus satisfaisants pour l'ensemble de la communauté médicale.

Ainsi, le concept de pensée opératoire sera repris en 1972 par les américains sous le terme d'« alexithymie ». (93)

Introduit par Sifnéos, il désigne « le fonctionnement des patients souffrant d'affections somatiques à forte composante psychosomatique ».

Sur le plan étymologique il signifie l'absence de mot pour exprimer les émotions.

On individualise quatre composantes :

- incapacité à exprimer verbalement les émotions ou les sentiment et limitation de la vie imaginaire ;
- tendance à fuir les situations conflictuelles ;
- objectivation dans le discours du récit factuel avec annulation de la dimension émotionnelle ;
- langage caractérisé par la prévalence descriptive et détaillée des faits, des évènements, des sensations physiques.

En 1998, Consoli développe la conception actuelle de l'approche psychosomatique.

Pour cet auteur, elle est marquée par un souci de vérification expérimentale et de confirmation épidémiologique de ses modèles au travers d'une quantification des phénomènes observés, « quitte à sacrifier une partie de la richesse contenue dans les études de cas ou dans le matériel des cures psychothérapeutiques ou psychanalytiques ».

Elle met l'accent, comme nous le verrons dans le chapitre suivant, sur l'interaction individu environnement et sur les ressources (internes et externe) du sujet.

A ce titre, elle tente de dépasser le clivage et l'opposition schématiques entre les événements extérieurs « traumatisant » et des éléments stables voire « structuraux » qui définiraient l'individu.

L'approche psychosomatique représente donc un apport fondamental pour la psychiatrie.

« Le rôle d'une théorie ne tire pas seulement sa valeur dans l'intelligibilité qu'elle introduit dans un domaine donné, mais également de sa fécondité pour la recherche. » Marty

Dans cette perspective, nous étudions maintenant la naissance et l'évolution des concepts de l'autre approche théorique du fonctionnement mental et de ces liens avec le somatique qui marque notre siècle : l'approche cognitivo-comportementale.

### III- A- 2- Approches cognitivo- comportementales :

#### a- Naissance de la théorie :

Au début du siècle et probablement en réaction contre les tendances de la psychologie du XIXème subjective et mentaliste privilégiant l'introspection, Watson ( 1878- 1958) fonde un courant de recherche basé sur la psychologie expérimentale et l'étude des comportements, le béhaviorisme (1913). (32)

Issu des théories de l'apprentissage de Pavlov, ce modèle propose initialement de n'étudier que les comportements objectifs et manifestes, stipulant que « ce que nous sommes c'est ce que nous faisons et ce que nous faisons, c'est ce que le milieu nous fait faire ». (92,34)

L'environnement conditionne les comportements humains par l'action de stimuli entraînant une réponse : théorie du conditionnement.

On étudie également l'effet de ces réponses comportementales sur l'environnement qui, en retour, va les renforcer ou les inhiber.

Les phénomènes de conscience, le rôle de l'hérédité ou des perturbations biologiques, la référence à une origine traumatique dans l'histoire de l'individu ils sont considérés comme « variables non objectivables ». (32)

Pourtant, cette psychopathologie comportementale, dans son souci d'objectivité scientifique, va progressivement élargir son champs en dépassant les limites des comportements observables.

Bandura, à partir de 1969, introduit la théorie de l'apprentissage social, adoptant l'hypothèse que l'environnement et l'individu se déterminent l'un l'autre. Il propose un modèle interactionnel qui postule un organisme actif doué d'autorégulation de ses comportements.

Cette notion d'auto régulation stipule un ensemble de mécanismes par lequel l'individu modifie son comportement de sa propre initiative , en dehors voire à l'encontre des contraintes ou des renforcements du milieu.

Elle repose sur les processus de pensée (cognitifs : pensées, images mentales ou symboliques : croyances) et l'apprentissage social par imitation (observation de modèles réels symboliques ou imaginaires). (32)

On se dégage alors de l'application stricte de la psychologie animale à la psychologie de l'homme pour étudier les processus de pensée, c'est la naissance du cognitivisme.

Dans les années 60 émerge le paradigme cognitiviste du traitement de l'information.

On utilise le modèle de l'intelligence artificielle de l'ordinateur comme métaphore didactique du fonctionnement mental.

Ainsi, sont considérées, les entrées : stimuli, les sorties : réponses, et la « boîte noire » qui, entre les deux, sélectionne et traite les informations.

Beck fait intervenir trois types de « variables internes » au cours du traitement de l'information :

- Schémas cognitifs
- processus cognitifs
- évènements cognitifs.

Cottraux en 2001 résume ce modèle comme suit : (32)

L'organisme traite l'information (stimulus) en fonction de schémas, acquis par interactions entre les évènements et les contraintes du système nerveux central.

Les schémas sont inconscients, stockés dans la mémoire à long terme, et fonctionnent automatiquement.

Ils contiennent un ensemble de savoirs acquis sur le monde et sont organisés en constellations.

Ils peuvent être activés par des émotions qui sont analogue à celle du moment où ils ont été imprimés.

Ils régulent également les comportements qui vont les confirmer (assimilation de la réalité aux schémas) ou les modifier (accommodation du schéma à la réalité).

Assimilation et accommodation représentent des processus cognitifs qui permettent de passer des structures profondes que sont les schémas, aux structures superficielles représentées par les évènements cognitifs.

Les évènements cognitifs sont donc les produits finals du traitement de l'information par les schémas et les processus cognitifs.

La cognition désigne l'acte de connaissance.

Elle consiste en « l'acquisition, l'organisation et l'utilisation du savoir sur soi et le monde extérieur ».

La psychologie cognitive s'attache à décrire tous les processus de pensées qui participe à cette acquisition, c'est à dire « les phénomènes mentaux conscients et inconscients qui permettent à l'individu de s'adapter aux stimuli internes et externes ».

On définit alors le concept d'adaptation de l'individu à l'environnement et ces interactions.

« Il s'agit d'une psychologie interactionniste : la définition des sources d'unité de la conduite en termes de processus conduisant nécessairement à la prise en compte d'interactions sujet-situation.

C'est donc une psychologie de l'adaptation ». (119)

Ce concept d'adaptation est lié à celui de stress : terme un peu galvaudé à l'heure actuelle mais qui correspond à une réalité scientifique que nous allons décrire.



## b- les développements de la théorie : Stress et adaptation

Les travaux scientifiques autour du concept de stress font suite à la description de l'homéostasie qui complète la notion de milieu intérieur établie par Claude Bernard.

On s'attache à décrire les réactions physiologiques en rapport avec une perturbation de l'homéostasie.

Hans Selye, le père de la conception moderne et scientifique du stress raconte son premier étonnement devant la réponse stéréotypée que représente le « syndrome d'être simplement malade ». (77)

Il décrira le « syndrome général d'adaptation », définissant le stress comme une réponse non spécifique de l'organisme aux exigences de l'environnement : « résultats de toute demande imposée au corps que l'effet soit mental ou somatique ».

Toute modification interne ou externe menaçant l'homéostasie génère des réponses physiologiques adaptatives de l'organisme que l'on décrit en trois phases d'adaptation :

- réaction d'alarme
- état de résistance dans le cas où le stress continue
- stade d'épuisement.

Les neuroendocrinologistes des années 70 découvrent par ailleurs que les réactions hormonales dépendent de la situation dans laquelle se trouve les sujets et de leur état d'excitation.

La réaction de stress à un évènements est d'autant plus intense que l'émotion engendrée par cet évènement est plus forte. (34)

Ces travaux physiologiques sont d'un intérêt fondamental car ils montreront également qu'une émotion n'est pas un phénomène limité à la sphère psychique mais qu'elle a des conséquences sur le corps et entraîne des modifications organiques au travers du système nerveux autonome et du système neuroendocrinien. (92)

Le stress est ainsi progressivement envisagé comme un processus ayant des composantes affectives, cognitives, sensori-motrice, viscérales et endocriniennes, en interaction les unes avec les autres.

Sur la base de ces données physiologiques, les cognitivistes vont développer l'étude des réactions psychologiques au stress. (32)

Lazarus et Monat (1991) en distinguent trois types :

- le stress systémique ou physiologique qui correspond aux phénomènes neuro-hormonaux, neuro-humoraux et tissulaires.
- Le stress psychologique.
- Le stress social qui correspond à la rupture d'une unité sociale (famille , couple).

Le stress psychologique est l'appréciation subjective d'une situation comme menaçante et qui va entraîner des réponses physiologiques.

Le stress est appréhendé comme une menace en fonction de la signification de la situation pour l'individu à un moment donné et également en fonction de caractéristiques émotionnelles propres à l'individu.

Pour Lindsay et Norman en 1980 (92), la connaissance de sa propre capacité à contrôler une situation serait un facteur cognitif pouvant modérer la relation stress- émotion.

Cette croyance dans la capacité de contrôle dépendrait de l'évaluation faite par l'individu de ses ressources personnelles et sociales (Folkman ; 1984 et Cohen, 1989, cités par Paulhan). (92)

Les capacités individuelles d'adaptation et de maîtrise de l'individu sont essentielles dans cette réponse, elles aboutissent aux mécanismes ou « stratégies d'ajustement » ou « coping » pour les anglo-saxons. (115)

Le mode d'adaptation est défini par les stratégies spécifiques à chaque individu mises en place pour faire face à un stress, ou évènement de vie perçu comme menaçant.

Elles ont pour fonction de réduire ou de faire disparaître ce stress et de maintenir et/ou d'assurer au malade et à son entourage le niveau de tension interne et inter-personnel le plus bas. » (104)

La définition du coping selon Lazarus et Launier en 1978, est énoncée comme suit :

« Ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources de l'individu ».

Il existe à l'heure actuelle de nombreuses classifications des stratégies d'adaptation.

Nous présentons en annexe (pages 98 à 101) celle qui fait consensus actuellement puisqu'elle est déterminée par les auteurs du DSM-IV qui constitue la référence internationale en psychiatrie.

Par ailleurs, Lazarus et Folkman (1984) décrivent trois processus selon lesquels les stratégies d'adaptation peuvent affecter la santé physique :

- influence sur la fréquence, l'intensité et la durée des réactions physiologiques et neuro-chimiques associées à un état de stress.
- influence directe sur le risque de mortalité et morbidité par l'utilisation de substances nocives (drogues, alcool, tabac) ou le développement de conduites à risque (activités dangereuses).
- Menace directe sur la santé par la mise en place de stratégies inadéquates : déni ou évitement retardant les soins.

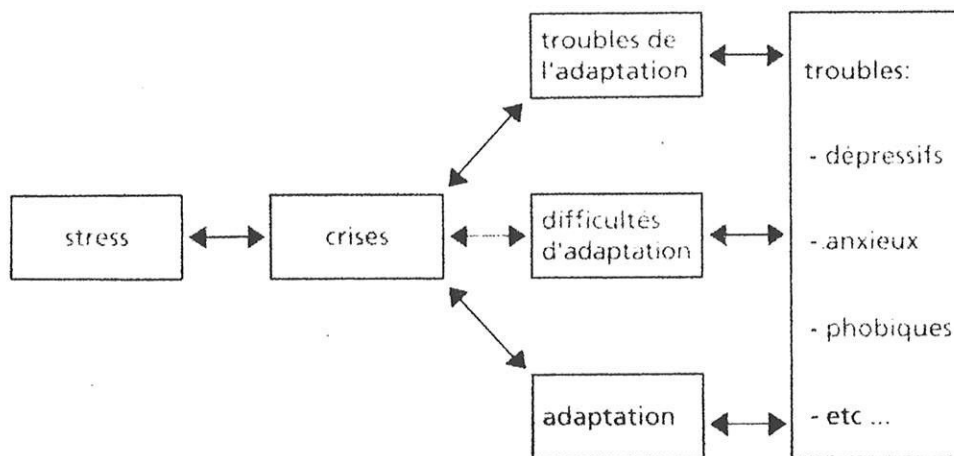
Actuellement, cette approche théorique appliquée au cancer en est à ces débuts. Nous en exposons à présent, les premiers résultats.

### II- A- 3- Approche contemporaine- Adaptation et cancers :

Face aux crises générées par le stress que constitue la maladie cancer et ses traitements, l'individu réagit.

Ses réactions peuvent mener à une adaptation ou à son échec.

Razavi en résume le mécanisme dans le schéma suivant :



Le stress et ses complications. Razavi (104)

Weisman en 1971 propose une classification des principaux types de coping en cancérologie. Regroupés en catégorie, ils permettraient de décrire des profils de patients cancéreux. (110)

De nombreux auteurs reconnaissent les limites d'une telle classification catégorielle particulièrement dans le domaine de la cancérologie (évolution de la maladie, évolutivité des tableaux cliniques présentés).

L'objectif de cette démarche est une recherche de corrélation entre ces regroupement d'attitudes et des paramètres biologiques, physiologiques et de qualité de vie selon le modèle bio-psycho-social. (42)

A l'heure actuelle, les cognitivo-comportementalistes soulignent les points suivants : (20)

- le déni est reconnu comme une étape normale, adaptative à la révélation d'un diagnostic de cancer et le début des traitements.

Weisman et Sanders (110) soulignent sa fréquence et son efficacité en terme d'adaptation au stress. Il n'est pas un indice de vulnérabilité.

Il a pour effet d'altérer la signification subjective de l'évènement ce qui diminue la tension émotionnelle et ses manifestations pathologiques.

- Le comportement ou attitude « hésitant » ou évitant est par contre considéré comme facteur de risque pour l'adaptation.

Pourtant, l'évaluation de l'efficacité des différentes « attitudes » rend compte de son hétérogénéité en fonction des différentes étapes de la maladie.

En effet, une attitude active est à la fois efficace au début de la maladie et inadaptée en phase terminale. (104)

Par ailleurs on tente de définir des stratégies adaptées qui permettraient de préserver une estime de soi suffisante et un sentiment de pouvoir contrôler la situation présente et future qui semble pouvoir augurer d'un meilleur pronostic en terme de qualité de vie sans doute mais aussi peut être de survie.(27, 30)

L'ensemble de la littérature internationale en psycho-oncologie fait état de nombreuses recherches cliniques, thérapeutiques et de recherche étiopathogéniques.

A l'heure actuelle, on ne dispose que de modèles théoriques, et en particulier dans le domaine de la clinique, qui demandent à être « validés ».

Nous exposerons dans un chapitre suivant un de ces modèles proposé en psychologie de la santé. Celui-ci est intéressant car il s'applique au cancer et reflète la dynamique de recherche en psycho-oncologie.

L'essor majeur des approches cognitives s'est fait dans un contexte général de « médicalisation » de la psychiatrie selon S.Consoli, ce qui a favorisé l'émergence de modèles de travail qui cherchent à décrire le fonctionnement mental de façon scientifique. (30)

Nous abordons maintenant la clinique actuelle des troubles psychiatriques. Décrivant dans un premier temps la classification nosologique adoptée par l'ensemble de la communauté internationale psychiatrique, nous définirons par la suite les troubles psychiatriques en cancérologie.

### III-B- CLINIQUE ACTUELLE :

#### III-B-1- Modèle de référence- classification actuelle :

La classification diagnostique actuelle qui fait référence en psychiatrie sur le plan international, est celle du « Diagnosis and Statistical Manuel », le DSM, actuellement dans sa quatrième version, ou DSM-IV, élaborée par l'Association Américaine de Psychiatrie. (40)

L'influence de la psychiatrie nord-américaine marque un tournant radical dans l'évolution de la nosographie psychiatrique. Cette évolution des classifications accompagne celle des thérapeutiques notamment de la chimiothérapie psychiatrique. (3,76)

La littérature internationale est dominée par cette nosographie et particulièrement dans le domaine de la psycho-oncologie.

Le « manuel diagnostic et statistique » des troubles psychiatriques est une classification catégorielle des troubles mentaux établie sur la base d'une description en différents types (par ex. épisode dépressif) fondés sur des groupes de caractères définis comme critères diagnostics (par ex. humeur triste pour l'épisode dépressif).

La désignation en catégories est une méthode d'organisation et de transmission des informations. Dans le domaine médical, elle constitue l'approche fondamentale de tous les systèmes de diagnostic médicaux.

Le principe et les modalités de cette classification par critères ont été élaborés au début des années soixante dix par un groupe de chercheurs de la Washington University à Saint-Louis. (51,124)

Ce procédé s'applique à la fois aux critères de classification et de classement (éléments à partir desquels le clinicien formule son diagnostic clinique.)

Selon ce procédé, les critères de classification des troubles psychiatriques doivent être « athéoriques » par rapport à l'étiologie ou la physiopathologie, sauf dans les cas où l'étiologie est connue.

L'approche préconisée pour le regroupement des troubles en classes diagnostiques est descriptive, les troubles sont groupés selon des caractéristiques cliniques communes : symptômes caractéristiques, durée et/ou fréquences des manifestations pathologiques, antécédents personnels et familiaux, âge de survenue, absences d'autres manifestations pathologiques.

En ce qui concerne les critères diagnostiques, leur validité est loin d'être établie définitivement dans tous les cas mais la fidélité inter-juges est nettement plus élevée avec ce système de classification (obtention d'échantillon homogène, indispensables dans la plupart des investigations en recherche clinique).

En psychiatrie plus qu'ailleurs, une classification des pathologies en catégorie a ses limites.

Les réactualisations successives opérées pour les trois éditions récentes : DSM-III en 1980, DSM-III-R en 1989 et DSM-IV en 1994, signent une volonté de recherche active pour l'amélioration de cet outil.

Cet outil a été construit pour « l'usage clinique, l'enseignement et la recherche ».

Pour l'usage clinique, il est spécifié que « les critères diagnostics spécifiques sont les lignes directives d'un jugement clinique éclairé et ne sont pas destinés à être utilisés comme un livre de recettes ».

Le DSM-IV n'est que « la première étape d'une évaluation complète nécessitant une information complémentaire, et en particulier pour l'élaboration d'un traitement ».

L'utilisation du manuel nécessite donc un entraînement spécialisé et ne dispense pas d'un examen clinique psychiatrique complet qui saura intégrer la symptomatologie observée à l'histoire de l'individu. (117)

Les principes généraux retenus sont donc ceux d'une approche clinique purement descriptive déterminant un modèle médical de type catégoriel, le diagnostic reposant sur des listes de critères et une évaluation multi-axiale.

Un des objectifs est d'établir une nosologie psychiatrique consensuelle qui favorise l'intégration de la psychiatrie dans des modèles de recherche scientifique. Sa diffusion internationale en a fait un outil de travail et de recherche efficace même s'il est encore controversé.

( les réticences observées émergent autour du principe de l'athéorisme. Elles sont le fait de psychiatres attachés aux modèles psycho-dynamiques qui reposent sur des approches théoriques élaborées du fonctionnement mental comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent). (73)

Les progrès majeurs de la psychologie expérimentale (26) dans un contexte médical général très scientifique entraînent la psychiatrie vers des modèles descriptifs voire quantitatifs qui alimentent la controverse.

Pourtant, cette classification n'est pas figée et incite à une réflexion collégiale, à partir de la clinique, sur l'amélioration des critères descriptifs.

Ainsi la définition même du « trouble mental » dans le DSM-IV pose encore question.

Les auteurs affichent leur volonté de ne pas entrer dans le débat « psychosomatique » et soulignent que le terme de « trouble mental » est « anachronique et réducteur du dualisme esprit/corps, car s'opposant directement au « trouble physique ».

Quoi qu'il en soit, le débat reste ouvert et une nouvelle définition du trouble mental se profile pour la prochaine version du DSM.

Selon le DSM-IV, le trouble mental est un « modèle ou syndrome comportemental ou psychologique cliniquement significatif, survenant chez un individu et associé à une détresse concomitante ou à un handicap ou à un risque significativement plus élevé de décès, de souffrance, de handicap ou de perte importante de liberté.

Quelle qu'en soit l'étiologie, il doit être considéré comme la manifestation d'un dysfonctionnement comportemental, psychologique ou biologique de l'individu. »

Le système multi-axial du DSM- IV permet « une évaluation systématique et globale du patient ».

Il a pour objectif également « d'aider le clinicien dans son choix thérapeutique et dans son pronostic ».

Les auteurs en font un système « adéquat pour le classement et la communication des informations cliniques, pour saisir leur complexité, et pour décrire l'hétérogénéité des patients qui ont le même diagnostic », puisqu'il tient

compte « des divers troubles mentaux, des affections médicales générales, des problèmes psycho-sociaux et environnementaux ainsi que du niveau de fonctionnement qui pourrait être mal évalué si l'attention était uniquement centrée sur l'évaluation du seul problème manifeste ».

Ce système implique l'évaluation clinique sur cinq axes différenciés, chacun représentant un domaine particulier :

Axe I    Trouble clinique  
Autres situations qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique

Axe II    Trouble de la personnalité  
Retard mental

Axe III    Affections médicales générales

Axe IV    Evaluation globale du fonctionnement.

En cancérologie, les troubles psychiatriques (troubles cliniques correspondant à l'axe I) observés avec la plus grande fréquence sont les suivants : (38)

- trouble de l'humeur : état dépressif
- trouble de l'adaptation avec perturbation des émotions ou des conduites
- trouble anxieux : généralisé ou spécifique
- délirium ou troubles psycho-organiques
- trouble induit par une substance (chimiothérapie)

Lorsque le trouble mental est une conséquence physiologique directe de l'affection médicale générale (par exemple : symptomatologie psychiatrique en rapport avec une métastase cérébrale), on fait le diagnostic du trouble mental sur l'axe I dans la catégorie « du à une affection médicale générale ».

On précise aussi la nature de l'affection médicale générale sur l'axe III.

Lorsque le lien étiologique n'est pas fait entre trouble mental et affection générale on fait le diagnostic spécifique psychiatrique sur l'axe I et on cote l'affection médicale séparément sur l'axe III.

Les auteurs notent pour ce dernier cas qu'il s'agit de « situations dans lesquelles l'affection médicale est enregistrée sur l'axe III du fait de l'importance pour la



compréhension générale ou pour le traitement de la personne ayant un trouble mental. »

Par ailleurs, un trouble mental peut être une réaction psychologique à une affection coté sur l'axe III .

III-B-2- description des troubles :

a- Dépression et cancer :

Il n'y a pas « encore » de modèle spécifique de la dépression chez le patient souffrant de cancer. (94)

Certains auteurs dont Tatossian, s'attachent pourtant à décrire une clinique particulière :

- Rétrécissement du champs des préoccupations du quotidien aux divers symptômes somatiques ou à, des expériences passées douloureuses.
- Ré-émergence de souvenirs pénibles autour d'une conflictualité souvent intra-familiale voire intra-conjugale, vécue dans l'émotion : émergence d'une irritabilité, agressivité, culpabilité.
- Indifférence aux contacts reflet d'un glissement vers un désespoir existentiel décrit comme une remise en question très critique de tout ce qui a fondé les engagement et les choix de la vie.

Cette approche clinique de la dépression renvoie à des considérations phénoménologiques qui complètent les approches psycho-dynamiques. Elles demeurent à la base du travail psychothérapeutique qui pourra se faire dans le cadre d'une prise en charge spécialisée.

A l'heure actuelle, selon les recommandations de l'ANAES (53,85), « Le gold standard » de l'identification des troubles anxieux et/ou dépressifs est le DSM-IV associé à un entretien structuré à visée diagnostique.

Nous définirons donc d'abord la clinique de la dépression selon le DSM-IV avant de nous intéresser à ses spécificités en psycho-oncologie.

Selon le DSM-IV , la dépression ou épisode dépressif majeur se caractérise comme suit : (cf annexe page 102)

Humeur dépressive et/ou perte de plaisir ou intérêt (dimension anhédonique) : au moins un de ces deux critères est indispensable au diagnostique.

Associé à au moins 5 critères parmi les suivants :

- trouble du sommeil
- trouble de l'appétit (anorexie) avec perte ou gain de poids
- fatigue (asthénie) ou perte d'énergie
- ralentissement ou agitation psychomoteur
- sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive
- diminution de la concentration ou indécision
- pensées de mort

Pour faire le diagnostic d'un état dépressif majeur, il faut que la symptomatologie réponde aux critères énoncés et qu'elle évolue depuis au moins deux semaines.

On considère aujourd'hui que la tristesse et le découragement à certaines phases de la maladie sont des sentiments qui participent au processus d'adaptation psychologique aux stress que génèrent cette pathologie mais il est important de savoir les distinguer d'une détresse pathologique envahissante, dépassant les capacités de résistance de l'individu. (5,110,27,104)

La particularité des tableaux dépressifs en cancérologie est liée à une clinique croisée cancer-dépression. (94,85,104)

Les critères : anorexie et asthénie sont des symptômes communs à la dépression et au cancer.

N.Pelicier parle de phénomène de « recouvrement » entre signes de dépression et signes somatiques liés au cancer.

Asthénie et anorexie sont à interpréter dans l'un et l'autre de ces registres ce qui nécessite une expérience clinique en psychiatrie et en oncologie. (106)

De la même façon, l'auteur souligne, avec les anglo-saxons que le sentiment de désespoir (hopelessness) est un symptôme de dépression, mais qu'un patient peut également être sans espoir (helplessness) quant à l'évolution de sa maladie sans que l'on puisse porter le diagnostic de dépression.

Le symptôme : altération de l'état général est également source de difficultés diagnostiques.

Il peut retarder un diagnostic de dépression.

Certains auteurs pour répondre à ces difficultés dans la clinique de la dépression ont élaborés des critères « alternatifs ». (110,70)

Endicott (41) propose des critères de substitution plus spécifiques en pratique clinique courante pour le diagnostic de la dépression chez le sujet atteint de cancer : cf. annexe

- angoisse ou apparence dépressive du visage ou du corps (posture) pour « perte ou gain de poids »
- retrait social pour « trouble du sommeil »
- rumination, pessimisme, apitoiement sur soi pour « asthénie »
- ne pouvoir reprendre courage, ne pas sourire, ne pas répondre aux bonnes nouvelles pour « diminution de la concentration ».

Mac DANIEL (80) lui, distingue une double approche de la clinique de la dépression en cancérologie : inclusive et exclusive (toujours selon les critères du DSM-IV).

L'approche exclusive, pour la recherche, privilégie la spécificité en éliminant les critères anorexie et asthénie pour ne demander que 4 sur les 7 critères associés pour le diagnostic de dépression.

L'approche inclusive, pour la clinique, privilégie la sensibilité. L'auteur recommande pour le diagnostic de tenir compte de tous les symptômes présentés même si l'on est pas certain qu'ils soient uniquement dus à un état dépressif. On diminue ainsi le taux de faux négatifs.

Pour certains, le repérage de la dépression est facilité dans certaines phases plus « sereines » de la maladie (rémission, guérison). Pourtant, la période de guérison est souvent à l'origine d'une décompensation psychologique (sur un mode dépressif ou autre) ce qui surprend le somaticien qui fera moins bien le diagnostic.

Cette réalité clinique a été soulignée par Baillet et Fresco lors du congrès « Eurocancer » 2001 à Paris.

Par ailleurs, il est important de souligner que la présence d'une dépression peut retarder le diagnostic de récurrence (absence de plainte ou excès de plainte ayant fait banaliser une symptomatologie somatique de récurrence), voire le diagnostic d'une tumeur primitive.

La complexité de l'interprétation des signes cliniques chez les patients souffrant de cancer nécessite une approche spécialisée. (114)

Les troubles psychiques sont trop souvent noyés dans la constellation des signes généraux ce qui est à l'origine d'une sous-évaluation ( et dans certains contextes particuliers d'une « sur-évaluation ») de la souffrance psychologique chez ces patients. (94)

b- Anxiété et cancer :

L'anxiété est un symptôme particulièrement fréquent en oncologie.

Nous l'avons vu, l'annonce d'un diagnostic de cancer renvoie à des représentations de souffrance et de mort qui sont à l'origine d'une angoisse « fondamentale ». Mais elle appartient au registre émotionnel, affectif (qu'il convient évidemment de prendre en charge si une demande se fait jour, ou de respecter si elle participe aux processus d'adaptation du sujet) et pas systématiquement à celui du psychopathologique.

Distinction que le DSM-IV permet.

En effet, selon cette classification, le trouble anxieux regroupe trois catégories :

- l'anxiété généralisée,
- les phobies (simples ou spécifiques),
- Le trouble panique.

Le trouble anxieux tel que défini dans le DSM-IV est ainsi rare en cancérologie comme le soulignent certains auteurs. (38,106)

L'apparition de phobie spécifique est connue. En général il s'agit de claustrophobie.

Le trouble panique est souvent pré-existant à l'annonce du diagnostic mais il peut être réactivé ou aggravé.

L'anxiété généralisée quant à elle s'intègre le plus souvent comme critère d'autres diagnostics psychiatriques qui sont :

- le trouble de l'adaptation,
- La confusion : environ 50% des patients confus (106),
- le syndrome dépressif.

De la même façon, la douleur aiguë, les nausées, sont très souvent associées à une anxiété.

Certains médicaments utilisés couramment en cancérologie provoquent une anxiété connue comme effet secondaire connu (en particulier les corticoïdes et la morphine).

Le diagnostic « isolé » de trouble anxieux est donc un diagnostic relativement rare mais difficile en cancérologie.

La propension à considérer l'anxiété (trouble isolé ou critère d'un autre diagnostic psychiatrique) comme « normale » dans le contexte de la maladie cancéreuse est aussi un obstacle au diagnostic et donc à une prise en charge spécifique de ces états de souffrance psychologique.

#### c- Trouble de l'adaptation et cancer :

Le trouble de l'adaptation est une catégorie diagnostique encore discutée.

Les auteurs du DSM-IV proposent de développer une recherche spécifique pour préciser le concept. (40) (cf. annexe page 102)

La difficulté essentielle se situe dans la limite pathologique que l'on définit entre une adaptation « pathologique » et un trouble de l'humeur. (69)

La caractéristique essentielle de ce trouble est l'apparition de symptômes cliniquement significatifs dans les registres émotionnels et comportementaux en réaction à un ou plusieurs facteurs de stress psychosocial identifiable(s).

Les symptômes apparaissent au cours des trois mois suivant le stress identifié.

Il s'agit soit d'une « souffrance marquée, plus importante que celle attendue compte tenu de la nature du stress », soit d'une « altération significative du fonctionnement social ou professionnel ».

Par définition, le trouble de l'adaptation ne dure pas plus de six mois après la disparition du facteur de stress.

Il est spécifié pour cette catégorie diagnostique que : « les symptômes peuvent persister pendant une période supérieure à six mois s'ils surviennent en réaction à un facteur de stress prolongé (par exemple : une affection médicale générale chronique et incapacitante), ou à un facteur de stress dont les conséquences sont durables. »

La notion de réaction « inhabituelle » ou inattendue introduit l'idée de rupture avec le fonctionnement antérieur de l'individu et renvoie à celle d'un continuum

entre le normal et le pathologique où le trouble de l'adaptation occuperait une position intermédiaire encore difficile à définir, (104,106) mais qui correspond à une réalité clinique importante en terme de prévalence et indéniable sur le plan clinique. (118,111)

Dans le cadre des affections cancéreuses, les troubles de l'adaptation observés sont variables. Ils sont modulés par les différentes phases de l'évolution de la maladie et des traitements associés.

L'intensité fluctuante des troubles et leur durée est à mettre en relation avec la succession des stress endurés d'après Razavi. (104)

Quoi qu'il en soit, l'importance et la fréquence de ceux-ci a des conséquences sur les capacités de mobilisation des ressources de l'individu, c'est à dire sur sa faculté d'adaptation. (6)

Ce même auteur propose des critères permettant de différencier les efforts d'adaptation, des troubles de l'adaptation, des troubles psychiatriques « majeurs ». (104)

Nous détaillons ce modèle dans le chapitre « adaptation et cancers ».

Aujourd'hui, le modèle clinique le plus communément admis dans la communauté scientifique définit 5 phases de la maladie cancéreuse susceptibles de déclencher une souffrance psychologique.

Ces cinq phases s'intègrent à la psychopathologie expérimentale décrite et analysée en terme de crise réactionnelle émotionnelle : (5)

- Le diagnostic
- Le traitement et les effets secondaires
- La rémission - guérison ou la fin d'un traitement
- La rechute
- La phase palliative ou terminale.

Il est évident que l'on peut voir à n'importe quel moment de l'évolution de la maladie, une fragilité ou une décompensation psychiatrique justifiant une prise en charge spécialisée.

La souffrance psychologique doit être repérée, reconnue dans sa dimension adaptative ou pathologique.

Avec les progrès thérapeutiques, le sujet malade reprend place.

La naissance et le développement de cette nouvelle discipline qu'est la psycho-oncologie rend compte de l'intérêt grandissant de l'ensemble de la communauté médicale et générale pour les dimensions psychologiques, sociales et familiales du cancer.

Nous avons vu que la clinique « psycho-oncologique » est à la fois riche et difficile.

Elle nécessite encore des efforts méthodologiques dans le domaine de la recherche clinique, une des étapes étant l'étude de la prévalence de ces troubles observés.

Nous exposons maintenant les données actuelles dans ce registre.

### III-B 3- Prévalence des troubles psychiatriques en cancérologie :

L'incidence du cancer augmente chaque année.

On peut penser que la prévalence des troubles psychologiques aura, au moins pour quelques années encore, une évolution parallèle.

La revue de la littérature fait état de nombreuses études de la prévalence des troubles psychiatriques chez les patients atteints de cancer.

L'un des premiers travail épidémiologique de la morbidité psychiatrique en cancérologie a été faite en 1983 par Dérogatis . (38)

Elle reste l'étude de référence dans la littérature internationale actuelle.

Jusqu'alors, la plupart des travaux s'intéressaient plus spécifiquement à la description de la clinique.

D'autres auront focalisé leur travail sur les mécanismes d'adaptation psychologique à la pathologie cancéreuse.

Ces questions restent d'actualité.

L'étude de Derogatis porte sur 215 patients pris au hasard dans trois centres de cancérologie.

Le diagnostic de trouble psychiatrique est établi par des psychiatres sur la base des critères du DSM-III.

Parallèlement, les patients sont évalués sur un mode d'auto-évaluation (échelle SLC-90).

Les résultats de cette étude montre une prévalence de 47% de troubles psychiatriques chez les patients hospitalisés pour cancer.

La répartition des troubles se fait comme suit :

- 32% trouble de l'adaptation,

- 6% trouble de l'humeur,
- 4% trouble mentaux organiques,
- 2% troubles anxieux.

Par la suite, les études autres études de prévalence mettront en évidence des résultats très hétérogènes du fait d'une méthodologie qui l'est autant. (2,11,25,49,79,87,90,100,102)

En effet, les caractéristiques démographiques et générales des populations étudiées varient beaucoup :

- nombre de patients
- patients hospitalisés ou ambulatoires,
- patients ayant motivé ou non une demande de consultation psychiatrique (la prévalence ici étant de fait plus importante puisque les symptômes ont déjà alertés l'entourage et/ou les soignants),
- stades de la maladie et localisation,
- niveau de dépendance physique
- niveau de la douleur

Le mode de recueil des données varie également :

- outil d'évaluation (échelles différentes, auto- ou hétéro-évaluation, nombres d'items, facilité et durée de passation.),
- entretien psychiatrique plus ou moins standardisé,
- dans la standardisation, évolution des critères diagnostics dans les versions de la classification diagnostique DSM.

Le tableau de la page suivante illustre l'hétérogénéité de la méthodologie et des résultats :



Etudes	Questionnaires / Entretiens	Seuil	Type de Cancer	Résultats
Koenig et al. (1967)	MMPI – Echelle D		Colon n=36	25 % de dépressions sévères
Craig et Abelloff (1974)	SCL – 90		Tous types de cancers n=	53 % de dépressions modérées et sévères
Plumb et Holland (1977)	BDI	> 15	Tous types de cancers n=97	23 % de troubles dépressifs
Derogatis et al. (1983)	DSM-III		Tous types de cancers n=251	12 % de troubles de l'adaptation 6 % de troubles affectifs caractérisés
Buckberg et al. (1984)	DSM-III		Tous types de cancers n=67	42 % d'épisodes dépressifs majeurs unipolaires
Lansky et al. (1985)	DSM-III RDC		Tous types de cancers chez des femmes n=505	4,5 % de troubles affectifs caractérisés
Dean et al. (1987)	DSM-III RDC		Tous types de cancers chez des femmes n=	9,7 % de troubles affectifs caractérisés
Grassi et al. (1989)	HDRS	> 16 > 20	Tous types de cancers n=196	> 16 : 38,36 % > 20 : 21,23 %
Pinder et al. (1992)	HADs	> 11	Cancers du sein à un stade avancé. n=139	12 % de patients dépressifs
Hosaka et al. (1996)	SDS HADs POMS DRP	≥ 8	Seins Estomac Prostate Poumons n=50	28 % d'épisodes dépressifs majeurs 12 % de troubles de l'adaptation
Berard et al. ; (1998)	HADs BDI	> 7 > 15	Cancers ORL Seins Lymphomes n=456	14 % de patients dépressifs
Kuguya et al. (1998)	HADs DSM-III-R	10/11	Cancers ORL n=128	13,3 % d'épisodes dépressifs majeurs 23,4 % de troubles de l'adaptation
Kissane et al. (1998)	DSM-IV QLQ-C30 QLQ-BR23		Cancers du sein Stades I et II n=303	9,6 % de troubles dépressifs majeurs 27,1 troubles de l'adaptation
Payne et al. (1999)	SCID		Cancers du sein tous stades n=275	16% de troubles de l'adaptation de type dépressif 13% d'épisodes dépressifs majeurs passés
Hall et al. (1999)	PSE		Seins	37,2 % de troubles dépressifs

Enfin, les résultats des études de prévalence des troubles psychiatriques pour les patients atteints de cancer effectuées depuis Derogatis en 1983 ne permettent pas d'en extraire des valeurs de référence fiables statistiquement.

Les chiffres de prévalence pour la dépression, peuvent varier 4.5 à 58%, en fonction des caractéristiques de la population étudiée.

Ils sont plus stables pour les troubles de l'adaptation.

Pourtant, à l'heure actuelle, l'ensemble des auteurs s'accordent pour considérer que 25% voire un tiers des patients atteints de cancer présentent un ou des trouble(s) psychiatrique(s) relevant d'une prise en charge et d'un traitement spécialisés. (18,45,49,79)

Par ailleurs, la nécessité d'établir une méthodologie fiable dans le domaine de la recherche en psycho-oncologie est une des priorité pour l'ensemble de ces auteurs.

#### III-B-4- Sous évaluation des troubles psychiatriques en cancérologie :

La qualité de la relation médecin malade en cancérologie a pris une place importante dans la prise en charge de ces patients.

Les progrès considérables observés dans le domaine du traitement des cancers ont permis de développer une approche plus « humaine ».

Pourtant, Maguire dans un éditorial récent de l'European Journal of Cancer(83), s'alarme du fait que « seulement une minorité de patients atteints de cancer qui développent une morbidité psychologique bénéficie d'une aide appropriée. »

L'auteur souligne les difficultés d'identification des troubles psychiatriques par les oncologues et met également en avant celles des patients à exprimer leur souffrance.

Il parle de « responsabilité conjointe » dans la sous-évaluation des troubles psychologiques.

On retrouve dans la littérature plusieurs études qui confirment cette notion ( Derogatis en 76, Hardman en 89, Hopwood en 92). (66)

En 1994, Ford and co. (48) étudient la l'habileté individuelle de 5 oncologues à évaluer la souffrance psychologique de leurs patients.

Ils cherchent également à évaluer leur niveau de satisfaction vis à vis de leurs performances dans la relation médecin malade.

Les auteurs montrent une faible corrélation pour l'évaluation de la souffrance clinique psychologique entre oncologues et patients.

Par contre le niveau de satisfaction des oncologues est correct globalement mais semble diminuer lorsque le niveau de souffrance perçue est important.

Ils souligneront également le fait qu'à l'issue de ce travail, les somaticiens admettent librement un besoin de formation à la communication avec le patient.

Plus récemment, Macquart-Moulin en 1997 (81) met en évidence une discordance entre patient et médecin dans l'évaluation des effets secondaires des chimiothérapies.

D'autres études montrent les difficultés pour l'identification des troubles psychiatriques en cancérologie. (89)

On décrit trois systèmes de croyance qui interfèrent avec l'identification de la souffrance psychologique des patients. (86)

Massie les formule de la façon suivante :

- tous les patients cancéreux sont « déprimés ».
- cette dépression est compréhensible et donc normale, c'est à dire non pathologique.
- Les traitements de la dépression sont inefficaces et/ou exposent à des effets secondaires.

Ces croyances reflètent encore de façon importante les représentations sociales et médicales de la souffrance psychique et donnent du sens au terme de « responsabilité conjointe » soigné-soignant dans la non reconnaissance de la morbidité psychiatrique en cancérologie.

Si le déni de la maladie peut être protecteur ou s'intégrer dans un processus adaptatif au traumatisme que représente l'annonce d'un cancer (ou d'une récurrence), il peut également stigmatiser une souffrance psychologique intense qu'il faut savoir reconnaître pour la traiter.

Il est parfois aussi déni d'une détresse psychologique que le patient utilise dans la relation avec son médecin marquant une volonté de rassurer ou de « bien paraître », de maîtriser des réactions émotionnelles qui, pense-t-il, pourrait envahir le médecin ou son propre entourage. (9,20,57,83)

Citons ces patients qui « vont bien » dans la relation avec le médecin mais qui s'effondrent auprès des équipes ou de leur entourage, devenant « insupportables, agressifs, ou épuisants ».

Le clivage opéré par le patient dans son comportement entre le médecin et

l'équipe ou la famille et l'émergence d'une forme d'agressivité est symptomatique d'une souffrance qu'il faut savoir déchiffrer.

Parce que le patient atteint de cancer, s'il est premièrement et profondément agressé par la maladie, est aussi « agresseur » pour l'entourage et pour les soignants (5), mobilisant les « systèmes de défense » de chacun.

Le plus souvent ces bouleversements se jouent à des niveaux d'interprétation « infra-clinique » qu'il est important de comprendre pour mieux les repérer.

L'idéal du soignant est ici mis à mal : le « tout pouvoir prendre en charge, tout devoir prendre en charge » se trouve confronté à ses limites.

Le Professeur Zittoun (50) nous rappelle que : « le médecin est détenteur de moyens, expert au service des gens, et engagé dans une relation thérapeutique ; il n'est pas maître de la vie, il n'est pas maître de l'autre, son patient. »

N. Alby quant à elle, pose la question de savoir comment, dans le cadre la relation soigné-soignant, « utiliser cette notion d'incertitude à propos du devenir de la maladie, des résultats des traitements comme condition paradoxale pour garder espoir...pour justifier sa fonction ? ». (5)

La souffrance du soignant est probablement inévitable.

Et la complexité de la relation soigné-soignant dans ces mouvements d'identifications réciproques rend difficile le repérage objectif des difficultés psychologiques inhérentes au cancer.

La sous évaluation de la souffrance psychologique des patients atteints de cancer reste une réalité.

L'intérêt de la psycho-oncologie est de proposer des outils pour une meilleure identification des troubles, ce qui constitue la première étape d'une prise en charge adaptée.

L'histoire de la psycho-oncologie est récente.

Nous développons maintenant ce concept d'abord à travers l'émergence de modèles anglo-saxons, pour en exposer ensuite ses spécificités et les applications pratiques en France à l'heure actuelle.

#### IV- PSYCHO-ONCOLOGIE :

##### IV-A- HISTOIRE DE LA PSYCHO-ONCOLOGIE :

##### IV-A- 1- Naissance de la psycho-oncologie :

Les médecins oncologues n'ont certes pas attendu que les professionnels de la santé mentale développent leurs compétences auprès des patients souffrant de cancer pour acquérir une faculté d'empathie pour ces patients. (43)

On décrit actuellement plusieurs facteurs à l'origine du développement d'une approche plus globale du patient souffrant de cancer : (104)

- L'obsolescence grandissante de l'équation des représentations cancer / mort.
- La possibilité nouvelle d'en parler. Avec les autres, avec sa famille, et avec les médecins. L'ouverture de ce dialogue dans la relation médecin-malade en a modifié le contenu.
- La création de nouveaux instruments d'évaluation reconnus et validés dans le domaine psychosocial, et en particulier, le développement des échelles de qualité de vie qui est né de l'intérêt des oncologues relayé par les psychiatres pour la prise en compte de cette dimension.
- La reconnaissance du fait que la prévention du cancer dépend dans une large mesure de la modification de comportements qui constituent des facteurs de risques pour le cancer.

Pendant des années, le diagnostic même de cancer était interdit au patient et la plupart du temps à sa famille sauf dans certains cas particuliers.

Le terme employé actuellement pour décrire ce phénomène est celui de « conspiration du silence ».

Cette attitude trouve son origine probablement dans l'histoire de la médecine « paternaliste » et les représentations sociales de maladie-fléau, punition divine.

Les progrès thérapeutiques ont considérablement amélioré le soin en cancérologie ce qui a eu pour effet d'une part, de diminuer la mortalité, d'autre part, d'améliorer la qualité de la vie des patients.

Actuellement, on considère que l'on guérit environ un cancer sur deux. Parallèlement, la durée de vie augmente.

Les représentations sociales du cancer, de son pronostic et de son traitement tendent à évoluer devant cette réalité médicale même s'il est encore difficile de l'évaluer et d'en mesurer les effets au niveau de chaque patient. (18)

L'expression de la souffrance du sujet malade est facilitée.

La douleur physique d'abord, les effets secondaires des traitements, les conséquences familiales et sociales également ont pu se dire. (103)

Relayée de plus en plus par les médecins somaticiens, cette expression d'une autre souffrance a pu s'objectiver sous le concept de qualité de vie.

La démarche a pour objectif d'établir une moyenne entre quantité et qualité de vie autour d'une notion de « bénéfice réel » pour le patient.

Ce vocabulaire, emprunté au langage économique, traduit le cadre de réflexion et la méthodologie.

En une dizaine d'années, on a vu se développer un nombre important d'échelles d'évaluation de la qualité de vie. (121)

Ces outils sont devenus une étape obligatoire dans la mise en place des nouvelles thérapeutiques : on optimise le soin en développant des molécules qui présentent des effets thérapeutiques supérieurs aux précédentes avec un « coût » moindre en terme de qualité de vie. (72,125,36)

Par ailleurs, autour de ce concept de qualité de vie, on s'attache à mieux définir les facteurs psychosociaux.

Dans ce contexte général, c'est aux Etats-unis que le premier service de psycho-oncologie apparaît en 1977 au Memorial Hospital à New-York sous l'égide du Pr J.C Holland.

En 1989, l'auteur publie le premier ouvrage de cette nouvelle discipline : « the handbook of psycho-oncology », qui reste la référence dans le domaine. Il est ré-édité en 1998 dans une version réactualisée.

L'influence très forte des approches cognitivo-comportementales a permis l'émergence d'une conceptualisation orientée sur des modèles nouveaux qui veulent rendre compte à la fois d'une clinique spécifique et d'une dynamique de recherche en psycho-oncologie.

Le modèle de recherche communément admis en psycho-oncologie Outre-atlantique se veut par ailleurs : « intégratif des différentes recherches et travaux » effectués depuis les vingt dernières années dans le domaine.

Il distingue 3 champs de variables : (39)

- L'invariant du cancer et de ses traitements
- Les variables évolutives qui sont mesurées en terme de qualité de vie et de durée de survie
- Les variables « médianes » définies comme l'objet des études et interventions psychosociales futures.

Pour Holland, ce modèle permet d'évaluer le niveau de détresse des patients et de déterminer ceux qui devraient bénéficier des interventions psychosociales qu'il propose secondairement.

Il est à noter dans un premier temps que pour « éviter le traumatisme des mots et les réticences spontanées », une équipe multidisciplinaire du National Cancer Center of New-York, propose d'utiliser le terme de « détresse » plutôt que souffrance psychologique dans l'approche clinique de ces patients.

On sait aujourd'hui que le concept de communication est particulièrement puissant aux Etats-unis dans un contexte juridique où le médecin est soumis à des règles rigoureuses.

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature d'article(s) rendant compte de la validité du terme « détresse » par rapport à celui de souffrance dans l'évaluation clinique des patients atteints de cancer.

Ainsi, en pratique clinique quotidienne, une échelle visuelle analogique de « détresse » est proposée aux patients.

Au delà d'un score seuil établi à 5 sur un total de 10, l'on peut déclencher une intervention psychosociale (psychiatre, psychologue, assistante sociale, aumônier ou autre...).

Les trois objectifs définis par J.C. Holland pour son département de psycho-oncologie sont les suivants : (39)

- se mettre au service des patients et des familles pour les aider à affronter leur maladie et à s'adapter à ces multiples conséquences et assister les équipes soignantes dans les situations cliniques complexes.
- Développer la recherche clinique dans le sens d'une meilleure identification de la prévalence des troubles psychopathologiques et mettre en place des essais thérapeutiques pour identifier les traitements spécifiques adaptés au contexte oncologique.
- devenir un département pilote en terme de formation afin de développer un savoir et un savoir faire psycho-oncologique.

Dans le cadre de la recherche, les futurs challenges s'orientent sur deux axes principaux : la clinique et la recherche. (82)

Ces deux axes recouvrent le domaine de compétence de la psycho-oncologie défini par les deux dimensions psychologiques du cancer : le psychosocial et le psycho-biologique.

Sur le plan clinique et pratique, il s'agit d'améliorer encore le dépistage et la prise en charge de la souffrance psychologique et particulièrement dans le domaine des soins palliatifs.

Sur le plan de la recherche, elle recommande actuellement d'étudier les facteurs de risques pour le cancer : études de marqueurs biologiques, risque génétique, et description de comportements à risques.

Cette dynamique de recherche repose sur les modèles bio-psycho-sociaux de la pathologie.

Nous avons souhaiter exposer les travaux récents en psychologie de la santé qui illustrent bien la démarche et font références actuellement dans le domaine de la psycho-oncologie.

#### IV-A- 2- Description d'un modèle intégratif : la psychologie de la santé.

La psychologie de la santé se définit comme une sous-discipline de la psychologie. Elle est née aux Etats-Unis en 1985 et en Europe en 1986 (European Health Psychology Society).

Son champs d'études concerne l'ensemble des « facteurs psychosociaux pouvant jouer un rôle dans l'initiation des différentes maladies et pouvant en accélérer ou ralentir l'évolution. »(21)

Elle est considérée comme discipline d'interface, héritière de la psychologie sociale, de la psychologie cognitive et de la psychologie expérimentale. (26)

Elle se propose d'intégrer les trois principaux modèles ayant marqué au XXème siècle les conceptions relatives à l'origine des maladies organiques : le modèle biomédical, le modèle épidémiologique et le modèle psychosomatique.

En dégagant les apports principaux, elle construit des modèles explicatifs à la fois multi-factoriels et interactionnistes.



Rappelons que le stress est aujourd'hui considéré ,selon Lazarus et Folkman (1984) comme « véritable transaction entre la personne et l'environnement dans laquelle la situation est évaluée par l'individu comme débordant ses ressources et menaçant son bien être. »

Les recherches s'orientent ainsi préférentiellement sur les interactions ou « transactions » individu environnement et sur les « ressources » (internes ou externes) à la disposition du sujet. (31)

La psychologie de la santé étudie les « modérateurs » ou facteurs pouvant moduler l'apparition ou l'évolution d'un processus morbide, considérant que les stratégies adoptées par le sujet face aux divers antécédents et déclencheurs (ou stressseurs) potentiellement pathogènes peuvent modérer l'impact de ceux-ci et freiner et accélérer le développement d'une maladie. (22)

Elle définit les facteurs psychosociaux comme suit :

- Pour l'individu, il s'agit de déterminer « une psychologie de base » (26) : ce sont les éléments structuraux tels que la personnalité, le style de vie, les antécédents biomédicaux ( facteurs dispositionnels).
- Pour l'environnement, on étudie les évènements de vie, les facteurs de stress (facteurs situationnels).

Les facteurs « médiateurs » ou « modulateurs » qui conditionnent les effets du stress sur une personnalité donnée sont les stratégies d'ajustement et la qualité du soutien social essentiellement. (26)

Les recherches récentes en psychologie de la santé ont montré que les dispositions psychosociales et les événements stressants n'expliquent en réalité qu'une faible proportion de la variance des critères de santé ultérieurs.

En fait, pour les variables de personnalité comme pour les événements aversifs affrontés, c'est bien l'interaction entre sujet et situation qui s'est révélée pertinente (stress perçu et stratégies d'ajustement actuelles). (109)

Ces divers processus jouent un rôle tampon vis à vis des agressions réelles ou potentielles. Ils sont considérés comme les modérateurs ou « modulateurs » de la relation entre prédicteurs, « facteurs de risque » (antécédents, stressseurs) et état de santé ultérieure.

Le modèle « transactionnel » de psychologie de la santé considère simultanément ces différents facteurs et leurs interactions dans une perspective « multifactorielle et intégrative.

Ce modèle général distingue ainsi :

- les antécédents, facteurs de risque ou de pronostic qui préexistent à la survenue de la maladie ( facteurs environnementaux, dis positionnels, et antécédents biomédicaux) ;
- les processus médiateurs ou transactions élaborées par le sujet pour faire face à des situations perturbatrices : processus d'évaluation primaire (stress perçu) et secondaire (ressources personnelles et sociales perçues et coping) ;
- les critères ou états de santé ultérieurs (physiques et psychologiques), que les facteurs en amont doivent permettre de pronostiquer.

L'étude des facteurs de risque répond à la question de savoir qui devient malade, qui reste en bonne santé et pourquoi.

Ils incluent les facteurs dis positionnels, situationnels ou environnementaux et les antécédents bio-médicaux.

L'étude des facteurs pronostics répond à la question de savoir qui guérit, qui rechute parmi ceux qui sont déjà malades et pourquoi.

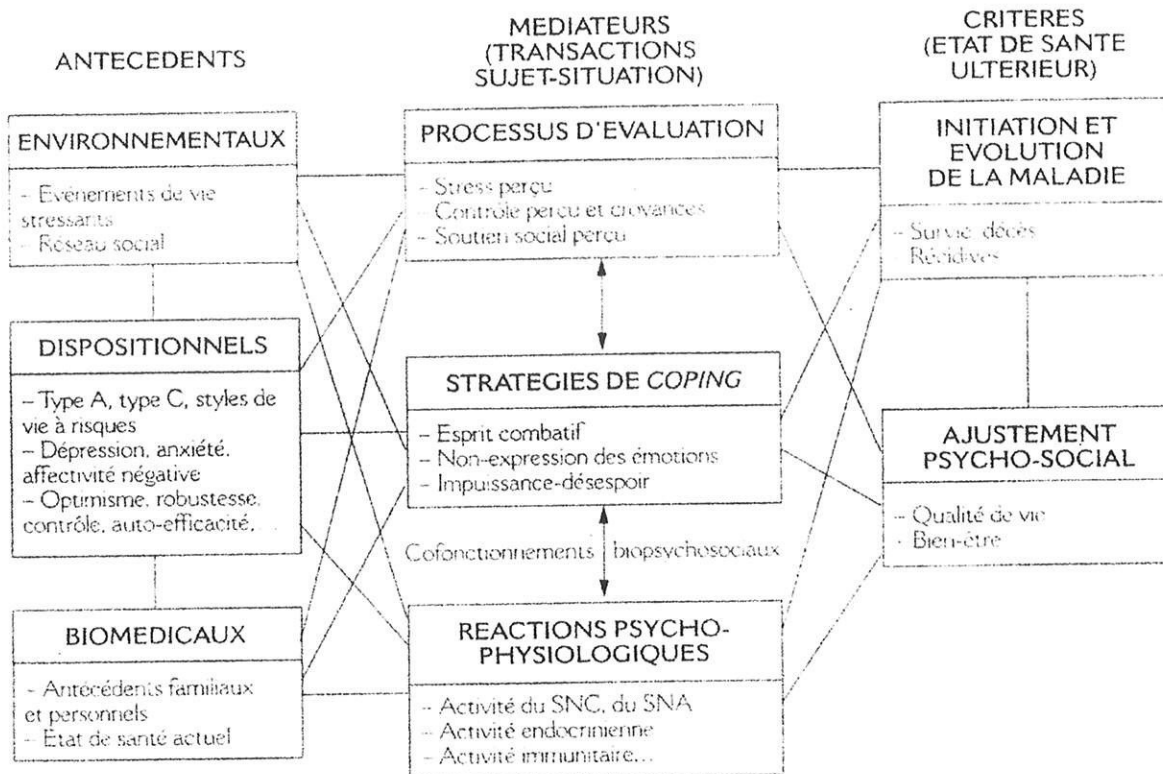
Ils se déterminent à partir de critères évolutifs de la maladie en terme de santé et de qualité de vie et peuvent se comparer aux facteurs précédents.

Il s'agit d'un modèle bio-psycho-social qui permet d'identifier les facteurs psychosociaux pouvant influencer la santé au delà des nombreux autres facteurs biologiques et environnementaux et de décrire par quels mécanismes s'exerce cette influence.

« Loin d'être figé et définitif, il peut intégrer de nouvelles hypothèses » et nécessite encore beaucoup de travaux pluridisciplinaires pour valider les hypothèses relatives au « cofonctionnement entre des systèmes conjointement impliqués dans l'apparition et l'évolution de certains processus morbides ». (22)

Un modèle transactionnel en psychologie de la santé appliquée au cancer est proposé par Bruchon-Schweitzer. (21)

Il se propose d'étudier les facteurs de risque et facteurs de pronostic des cancers :



Ce modèle spécifique des cancers répond exactement aux critères exposés pour le modèle général de la psychologie de la santé.

De plus, sur la base de ces nouvelles conceptions biopsychologiques relatives au stress et à l'adaptation, les recherches actuelles se développent d'une part vers l'étude des fondements biologiques des stratégies d'ajustement et à leurs influences sur les réponses neuro-hormonales, d'autre part, dans le domaine de la psycho-neuro-immunologie.

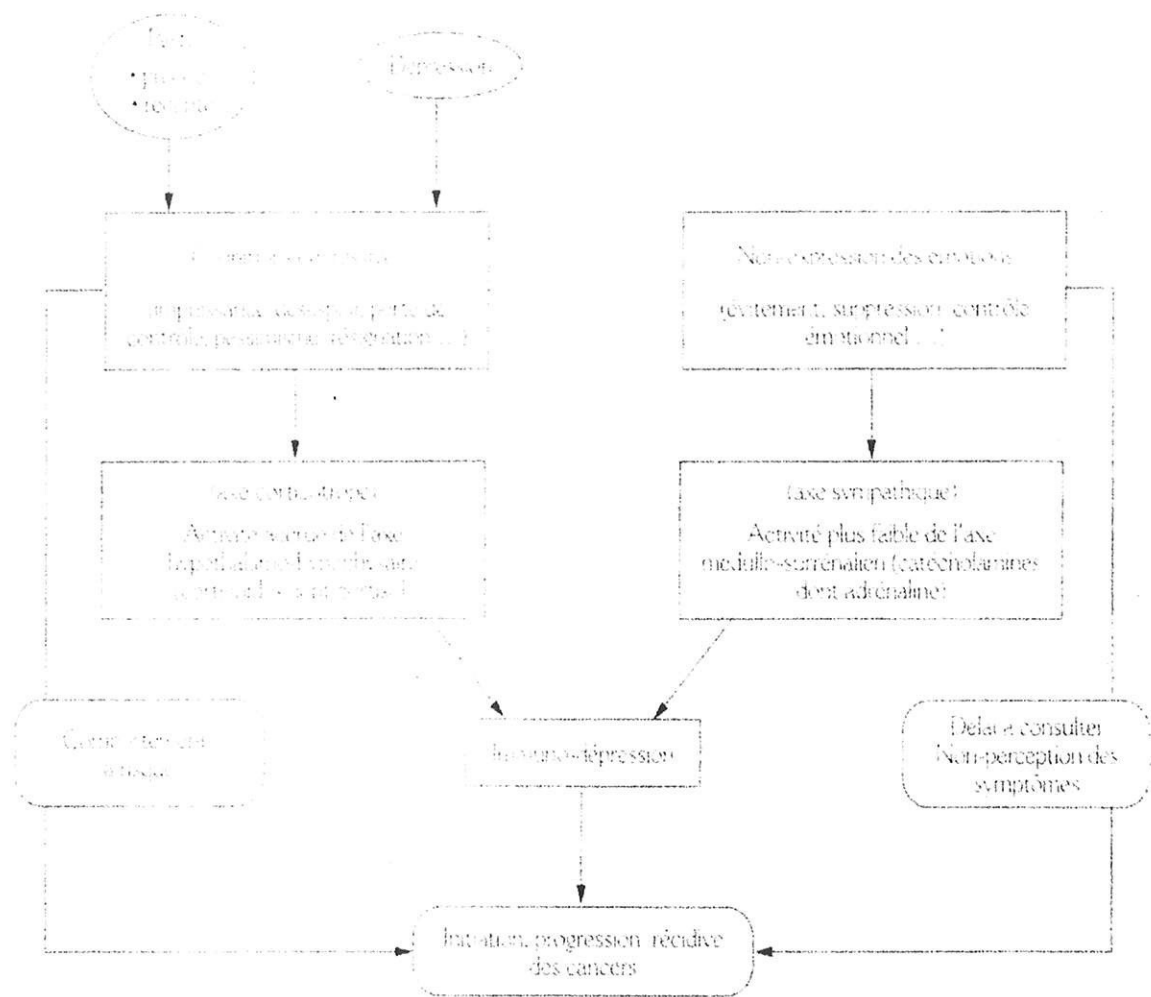
Ainsi, le modèle de Contrada (1990) stipule deux « voies menant des facteurs psychosociaux au développement des cancers ». (21)

Ces deux voies constituent des « stratégies d'ajustement nocives » :

- l'impuissance - désespoir
- la non-expression des émotions

Ces stratégies sont par ailleurs validées par d'autres travaux.

Bruchon-Schweitzer considère qu'elles contribuent pour environ 10% à l'évolution du cancer et 40% à la qualité de vie ultérieure des patients.



Modèle de Contrada selon Bruchon-Sweitzer (21)

L'auteur intègre les résultats des recherches actuelles dans le domaine neuro-hormonal et neuro-immunologique qui définissent en réponse à un stimulus menaçant, un mode de réponse « actif »- traduit par le combat ou la fuite, à médiation adrénergique-, et un mode de réponse « passif »,- traduit par la paralysie et la dépression-, à médiation hypophyso-cortico-surrénalienne.

L'hypothèse que l'on cherche à vérifier ici propose que « la conjonction de tous ces facteurs psycho-sociaux (situationnels, dispositionnels et stratégie d'ajustement nocives) pourrait agir dans le sens d'une immuno-déficience et faciliter ainsi la carcinogénèse ». (22)

Même si le modèle de recherche en psycho-immunologique pose encore question, force est de constater que l'« on dispose actuellement des bases scientifiques

expérimentales et cliniques qui font des relations entre psychisme et immunité, et maladie en relation avec l'immunité, une réalité ». (122)

Ce modèle propose d'étudier les variables suivantes :

- agent stressant
- réaction au stress
- altérations neurohormonales
- fonctions immunitaires
- maladie / santé

Malgré des recherches prometteuses, il reste encore à conforter certaines pistes explicatives et essentiellement, les liens entre immunodéficience et progression des cancers et les transactions individu - environnement réellement pathogènes et leur chronologie. (29)

Quoi qu'il en soit, il s'agit en définitive dans toutes ces perspectives, de mieux connaître la nature et le type de facteurs psychosociaux qui contribuent au maintien de l'individu en bonne santé, favorisent la survenue d'une maladie physique ou le déclenchement d'une de ses poussées ( ou rechute pour le cancer), ou encore modulent son évolution. (26)

Les bases conceptuelles de la psycho-oncologie s'inscrivent dans cette dynamique de recherche fondamentale mais son champs d'application concerne des domaines plus larges que nous étudions maintenant à travers les modèles de travaux français.

#### IV-B- MODELE FRANÇAIS ET PSYCHIATRIE DE LIAISON :

Ce qui fait la différence entre les approches Nord-américaines et Européenne, d'après Holland que nous rejoignons, se situe à l'endroit même de l'émergence de la psycho-oncologie.

Aux Etats-Unis, elle prend naissance dans les hôpitaux destinés spécifiquement aux soins des patients souffrant de cancer. En adoptant une ligne de conduite d'emblée pragmatique, elle s'attache d'abord à répondre aux demandes émergent directement des équipes soignantes, des patients, ou des familles.

Sur le plan de la recherche, elle étudie les mécanismes d'adaptation des patients sur les modèles que nous avons exposés.

En France, c'est la demande croissante de prise en charge « globale » des patients incluant la dimension psychosociale qui a favorisé l'intégration

progressive de psychiatres de liaison et de psychologues au sein des équipes de cancérologie. (104)

Le développement d'une pratique et d'un savoir «psycho-oncologique» s'est donc fait dans le cadre de la psychiatrie de liaison, répondant en cela à l'organisation des soins en cancérologie qui se répartissent entre les services de spécialité en fonction de l'organe atteint.

L'intérêt des cliniciens s'est alors porté sur la recherche d'interactions entre le psychisme et la survenue ou l'évolution du cancer.

Cette expérience partagée a permis l'émergence d'un corpus de connaissances nouveau et spécifique qui fonde cette discipline.

Sur le plan institutionnel, le débat reste ouvert sur le statut de la psycho-oncologie, à l'image probablement d'une réalité de terrain encore très peu «fonctionnelle»(nous le verrons dans le chapitre suivant).

Il s'agit de lui déterminer une place entre psychologie et psychiatrie, psychiatrie de liaison et oncologie.

Outre-Atlantique, la question semble réglée : cette jeune discipline est médicale et elle est rattachée à l'oncologie. (39)

Le fait est, qu'elle est issue de la psychiatrie de liaison, elle-même issue de la psychiatrie.

En pratique, l'exercice de la psycho-oncologie, même s'il requiert un corpus de connaissances spécialisées et une pratique qui s'enrichit avec l'expérience très spécifique d'un travail en cancérologie, se fait donc dans le cadre d'un service de psychiatrie de liaison.

Ainsi, l'activité du psychiatre en charge des patients présentant une comorbidité psychiatrique au cancer s'étend à tous les services concernés et non pas aux seuls services de cancérologie.

De plus, sur le plan théorique, il nous paraît intéressant de conserver une base d'approche qui s'inscrit dans le cadre d'une discipline qui dispose d'une méthodologie et d'une expérience pratique déjà établies, ce qui est le cas pour la psychiatrie de liaison. (28)

Le développement d'une spécificité de la prise en charge psychiatrique en cancérologie n'en sera que facilité.

Afin de mieux cerner les origines, les enjeux et les perspectives de cette nouvelle discipline qu'est la psycho-oncologie, il nous semble important dans ce contexte de redéfinir celle dont elle issue : la psychiatrie de liaison.

La Psychiatrie de liaison, « Paradigme exemplaire des mutations récentes de la discipline psychiatrique mais aussi de la médecine somatique toute entière, elle porte le témoignage des retrouvailles entre psychiatrie et exercice médical après une période de cheminements parallèles riches de maturations respectives. » (30)

L'intuition hippocratique des liens psyché-soma se reformule dans une ère scientifique issue d'une histoire complexe... (96)

C'est à partir du XIX<sup>ème</sup> siècle qu'on isole les fous, les malades mentaux, dans des structures asilaires, à l'extérieur des villes ; la psychiatrie se constitue en discipline autonome, les médecins psychiatres sont les aliénistes.

Le déterminisme biophysique règne alors sans partage sur le discours médical.

Il est à l'origine de progrès considérables.

Le clivage entre le soma et la psyché n'aura jamais été plus fort et les modèles proposés par la science médicale ne rendent pas compte des troubles mentaux observés : la psychiatrie se développe à distance, on explore d'autres modèles de travail, comme nous l'avons vu.

Pourtant, l'hôpital du XX<sup>ème</sup> siècle accueille des patients qui souffrent de troubles psychiatriques liés ou surajoutés aux affections somatiques.

La présence ou le retour des psychiatres à l'hôpital général semble souhaitable.

Ceux ci découvriront un champs nouveau d'application et d'investigation.

Henry, en 1929 pose les bases de ce qui deviendra la psychiatrie de liaison.

Le terme est utilisé pour la première fois par Billings en 1939. (113)

Lipowski individualise le concept par rapport à la psychosomatique :

La psychiatrie de liaison relève de « l'observation des diverses manifestations des attitudes et de l'expérience humaine en milieu médical, manifestations habituellement ignorées par l'observateur non psychiatre et pourtant dignes d'intérêt pour la prise en charge médicale dans sa globalité et pour l'étude du comportement humain. »

Elle constitue une « approche intégrée de l'homme malade où le biologique, le génétique, et plus généralement le réel, le traumatique, le social et l'interpersonnel reprennent leur place face au fonctionnel, au psycho-dynamique et à l'intra psychique ». (30)

L'amélioration des connaissances et de la pratique médicales, l'augmentation de la durée de vie, les nouvelles technologies ( procréation médicalement assistée, transplantation d'organe, manipulations génétiques) repoussent les frontières de

la médecine ce qui pose des problèmes éthiques, philosophiques, psychologiques, juridiques et sociaux.

L'émergence d'une discipline qui se situe à l'interface des sciences humaines et de la médecine somatique répond également à ces nouvelles exigences.

La psychiatrie devient « médecine du sujet et de la relation ». (30)

En France le développement de la psychiatrie de liaison est récent.

Le premier ouvrage est rédigé en 1989 par Guilibert (59) pour qui les enjeux de la psychiatrie de liaison sont alors les suivants :

- médiation entre les différents aspects de l'image médicale
- recherches psycho-somatiques (études de maladies spécifiques)
- formation.

Le champs d'application de la psychiatrie de liaison s'est enrichi depuis.

Par ailleurs, le concept de liaison renvoie à l'idée de liens, de réciprocité dans les échanges entre médecins et plus généralement avec tous les acteurs de la santé.

La collaboration avec cette autre catégorie professionnelle issue des sciences humaines que sont les psychologues illustre parfaitement l'intérêt et la richesse de tels échanges et renforce la tendance actuelle à développer l'interdisciplinarité.

Elle dispose d'une méthodologie rigoureuse et d'outils scientifiques pertinents que nous décrivons en exemple dans le modèle de la psychologie de la santé.

La collaboration somaticiens - psychiatres quant à elle, est une expérience difficile et gratifiante. (126)

Il s'agit de trouver un langage commun autour d'une question d'intérêt mutuel, mais considérée différemment, ce qui nécessite l'établissement d'un cadre de travail conciliant les deux points de vue.

Le psychiatre est aussi médecin, il est familiarisé avec le discours bio-médical, et son bagage médical est nécessaire au dialogue avec le patient.

Zumbrunnen (126) avance que « l'élaboration et la réalisation d'un projet de recherche commun est le meilleur moyen pour stimuler la collaboration clinique entre psychiatres et somaticiens pour le bien des patients, sans oublier les satisfactions intellectuelles et le développement personnel que chacun en retire ».



Dans le domaine de la psycho-oncologie cette assertion nous paraît particulièrement vraie.

Pour le Pr Gauvain-Piquard, oncologue et psychiatre à Villejuif, la psycho-oncologie est un entre-deux entre l'oncologie et le psychologique.

L'auteur prenant le parti de situer le psychologique dans « les deux disciplines dont elle est issue : la psychiatrie ( via la psychiatrie de liaison) et la psychologie (via la psychosomatique et la psychologie de la santé). »

Il en fait une discipline à part entière, issue des deux approches qui la constituent mais évoluant de façon isolée et spécifique.

Entre le modèle de la psychiatrie de liaison dont le domaine de compétences inclurait la cancérologie de façon non spécifique et celui qui place à l'intérieur du service de cancérologie des psycho-oncologues, l'Unité de Psychiatrie et d'Onco-Psychologie de Villejuif (UPOP) a créé un modèle « alternatif » très inspiré des nord-américains.

En pratique, le dépistage de la « détresse » psychologique est fait par les soignants en cancérologie sur la base d'une échelle visuelle analogique et d'une liste de problèmes.

Selon l'intensité de la détresse et l'appréciation des soignants, le patient est pris en charge directement par l'équipe, adressé à l'UPOP, ou orienté sur les services sociaux ou l'aumônerie.

Ce modèle original est propre à Villejuif, et ne reflète pas le mode d'exercice général de la psycho-oncologie en France, ni même de l'ensemble des centres de lutte contre le cancer comme nous le verrons dans le chapitre suivant.

En effet, la psycho-oncologie en France se pratique encore pour la plus grande part de façon empirique et non spécifique.

Ce sont les psychiatres de liaison ou les psychologues affectés aux services qui tentent de répondre aux demandes croissantes de prises en charge émanant des patients, de leurs familles ou des soignants.

leur travail consiste au minimum à des interventions d' « urgence » : angoisse aiguë, idéations suicidaires, épisodes confusionnels ou de soutien.

Dans le cadre de services ayant développé des moyens plus importants, on retrouve des interventions variées de type :

- prise en charge individuelle
- travail de groupe
- accompagnement des familles
- groupe de parole pour les soignants.

A ce niveau de notre travail, et devant l'évidence de l'hétérogénéité de la prise en charge psychologique des patients souffrant de cancer en fonction des lieux de soins (services de spécialités, services de cancérologie à l'intérieur de l'hôpital général, cliniques ou centres de lutte contre le cancer), nous nous sommes interrogé sur la répartition et l'organisation des « compétences » psycho-oncologiques en France.

Dans cette optique, nous avons voulu réaliser une enquête au niveau des centres de lutte contre le cancer, stipulant que ces structures spécialisées seraient les mieux organisées dans le domaine de la psycho-oncologie (dynamique institutionnelle, moyens) par comparaison aux hôpitaux ou aux cliniques.

#### IV-C- LA PSYCHO-ONCOLOGIE EN FRANCE : ETAT DES LIEUX :

Un même travail d'évaluation commandé par la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer a été initié en juin 2001.

Il n'existe à l'heure actuelle pas de données disponibles.

Notre enquête a consisté à contacter par téléphone les vingt CLCC pour évaluer leurs pratiques « psycho-oncologiques ».

L'essentiel de l'activité se fait en consultations.

Elles se répartissent entre consultations au lit du malade et « ambulatoires », c'est à dire de patients ayant été pris en charge au niveau du centre mais non hospitalisé au moment de la consultation.

Selon les « temps » médicaux-psychiatriques et para-médicaux-psychologiques dont dispose le centre, l'activité se répartie entre l'un et/ou l'autre.

Machavoine explique que cette répartition dépend des représentations que chacun se fait des compétences respectives.

« les patients ayant manifesté des interrogations sur leur histoire personnelle, des traumatismes antérieurs, ou des questions existentielles, seront plus facilement adressés au psychologue. »

Schématiquement, on peut dégager trois grands types de consultations :

- ponctuelles : le patient vient déposer des affects (angoisses, tristesse, révolte ...). Il y trouvera un bénéfice « cathartique » immédiat. Ou bien, il présente une symptomatologie « bruyante » (agressivité, grande tristesse, troubles du comportement) que l'équipe ne gère pas.

- Soutien : travail d'élaboration des affects et représentations du cancer et de ces conséquences facilitant son adaptation. (Certaines relations thérapeutiques évolueront vers une demande de psychothérapie d'inspiration analytique).
- Réponse à une « situation psycho-oncologique complexe » : la situation psychosociale du patient rend difficile son adaptation aux traitements, à l'équipe, à sa famille, ou à sa réinsertion sociale. Le travail de liaison est ici fondamental pour coordonner une approche globale garantissant néanmoins le rôle de chaque intervenant.

L'activité de soutien pour les familles tend à augmenter.

Par ailleurs les prises en charge de groupe de patients se développent, essentiellement sous la forme de groupes de paroles (simple concernant tout « type » de patient ou spécifique d'une pathologie : en particulier cancer du sein). Ils sont encore assez rares faute de moyens comme nous le verrons.

Les groupes de parole soignants sont encore plus rares.

Notons que, la structuration des centres, nécessairement pluridisciplinaire, rend le travail de liaison évident : l'ensemble des interlocuteurs interrogé en témoignent.

Nous exposons maintenant les résultats obtenus à l'issue de cette enquête dans le tableau des deux pages suivantes :

#### Grille de lecture du tableau ci-dessous :

- Le sigle \* signifie :  
« Partagés avec soins palliatifs, douleurs oncogénétiques et autres »
- Les centres signifiés en **caractère gras** disposent d'une unité de psycho-oncologie constituée.
- Les données chiffrées en *italique* sont des données approximatives.

CENTRES	Nouveaux cas de cancer par an (Estimations)	Temps psychiatre		Temps plein psychologue	Rapport d'activité (par an)
		Temps plein	Vacation		
Angers		0		1/2	En 2000 : 750
Bordeaux			4 *	1	En 2000 : 439
Caen	4800		2	1/2	400
Clermont Ferrand		1/2		1	En 2001, au 1er semestre : 800
Dijon			2	2/3	
Lille		1 *		1	En 1999 : 1227
Lyon	3000	1		2	1000
Marseille		1		2	?

CENTRES	Nouveaux cas de cancer par an (Estimations)	Temps psychiatre		Temps plein psychologue	Rapport d'activité (par an)
		Temps plein	Vacation		
Montpellier		?		?	
Nancy		1 *	1	1 *	Psychologue en 2000 : 704
Nantes		0		2/3	Psychologue en 1996 : 379 en 2000 : 670
Nice			1 (depuis 09/01)	1 *	
Paris Curie		1		3	En 1999 : 1200 En 2000 : 1800
Reims	1100	0		1 *	En 1997 : 926 En 2000 : 1003
Rennes		0		3/4	
Rouen			2	1	
Saint Cloud		1 (depuis 01/01)		1/2	?
Strasbourg		0		3/4	
Toulouse			2	3/4	En 2000 : 1861
Villejuif		2		4	

L'analyse détaillée des résultats obtenus met en évidence les points suivants :

Plus de la moitié des centres ne dispose que d'un psychologue temps plein voire moins.

De plus ceux-ci ne travaillent pas toujours spécifiquement en psycho-oncologie, mais sont rattachés à des unités de soins palliatifs, douleur ou autre.

A ce titre, l'exemple de Nancy est intéressant (71) : il intègre la psycho-oncologie dans une unité de « soins de support » qui coordonne les compétences suivantes :

- douleur et soins palliatifs,
- psycho-oncologie,
- réhabilitation ( rééducation fonctionnelle, nutrition, assistance sociale, lutte contre les dépendances).

L'activité du psychiatre qui exerce dans le cadre de vacation est le plus souvent isolée. Le temps médical impartit est utilisé pour répondre à des demandes d'intervention au lit des patients avec le travail de liaison associé et n'autorise qu'une faible collaboration avec le psychologue (absence d'unité fonctionnelle de psycho-oncologie).

Cette forme de pratique intéresse 6 centres.

Les centres n'ayant pas de psychiatre affecté (6 centres), font appel à un psychiatre de liaison détaché de l'hôpital le plus proche, ou le plus souvent, à un psychiatre libéral. Ce qui ne permet en aucun cas de constituer une unité fonctionnelle de psycho-oncologie.

7 centres seulement ont mis en place une unité fonctionnelle de psycho-oncologie.

Elle se fait presque toujours autour d'un psychiatre qui travaille à temps plein.

De nombreux auteurs rapportent la nécessité du psychiatre pour qu'une activité psycho-oncologique cohérente et intégrée à la prise en charge globale du patient puisse se développer.

Citons l'exemple de Lyon : l'unité de psycho-oncologie, autour du Pr. Saltel propose à la fin de cette année, une étude pilote sur l'ensemble de la région Rhône-Alpes.

Elle consiste à mettre en place un dépistage systématique des troubles psychosociaux pour les patients atteints de cancer.

Le dépistage se fera sur la base d'une échelle visuelle analogique de la détresse psychologique associée à un questionnaire des besoins (modèle de Holland). (39)  
Ce dépistage concernera environ 40 structures de soins cancérologiques : CHU, CHG, clinique.

Si ce dernier exemple fait état d'une volonté affichée de développer la psycho-oncologie, l'ensemble de l'activité sur le plan national est encore très insuffisante et le manque de moyens et de compétences spécifiques est important.

Se pose alors la question de la formation en psycho-oncologie.  
Les auteurs interrogés regrettent le manque de formation des jeunes générations de psychiatres et de somaticiens dans le domaine de la psycho-oncologie. (104)

En ce qui concerne les médecins psychiatres exerçant ponctuellement dans les services de cancérologie, ce qui est le cas le plus fréquent, ils n'ont en général pas de formation spécifique à la psycho-oncologie même si leur expérience dans le domaine de la psychiatrie de liaison est importante.

Les jeunes médecins cancérologues quant à eux, intègrent facilement aujourd'hui le mode travail pluridisciplinaire qu'impose les soins en cancérologie.  
Ils devraient pouvoir bénéficier de formation complémentaire spécifique psycho-oncologique. (91)

Les acteurs de la psycho-oncologie proposent aujourd'hui des formations universitaires à Paris, Marseille, Lille, Nice et Grenoble. (52)  
Par ailleurs, La FNCLCC organise des sessions de formation continue pour l'ensemble des soignants.

Enfin, à l'heure actuelle, il n'existe qu'un seul consensus médical validé sur la conduite à tenir pour le soutien psychologique des patients souffrant de cancer.  
Le groupe de travail scientifique s'est constitué autour du Pr Gauvain-Piquard, chef de service de l'unité de psycho-oncologie de Villejuif.

Il s'agit d'un guide de "recommandations pour la pratique clinique" avec pour thème : « suivi psychologique des patientes ayant été traitées pour un cancer du sein non métastasé » validé par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). (53)

Notons qu'aujourd'hui, il n'existe pas d'autres recommandations pour le suivi psychologique des patientes souffrant d'un cancer du sein métastasé ni de tout autre cancer, primitif ou non.

Ces recommandations ont été établies sur une base de données de la littérature internationale quasiment exhaustive pour chaque question posée.

Nous voulons en exposer les principales :

"Du fait de leur prévalence plus élevée chez les patientes ayant un cancer du sein non métastatique et des difficultés à les diagnostiquer, il est recommandé quelle que soit la présentation clinique, de rechercher la détresse psychologique, les troubles de l'adaptation, la dépression, l'anxiété, les troubles sexuels et les états de stress post-traumatiques."

Les auteurs soulignent le fait que les outils d'évaluation utilisés (pour les études qui font référence), s'ils sont précis et structurés, "n'évaluent pas toutes les facettes possibles de la souffrance psychologique".

Même si leurs champs d'application recoupent par ailleurs ceux explorés par les échelles de qualité de vie, "l'impossibilité actuelle de mieux documenter les autres difficultés psychologiques de ces femmes, faute d'outils appropriés, ne doit pas faire penser à leur inexistence."

Ainsi, nous avons vu l'émergence de cette jeune discipline et les moyens dont elle dispose à ce jour, dans un contexte de demandes croissantes relayées par la politique de santé.

Le développement parallèle d'une littérature internationale en psycho-oncologie fait état d'un dynamique croissant.

C'est dans ce même contexte que nous avons travaillé à la mise en place d'un dépistage systématique des troubles anxieux et dépressifs en service de cancérologie.



## V- ETUDE DE CAS

### V-A- OBJECTIF :

Il s'agit d'une étude prospective d'évaluation clinique.

L'objectif principal est d'évaluer la faisabilité d'un dépistage systématique des troubles psychiatriques dans un service de cancérologie.

Il s'inscrit donc dans une double démarche : clinique et institutionnelle avec évaluation de nouvelles pratiques quotidiennes.

La première étape consiste, dans la pratique, à la mise en place d'un protocole de dépistage des troubles psychiatriques avec implication directe auprès des patients et des équipes.

Dans une deuxième étape, on évalue l'intérêt de ce dépistage en pratique clinique courante.

### V-B- MATERIEL :

#### V-B-1- Population :

La population étudiée concerne l'ensemble des patients hospitalisés pour une pathologie cancéreuse dans les services d'oncologie et d'hématologie de la fédération d'onco-hématologie de l'Hôtel-dieu à Paris.

Les critères d'inclusion retenus pour le protocole de dépistage sont les suivants:

- être âgé(e) de plus de dix-huit ans.
- Etre hospitalisé(e) dans le service d'onco-hématologie
- Etre traité(e) pour un cancer.
- Donner son consentement oral au dépistage.

Critères d'exclusion :

- présence d'un trouble de conscience, d'un handicap physique majeur ou d'un obstacle linguistique empêchant la passation de l'échelle et/ou la réalisation d'un entretien psychiatrique.
- Hospitalisation en secteur de greffe.

Il ne sera pas tenu compte pour les patients examinés, de la nature de la lésion cancéreuse, de sa localisation, ni de son stade évolutif.

La population étudiée est donc caractérisée : « tout type, tout site et tout stade ».

## V-B- 2- Choix de l'instrument :

Une étude préliminaire (35) effectuée dans le même service a montré l'intérêt de l'échelle d'auto-évaluation : l'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond et Snaith,1983) (123) pour l'évaluation des troubles anxieux et dépressifs chez les patients atteints de cancer.

Cette étude cherche à élaborer une stratégie de dépistage des troubles anxieux et dépressifs des patients hospitalisés en cancérologie.

Elle s'appuie sur les données de la littérature dans le choix de ses instruments. (24,60,66)

Elle porte sur un échantillon de 32 patients et compare l'HADS à des échelles visuelles analogiques pour la douleur, l'anxiété et la dépression dans le dépistage de ces troubles.

Les 32 patients inclus participent à un entretien psychiatrique guidé pour la recherche des critères diagnostic de ces troubles sur la base du DSM-IV.

L'étude conclut à la supériorité de l'HADS par rapport aux échelles visuelles analogiques pour le dépistage des troubles anxieux et de la dépression.

L'Hospital Anxiety and Depression Scale est un instrument de 14 items comportant deux sous échelles de 7 items relatifs aux troubles anxieux d'une part, aux troubles dépressifs d'autre part.

La cotation se fait de 0 à 3 pour chaque item.

L'absence d'item explorant les symptômes physiques de la dépression pour les 7 items concernés en fait un outil adapté à toute population présentant une pathologie somatique et en particulier donc pour les patients souffrant de cancer.

C'est une échelle d'auto-évaluation de passation simple et rapide. (cf. page suivante)

Il est demandé au sujet d'évaluer son état émotionnel correspondant à la semaine écoulée.

## ÉCHELLE HAD

Ce questionnaire a été conçu de façon à permettre à votre médecin de se familiariser avec ce que vous éprouvez vous-même sur le plan émotif. Lisez chaque série de questions et entourez le chiffre correspondant à la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écrouler.

Ne vous attardez pas sur la réponse à faire : votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement la meilleure indication de ce que vous éprouvez qu'une réponse longuement méditée.

**(1-A) Je me sens tendu(e) ou énervé(e) :**

- 3 La plupart du temps
  - 2 Souvent
  - 1 De temps en temps
  - 0 Jamais
- .....

**(2-D) Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :**

- 0 Oui, tout autant qu'avant
  - 1 Pas autant
  - 2 Un peu seulement
  - 3 Presque plus
- .....

**(3-A) J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :**

- 3 Oui, très nettement
  - 2 Oui, mais ce n'est pas trop grave
  - 1 Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
  - 0 Pas du tout
- .....

**(4-D) Je ris et vois le bon côté des choses :**

- 0 Autant que par le passé
  - 1 Plus autant qu'avant
  - 2 Vraiment moins qu'avant
  - 3 Pas du tout
- .....

**(5-A) Je me fais du souci :**

- 3 Très souvent
  - 2 Assez souvent
  - 1 Occasionnellement
  - 0 Très occasionnellement
- .....

**(6-D) Je suis de bonne humeur :**

- 3 Jamais
  - 2 Rarement
  - 1 Assez souvent
  - 0 La plupart du temps
- .....

**(7-A) Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) :**

- 0 Oui, quoi qu'il arrive
  - 1 Oui, en général
  - 2 Rarement
  - 3 Jamais
- .....

**(8-D) J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :**

- 3 Presque toujours
  - 2 Très souvent
  - 1 Parfois
  - 0 Jamais
- .....

**(9-A) J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :**

- 0 Jamais
  - 1 Parfois
  - 2 Assez souvent
  - 3 Très souvent
- .....

**(10-D) Je ne m'intéresse plus à mon apparence :**

- 3 Plus du tout
  - 2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je ne devrais
  - 1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
  - 0 J'y prête autant d'attention que par le passé
- .....

**(11-A) J'ai la bougeotte et je n'arrive pas à tenir en place :**

- 3 Oui, c'est tout à fait le cas
  - 2 Un peu
  - 1 Pas tellement
  - 0 Pas du tout
- .....

**(12-D) Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :**

- 0 Autant qu'avant
  - 1 Un peu moins qu'avant
  - 2 Bien moins qu'avant
  - 3 Presque jamais
- .....

**(13-A) J'éprouve des sensations soudaines de panique :**

- 3 Vraiment très souvent
  - 2 Assez souvent
  - 1 Pas très souvent
  - 0 Jamais
- .....

**(14-D) Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de T.V. :**

- 0 Souvent
- 1 Parfois
- 2 Rarement
- 3 Jamais

---

**SCORE TOTAL :**  
**(à remplir par le médecin**

.....

Cette échelle a été validée dans sa version française par Lépine et Lempérière en 85. (75)

Leur étude porte sur 100 patients hospitalisés en médecine interne.

Les auteurs comparent les résultats obtenus pour le diagnostic de l'anxiété et de la dépression par l'HADS, à ceux d'autres échelles validées en psychopathologie quantitative.

Ils montrent une forte corrélation entre ces échelles pour le diagnostic de l'anxiété et/ou de la dépression.

L'HADS a également été validée dans sa version française et en oncologie par Razavi en 90.

Son étude porte sur une population de 210 patients hospitalisés en oncologie.

Il compare les résultats obtenus avec l'HADS à un diagnostic clinique psychiatrique établi par un entretien structuré et selon les critères du DSM-III.

Dans ce travail, l'auteur propose une valeur seuil pour le diagnostic d'épisode dépressif majeur de 19 (sensibilité de 0.7, spécificité de 0.75 et valeur prédictive positive de 0.5).

La valeur seuil de 13 est proposée pour les troubles de l'adaptation (sensibilité de 0.7, spécificité de 0.75 et valeur prédictive positive de 0.9).

Par ailleurs on notera que l'auteur valide dans ce travail l'utilisation de l'HADS pour des populations de patients hospitalisés.

Par contre, il conclut que l'HADS évalue de façon uni-dimensionnelle la souffrance psychologique, sans discrimination des troubles anxieux ou dépressifs.

Moorey et al. en 91 (88) font une analyse de la structure et de la stabilité factorielle de l'HADS, sur une population de 568 patients atteints de cancer.

Les auteurs mettent en évidence une forte consistance interne et une structure factorielle stable.

L'analyse factorielle des deux sous-échelles montre que l'HADS est une échelle bidimensionnelle. Ce dernier résultat est en désaccord avec ceux de Razavi :

Moorey évoque l'hétérogénéité des 2 populations étudiées pour expliquer la non concordance de leurs résultats, soulignant l'importance de la notion de populations à risques pour les troubles psychiatriques en oncologie.

Une autre étude de validation a été réalisée chez 110 patients non hospitalisés atteints de lymphome.

Elle conclut à une bonne corrélation entre l'HADS et le diagnostic psychiatrique standardisé.

La valeur seuil retenue pour les troubles de l'adaptation et les troubles anxieux et dépressifs est ici de 10, avec une sensibilité de 84% et une spécificité de 66%.

Dans l'étude préliminaire réalisée par S. Dauchy (35), pour la valeur seuil de 13, validée par Razavi, l'auteur retrouve respectivement une sensibilité et une spécificité de 0.64 et 0.78.

Elle se propose d'augmenter la sensibilité du dépistage en prenant pour valeur seuil 11 (avec une sensibilité de 91% et une spécificité de 67%).

Attitude préconisée parallèlement dans la littérature. (66)

La valeur seuil pour le score total que nous choisissons pour le dépistage de l'anxiété et de la dépression sera donc de : 11.

#### V-B- 3- Evaluation clinique :

L'évaluation clinique psychiatrique qui a lieu dans un second temps est assurée par le psychiatre de liaison.

Elle se fait sur la base des critères diagnostiques établis par le DSM-IV.

L'entretien clinique est semi-structuré.

Il dure en moyenne 45 minutes.

Il a un double objectif : prise de contact avec le patient et recherche des critères diagnostic selon le DSM-IV pour l'établissement d'un diagnostic de troubles psychiatriques sur l'axe I.

En pratique il confirme, ou non, la présence des troubles psychiatriques que nous détaillons dans le chapitre « clinique actuelle » :

- trouble de l'humeur : état dépressif majeur ou autre
- trouble de l'adaptation avec perturbation des émotions : humeur anxieuse et/ou humeur dépressive ou autre
- trouble anxieux généralisé ou autre.
- autres.

#### V-B- 4- Questionnaire de satisfaction :

Deux à dix semaines après la sortie de l'hôpital, un questionnaire de satisfaction a été envoyé aux patients inclus dans le protocole de dépistage.

Il s'agit d'un questionnaire simple qui évalue d'une part, l'acceptabilité du protocole de dépistage proposé, d'autre part, le niveau de satisfaction pour les patients ayant bénéficiés d'un traitement et/ou d'un suivi.

Il comporte dix questions - réponses par oui/ non.

Le questionnaire est accompagné d'un exemplaire de l'échelle, pour mémoire.

Une place est réservée pour l'expression libre de commentaires .

Les 10 questions posées sont les suivantes :

- vous souvenez vous de l'échelle?
- Pensez-vous qu'il était utile d'évaluer votre état émotionnel ?
- en avez vous été gêné?
- avez vous bénéficié d'un entretien psychiatrique?
- En avez vous été gêné?
- Avez vous été aidé par cet entretien ?
- Avez-vous bénéficié d'un traitement ?
- Le prenez-vous encore ?
- En êtes-vous satisfait ?
- Pensez vous que votre maladie a des influences sur vos émotions?

Ce questionnaire a été construit sur la base de notre réflexion et des commentaires suggérés par l'ensemble des équipes et des patients.

Nous l'avons ajouté au protocole de dépistage suite à une réunion collégiale avec les équipes médicales où s'est exprimée une volonté partagée d'évaluer rétrospectivement le vécu émotionnel des patients et le niveau de satisfaction formulé spontanément après avoir rencontré le « psy » dans le cadre de ce protocole.

S'il ne constitue pas un instrument d'évaluation fiable et reproductible, il reflète l'aspect dynamique de notre étude avec une implication « immédiate » pratique, clinique et institutionnelle.

#### V-C- METHODOLOGIE :

##### V-C- 1- Critères de dépistage :

Nous nous sommes basé sur les résultats de l'étude préliminaire pour établir les critères de dépistage des troubles psychiatriques .

Les 3 critères retenus sont :

- la passation de l'HADS,
- la recherche d'antécédent(s) psychiatrique(s) ,
- la recherche de facteur(s) de stress psychosocial ou environnemental récent(s) (moins de 1 an).

Les deux critères : antécédents psychiatriques et facteurs de stress ont été retenus car ils définissent des populations à risque pour l'anxiété et/ou la dépression.

La notion de stress psychosocial est défini par l'axe IV du DSM-IV.

Il s'agit d'évènements de vie négatifs, de difficultés ou de déficiences de l'environnement du sujet, de stress familial ou inter-personnel, d'inadéquation du support social ou des ressources personnelles, ou de tout autre problème relatif à un contexte dans lequel l'individu s'est trouvé en difficulté.

On relève les évènements de vie négatifs apparus dans l'année précédant l'évaluation.

L'existence d'une affection médicale ne fait pas partie des critères diagnostiques de l'axe IV, elle est cotée sur l'axe III :« affection médicale générale ».

Si le trouble mental est directement lié à l'affection organique (causes physiologiques), la cotation en est possible sur l'axe I dans la catégorie :

« trouble mental -spécifié ou non - dû à une affection médicale générale ».

(par exemple : troubles cognitifs dus à une métastase cérébrale).

La présence de facteurs de stress psychosociaux ou environnementaux est considérée comme facteur de risque pour les troubles psychiatriques.

En effet dans l'étude préliminaire 16% des patients présentant un trouble psychiatrique avait un diagnostic positif sur l'axe IV.

La présence d'antécédents psychiatriques de tout type est considérée comme facteur de risque pour une décompensation psychologique pathologique sur un mode non défini.

Dans le cas où un trouble psychiatrique a évolué sur un mode chronique et de façon indépendante de la pathologie cancéreuse, on recherchera à l'entretien clinique une aggravation des symptômes ou une décompensation sur un autre mode.

Le dépistage de troubles anxieux et dépressif sera « positif » si l'un des trois critères au moins est présent :

- score total à l'HADS égal ou supérieur à 11
- présence d'antécédent(s) psychiatrique(s)
- présence de facteur(s) de stress.

V-C- 2- Déroulement du protocole :

Le déroulement du protocole de dépistage se présente comme suit :

- Tout patient hospitalisé dans le service d'onco-hématologie se voit proposer par l'étudiant en médecine le protocole de dépistage des troubles anxieux et dépressifs.
- Après accord du patient et du médecin, l'étudiant en médecine est en charge de la passation de l'HADS et de la recherche des deux autres critères retenus. En cas de refus du médecin, il lui sera demandé un motif.
- Si l'un des 3 critères au moins est présent, le dépistage est considéré comme positif.
- L'externe en réfère au médecin du service qui donne, ou non son accord pour un entretien clinique d'évaluation par le psychiatre de liaison. En cas de refus du médecin, il lui sera également demandé un motif.
- Tout patient dépisté positif devrait bénéficier d'un entretien psychiatrique .
- Si l'entretien confirme la présence d'un trouble psychiatrique, un traitement spécifique est proposé.
- Si le dépistage est négatif, un entretien peut se faire à la demande du patient ou du médecin avec l'accord du patient.
- Le suivi des patients qui le justifie est assuré par le psychiatre, toujours en liaison avec le médecin du service. Le travail habituel de liaison auprès de l'équipe est assuré également.
- Dans un second temps, le questionnaire de satisfaction est adressé au patient.

Il est précisé au patient qu'il peut refuser l'ensemble du protocole comme le stopper à n'importe quel moment et ce, sans motif.



Le principe de demander un motif de refus au médecin aux deux étapes que nous avons définies a été discuté et accepté par l'ensemble du staff.

Il permet de verbaliser le ou les motifs de refus qui seront répertoriés par le psychiatre pour une analyse secondaire plus globale, que nous rapportons dans notre discussion.

#### V-D- RESULTATS :

Sur la période de notre étude, soit 12 semaines, 219 patients ont été hospitalisés en onco-hématologie.

#### V-D- 1- Résultats généraux :

Sur la totalité des 219 patients hospitalisés, 81 ont été inclus dans le protocole de dépistage systématique des troubles psychiatriques, soit 37%.

La répartition de l'ensemble des patients hospitalisés sur la période du protocole se fait comme suit :

	Patients vus en entretien psychiatrique	Patients non vus en entretien psychiatrique	Total
Dépistage positif	40	21	61
Dépistage négatif	1	19	20
Dépistage non réalisé	6	132	138
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>172</b>	<b>219</b>

Sur les 81 patients dépistés selon les critères du protocole, 61 sont dépistés positifs, soit 75.3%.

Sur les 61 patients dépistés positifs, 40 ont été évalué cliniquement par le psychiatre.

La répartition des patients entre l'oncologie et l'hématologie est homogène :

- oncologie : 39
- hématologie : 42

La pathologie cancéreuse concernée est représentative du recrutement habituel de ces deux services, elle est considérée comme tout type, tout site, tout stade.

En pratique, il s'agit souvent de stades évolués de pathologie cancéreuse.

En oncologie : Tumeurs solides primitives, récidives ou extensions métastatiques.

Le plus souvent, les patients auront déjà bénéficiés de traitements chimiothérapeutiques, radiothérapeutiques ou chirurgicaux dans les services de spécialité concernés (gynécologie et chirurgie digestive ou urologie essentiellement).

En hématologie: Hémopathies en cure de chimiothérapie, ici indifféremment première cure ou suivantes.

V-D- 2- Résultats par catégorie :

a- Patients dépistés positifs non évalués :

21 patients dépistés positifs, soit 33% n'ont pas été évalué par le psychiatre pour les motifs suivants:

- 8 refus patients
- 8 refus médecins
- 5 sorties avant évaluation.

Rappelons que chaque patient pouvait refuser le dépistage sans qu'aucun motif ne lui soit demandé. Certains ont pourtant évoqué spontanément la fatigue ou la crainte d'une réactivation d'une souffrance psychologique déjà repérée par l'évaluation (dépistage positif).

3 de ces 8 patients ont refusé le dépistage parce qu'ils étaient suivis par le psychologue du service ou en ambulatoire.

En ce qui concerne les médecins, les motifs de refus du dépistage sont les suivants :

- mauvais état somatique du patient,
- moment considéré comme « inopportun » pour débiter une prise en charge,
- crainte d'imposer une gêne supplémentaire considérée comme inutile.

b- Patients dépistés positifs et évalués cliniquement :

40 patients dépistés positifs ont été évalués cliniquement par le psychiatre.  
38 patients, soit 95% présentent un diagnostic psychiatrique dans la classification du DSM-IV.

Les diagnostics établis à l'issue de ces entretiens sont les suivants :

Classe diagnostique	% des patients examinés
Troubles dépressifs	20
Troubles de l'adaptation (TA)	32,5
Troubles anxieux	32,5
Autres	10
<b>Total</b>	<b>95</b>

L'ensemble de l'échantillon des patients dépistés positifs n'ayant pas été examiné, il est impossible de calculer la prévalence des troubles psychiatriques dans la population étudiée.

De la même façon, le fort pourcentage de troubles retrouvé ne peut être rapporté à l'ensemble de l'échantillon.

c- Patients dépistés négatifs et évalués cliniquement :

3 patients appartiennent à cette catégorie.

En pratique, il s'agit de patients qui sont dépistés négatifs mais pour lesquels un avis psychiatrique a été demandé secondairement.

1 seul parmi les 3 a pu être évalué cliniquement par le psychiatre de liaison.

Le diagnostic retenu sur l'axe I est celui de trouble psycho-organique.

On peut penser que le trouble est apparu après passation de l'HADS chez un patient ne présentant par ailleurs pas d'antécédents psychiatriques ni de facteur de stress.

Les deux autres demandes n'ont pu être satisfaites faute de temps : patients sortis.

d- Patients non dépistés et évalués cliniquement :

Cette catégorie concerne 6 patients.

Pour ces 6 patients, le dépistage n'a pas été réalisé pour les raisons suivantes :

- 2 refus du patient
- 3 refus du médecin
- 1 trouble cognitif.

Par contre, l'évaluation clinique psychiatrique demandée secondairement a pu se faire pour les 6 patients.

Parmi eux, 4 présentaient un diagnostic psychiatrique :

- 3 : trouble dépressif majeur
- 1 : trouble de l'adaptation
- 1 : trouble psycho-organique.

V-D- 3- Résultats pratiques - conséquences thérapeutiques :

L'inclusion des patients dans le protocole de dépistage, a permis l'identification de troubles psychiatriques pour lesquels nous avons proposé une prise en charge adaptée à chaque patient.

Elle se justifie d'abord sur le plan déontologique ( proposer un traitement des troubles identifiés par le dépistage); d'autre part, l'observation des conséquences thérapeutiques d'une telle démarche est importante pour en évaluer l'intérêt.

Pour les 38 patients dépistés positifs, examinés et présentant des troubles psychiatriques, les propositions thérapeutiques ont été les suivantes :

Proposition thérapeutique	Nombre de patients	Pourcentage (en %)
Traitement médicamenteux proposé et accepté avec ou sans soutien	19	60,5
Soutien psychologique seul proposé et accepté	4	
Confirmation de l'indication d'un traitement psychotrope antérieurement prescrit	7	18,4
Traitement psychotrope refusé mais soutien accepté	5	13,2
Refus de toute prise en charge	3	7,9
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

L'intégralité des propositions thérapeutiques a été acceptée pour 60.5% des patients souffrant de troubles psychiatriques.

5 patients sur 38 ont refusé tout traitement psychotrope mais accepté un suivi spécialisé.

3 patients ont refusé toutes les propositions thérapeutiques.

Les propositions de traitement et leur acceptation par patient et par catégorie sont répertoriées dans le tableau suivant :

Traitement	Prescription instaurée ou modifiée	Prescription acceptée	Confirmation d'un traitement antérieur
Anxiolytique	20	15	4
Hypnotique	7	7	2
antidépresseur	9	7	4
Neuroleptique	1	0	1
Soutien	16	16	
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>45</b>	<b>11</b>

#### V-D- 4- Résultats du questionnaire de satisfaction :

Sur l'ensemble de la population dépistée, soit 81 patients, au moment de l'envoi des questionnaires, 59 patients étaient encore en vie.

59 questionnaires ont donc été envoyés.

25 questionnaires interprétables ont été retournés.

90% de ces patients se souvenaient de l'auto-évaluation par l'HADS (échelle jointe au questionnaire).

50% ont bénéficié d'un entretien psychiatrique : aucun dit en avoir été gêné.

76% considèrent que la maladie a une influence sur leurs émotions.

84% répondent que l'évaluation systématique de leur état psychologique était une démarche utile.

Le petit nombre de questionnaires retournés ne permet pas d'interpréter de façon fiable ces résultats.

## V-E- COMMENTAIRES -DISCUSSION :

Sur le plan méthodologique, notre étude repose sur l'observation clinique et institutionnelle avec cette particularité de répondre, dans le même temps, aux besoins de prise en charge qu'elle mettait en évidence.

Par ailleurs elle s'inscrit dans une démarche de recherche des modalités d'un partenariat entre somaticiens et psychiatres qui aura fait émerger cette demande d'évaluation secondaire de la satisfaction des patients à laquelle nous avons répondu par l'élaboration du questionnaire.

Il ne nous permet pas d'obtenir des résultats statistiquement fiables, mais nous donne, à partir de cette observation, des éléments de réflexion sur l'amélioration des pratiques quotidiennes en cancérologie.

Notre implication quotidienne dans les services aura été à l'origine d'un dialogue au sujet de tous les patients dépistés sur la base de l'outil proposé.

### V-E- 1- taux d'inclusion faible :

Le résultat qui s'impose en premier lieu, est un taux d'inclusion faible dans le cadre d'un protocole de dépistage qui devait être systématiquement appliqué. En effet, 37% des patients hospitalisés ont bénéficié du dépistage alors qu'il devait concerner tous les patients répondant aux critères d'inclusion.

Cette faiblesse dans le recrutement semble assez spécifique de notre discipline. Plusieurs auteurs décrivent cette difficulté dans le domaine de la recherche en psychiatrie de liaison . (126)

Cela souligne le nécessaire travail d'intégration à faire encore auprès de la population médicale et générale pour améliorer l'image de la psychiatrie qui renvoie encore trop souvent à des représentations sociales angoissantes d'aliénation.

La question de l'intégration des psychiatres à l'hôpital général est celle d'un dialogue à instituer entre médecins somaticiens et psychiatres, ce qui constitue un argument supplémentaire pour développer des outils de travail commun et une méthodologie acceptée par tous. (30)

Le dépistage n'a pas été systématique alors qu'il avait fait l'objet d'une concertation et d'une validation pluri-disciplinaire (oncologues, hématologues,

équipes des soins palliatifs et psychiatres) pour l'élaboration du protocole sur la base de nos propositions.

Avant mise en place du protocole, un staff complet des équipes médicales et para-médicales avait été réuni pour expliquer le protocole et sa finalité.

Plusieurs explications peuvent être avancées :

- les impondérables
- les défauts de procédure
- les réticences médicales.

a- Les impondérables :

ils concernent la limitation de temps.

En effet, certaines hospitalisations n'excèdent pas 48 heures. Elles se font dans le cadre de chimiothérapies courtes, d'hospitalisations pour bilans, ou de certaines hospitalisations de "confort".

Ces hospitalisations dite de « confort » concernent : l'ajustement d'un traitement antalgique, certaines décompensations anxieuses, ou des difficultés familiales dans la prise en charge au domicile.

On peut penser que ces patients ou leur famille auraient pu bénéficier d'un soutien psychologique mais la durée de ces hospitalisations a été souvent trop courte pour proposer une intervention psychiatrique.

Nous n'avons pas de chiffre concernant la proportion de ces patients par rapport au recrutement général des services d'onco-hématologie, mais il serait intéressant à l'avenir d'en évaluer la prévalence et de proposer des modalités d'intervention psychosociale si besoin.

b- Les défauts de procédure :

nous évoquerons le manque d'information (malgré la formation dispensée) , de temps ou de motivation des étudiants hospitaliers sur lesquels reposait la procédure.

Le choix des étudiants faisant « inter-face » entre le patient et les médecins oncologues, hématologues et psychiatres s'est fait de façon collégiale.

L'intérêt admis par tous était de sensibiliser les étudiants à une approche psychologique de leurs patients.

Ceux-ci ont bénéficié au préalable d'une formation dispensée par le psychiatre.



Le contenu de cette formation associait :

- bases théoriques de la pathologie psychiatrique en cancérologie
- sensibilisation à une approche psychologique des patients atteints de cancer.
- présentation du protocole
- présentation de l'HADS.

Pendant le déroulement du protocole , 3 séances sont programmées pour répondre aux difficultés pratiques rencontrées dans l'application du protocole.

En pratique cet objectif de formation a été atteint.

De plus, lors des trois réunions de synthèses organisées pour rendre compte des problèmes dans l'application du protocole, ceux-ci ont rapidement verbalisé leurs propres difficultés à aborder l'aspect psychologique et émotionnel de la maladie avec les patients dont ils avaient la charge.

Ceci illustre les besoins en terme de formation des jeunes médecins aux dimensions psychosociales de pathologies lourdes comme le cancer.

A l'issue de ce travail, pourtant, nous pensons que ce choix n'était pas le bon.

En effet, la formation ou l'initiation des étudiants à une approche psychosociale du patient est fondamentale, mais elle relève d'une autre démarche.

Dans notre travail, durant les 12 semaines du protocole, le dépistage des troubles psychologiques des patients dépendait du seul champ médical (externes, internes, médecins du service).

En raison des particularités de la communication au sein de l'équipe entre les médecins et les infirmier(e)s, cela a eu pour effet d'exclure du dépistage les infirmier(e)s pourtant très sensibles à cette approche et très souvent reconnu(e)s par les patients comme plus spontanément disponibles.

En terme d'intégration et d'efficacité de la sensibilisation des équipes dans leur ensemble , ce constat nous permettra, à l'avenir d'améliorer la procédure.

Dans ce sens, mettre l'HADS à la disposition des équipes infirmières, nous paraît intéressant.

L'intégration de l'échelle dans une pratique quotidienne viendrait soutenir leurs capacités à reconnaître et prendre en charge la souffrance psychologique des patients.

L'évaluation de cette souffrance qui s'appuierait sur un outil fiable et simple, utilisé comme aide au diagnostic psychiatrique et aide à la décision d'en référer au psychiatre ou au psychologue, pourrait ainsi prendre place dans la prise en charge globale de chaque patient.

### c- Les réticences des médecins :

Si nous revenons sur les motifs de refus de médecins pour l'inclusion des patients dans le protocole de dépistage systématique, 3 motifs sont évoqués :

- certains patients sont "trop" connus du service et de l'équipe pour que l'on puisse leur proposer un dépistage de ce type. Cette réponse nous renvoie à l'idée d'une évaluation subjective de l'efficacité thérapeutique "globale" de la relation soignants-soignés. Ceci est à respecter. L'objectif de ce travail n'est pas de remettre en question l'importance des liens subjectifs qui se créent entre l'équipe médicale et les patients. Pourtant, comme nous l'avons vu, la tendance à sous évaluer la souffrance psychologique est une réalité et à fortiori peut-être pour ceux qu' « on connaît bien ».

- la peur de réactiver des troubles psychologiques et d'entraîner une décompensation. Ces patients sont perçus par l'équipe comme fragiles psychologiquement. L'intérêt de ce travail est de mener une réflexion commune sur les modalités de prise en charge de ces patients "fragiles". Si cette prise en charge peut effectivement ne pas relever d'emblée d'un traitement psychiatrique, comment les aider à moins souffrir?. L'utilisation d'un outil simple, bien accepté et bien présenté dans le cadre d'une relation de confiance soignant- soigné permettrait sans doute d'aborder plus facilement la question du besoin, ou non, pour le patient d'en référer au psychiatre ou au psychologue. Le travail du psychologue en service d'oncologie semble actuellement bien accepté. Ceci n'a pas fait l'objet d'études spécifiques à notre connaissance mais correspond à une pratique observée dans les services.

- L'inutilité de cette procédure pour des patients considérés comme "indemne manifestement". Un autre objectif de ce travail est de sensibiliser les somaticiens à l'identification d'une souffrance psychologique, chaque fois différente, et qui, pour un même individu évolue dans le temps. Il est aussi de traduire en un langage commun pour mieux la prendre en charge, l'expression de cette souffrance et les réactions qu'elle provoque sur les soignants que nous sommes.

Le faible taux d'inclusion des patients dans le protocole de dépistage systématique des troubles psychiatriques s'explique donc par des difficultés partagées.

Les défauts de procédure que nous avons énumérées dans l'élaboration du protocole n'ont pas facilité la mise à distance de réactions de protection inconscientes de la part des somaticiens vis à vis de leur pratiques quotidiennes et vis à vis de leurs patients.

De plus, notre présence quasiment quotidienne dans le service a permis, d'une part d'ouvrir un dialogue où se sont formulées directement les réticences médicales que nous décrivons plus haut ; d'autre part, d'élaborer conjointement des stratégies futures pour améliorer l'identification de souffrances psychologiques jusqu'à présent banalisées ou inconsciemment mise à distance.

Pourtant, cette présence quotidienne « imposée » dans le service a pu aussi être ressentie comme intrusive par des équipes habituées à faire face à la question de la souffrance psychologique des patients.

Ce qui était supposé les soutenir a pu les renvoyer à l'idée d'une dépossession. Ceci a sûrement été d'autant plus vrai pour les équipes infirmières avec lesquelles la communication directe n'était pas favorisée du fait des modalités du protocole proposé.

#### V-E- 2- Analyse de l'échantillon examiné :

Nous avons donc vu en entretien au moins une fois, 47 patients :

- 40 dépistés positifs
- 1 dépisté négatif
- 6 non dépistés.

L'ensemble de l'échantillon « dépistés positifs » n'ayant pas été examiné, il est impossible de calculer la prévalence des troubles psychiatriques. Cela n'était pas l'objet de notre travail.

On peut penser que les médecins ont opéré une pré- sélection des patients « pouvant bénéficier du dépistage ».

Pré-sélection qui semble basée sur des critères subjectifs où l'évaluation des critères de dépistages proposés dans le cadre du protocole, constituerait d'emblée un premier contact avec la psychiatrie, alors qu'il s'agit d'aborder la symptomatologie psychologique au même titre et en même temps que la symptomatologie physique.

Sur ce point, on remarquera que l'intuition clinique des somaticiens présente, dans notre travail, une bonne sensibilité puisque 75.3% des patients dépistés étaient positifs et que parmi ceux-là, 95% souffrent d'un trouble psychiatrique confirmé secondairement par l'évaluation clinique du psychiatre de liaison. Nous pensons que la sur-représentation des troubles psychiatriques dans cet échantillon est lié à ce biais de sélection.

Ces chiffres ne sont pas en accord avec les données de la littérature.  
(voir chapitre « prévalence des troubles psychiatriques en cancérologie »)

### V- 3- Analyse des conséquences thérapeutiques :

95% des patients dépistés positifs, présente un diagnostic psychiatrique qui nécessite une prise en charge spécialisée.

L'établissement d'un diagnostic psychiatrique dans le cadre de notre travail a donc été suivi de la mise en place d'un traitement adapté et pour la majorité bien accepté.

L'analyse des conséquences thérapeutiques du dépistage met en évidence une acceptabilité satisfaisante des propositions faites puisque 60.5% des patients ont accepté la prise en charge proposée (traitement psychotrope et/ou soutien) alors que 13% refuse le traitement psychotropes mais accepte un soutien psychologique.

Dans ce domaine, la littérature est encore assez peu développée.

En particulier, pour les psychotropes, il existe peu d'étude d'acceptabilité, d'efficacité et de suivi de ces traitements psychotropes dans le contexte de la maladie cancéreuse. (53,99,105)

Une revue rapide de la littérature spécialisée en psycho-oncologie de ces derniers mois (premier semestre 2001) montre que la tendance s'inverse.

Pour les psychotropes, il apparaît qu'en terme d'efficacité thérapeutique, elle est identique à celle d'une population traitée pour les mêmes troubles psychiatriques sans comorbidité cancéreuse associée. (104)

Des recommandations sont à respecter cependant en psycho-oncologie.

On préconise des doses initiales plus faibles et une augmentation plus progressive avec surveillance médicale et clinique lors de la prescription d'anti-dépresseurs.

Par contre, sur le plan psychothérapeutique, on voit se développer des études d'évaluation et de comparaisons des différentes techniques de psychothérapies essentiellement de type cognitivo-comportementales. (16,33,46,58,65)

Les thérapies proposées sont variées :

- prise en charge individuelle,
- groupes de parole,
- gestion du stress appliquée à l'anxiété anticipatoire liée aux traitements anti-cancéreux. (7)

Les techniques de relaxation trouvent leur place également.(65)

Il est intéressant de noter, que la recherche en psycho-oncologie portant sur l'évaluation et la comparaison des différents moyens chimiothérapeutiques et psycho-thérapeutiques dont nous disposons pour les patients souffrant de cancer est en plein essor.

L'analyse des résultats en terme de conséquences thérapeutiques et d'acceptabilité de notre travail s'est complété du questionnaire de satisfaction que nous avons établi afin d'évaluer la satisfaction des patients dépistés.

V-4- Analyse du questionnaire de satisfaction :

Le faible nombre de réponses pour le questionnaire de satisfaction est en partie expliqué par le fait que certains patients n'étaient pas à leur domicile (maison de convalescence ou soins palliatifs). D'autres étaient incapables (phase terminale) de remplir le questionnaire, qui sera retourné vierge par la famille accompagné de quelques explications.

Les réponses fournies par les patients soulignent la bonne acceptabilité de l'entretien psychiatrique et des traitements proposés.

On note également que les patients reconnaissent une modification de leur état émotionnel et la nécessité de s'en préoccuper.

Ceci corrobore leurs dires lors des « états généraux ».

Rappelons que dans notre étude, seuls deux patients refuseront l'auto évaluation sur 81 inclus dans le protocole. Ces deux patients ne refuseront pas l'entretien psychiatrique demandé secondairement.

Par ailleurs, pour les patients dépistés positifs et présentant un trouble psychiatrique, moins d'un patient sur dix refusera toute proposition.

Enfin, si la méthodologie de l'étude incite à la prudence quant à l'interprétation de ces résultats, dans l'ensemble pourtant, ils s'accordent avec les données de la littérature actuelle.

Nous les résumerons ainsi :

- réalité des modifications émotionnelles perçues par les patients,
- nécessité de s'en préoccuper (identification, diagnostic psychiatrique éventuel, prise en charge adaptée si besoin),
- validité de l'HADS pour l'identification d'un besoin psychosocial,
- bonne acceptabilité de l'HADS par les patients.

L'objectif initial de notre étude est d'évaluer la faisabilité d'un dépistage systématique des troubles dépressifs en cancérologie.

Par faisabilité nous entendons : acceptation par les patients et par les soignants de la démarche d'abord, et de l'outil proposé, ensuite.

A l'issue de ce travail, nous pouvons conclure à la bonne acceptabilité par les patients d'une telle démarche.

La question de son intérêt ne se pose plus.

Par contre, il nous semble que l'utilisation « systématique » d'une échelle reste ouverte.

Elle pourrait faire l'objet d'une réflexion interdisciplinaire qui permettrait d'adapter les modalités du dépistage (choix d'un instrument échelle, intervenant référant dans l'équipe, temps des interventions psychosociales etc...) en fonction des pratiques quotidiennes déjà instituées par les équipes soignantes et souvent en collaboration avec un(e) psychologue affecté(e) au service.

Au niveau des soignants, et sur le plan institutionnel, notre évaluation de la faisabilité du dépistage nous renvoie :

- d'une part, aux défauts de procédure avec la nécessaire adaptation des intervenants « psy », au fonctionnement institutionnel ( temps d'hospitalisation, par exemple, mais aussi « lieu » d'hospitalisation : qu'en est-il des patients en hôpital de jour, autre exemple).

- d'autre part, à l'importance d'une collaboration somaticiens psychiatres pour améliorer l'identification des difficultés psychologiques et faciliter la décision d'en référer aux intervenants compétents.

Ceci ne pourrait se faire semble-t-il, à l'avenir, sans l'intégration d'un psychiatre à l'équipe de soins.

## VI- CONCLUSION

Les progrès de la médecine et en particulier dans le domaine du cancer nous emmènent vers l'«hyper spécialisation».

En réaction, émerge une volonté médicale qui tend à coordonner ses efforts à travers la pluridisciplinarité, tout en prenant en considération la dimension humaine de la pathologie et dans le but d'améliorer le soin.

Ceci répond également à une demande exprimée par les patients et leur entourage qui nous parlent d'un besoin de soulagement « corps et âme ».

La présence croissante, depuis quelques années, de psychologues et de psychiatres auprès des patient reflète une dynamique allant dans le sens d'une meilleure prise en considération de l'importance de la prise en charge psychique de ces patients.

Elle a favorisé l'émergence de la psycho-oncologie.

Cette jeune discipline, riche des héritages théoriques que nous avons décrit et sur la base des données actuelles issues des sciences médicales, sociales et humaines, travaille à intégrer la dimension psycho-sociale du cancer à sa prise en charge.

Enrichie par une expérience pluridisciplinaire en pratique clinique quotidienne, elle perfectionne ses modèles de recherche cliniques, thérapeutiques et étiopathogéniques, dans l'objectif d'améliorer encore le soin.

Par ailleurs, la nécessité d'un langage commun, dans le cadre de l'extension du travail pluridisciplinaire, n'est plus à démontrer.

L'utilisation d'une échelle d'évaluation validée sur le plan scientifique, « pratique » pour l'identification de la souffrance psychologique et bien acceptée par les patients s'inscrit dans cette perspective.

Elle nous paraît être une étape fondamentale pour l'amélioration de la coopération interdisciplinaire, et donc, de la prise en charge globale de ces patients.

Notre travail illustre l'intérêt mais aussi les difficultés d'intégration d'une telle démarche dans une pratique quotidienne de cancérologie.

Au delà de cet intérêt « institutionnel » et pragmatique, et du fait d'une présence quotidienne dans le service, l'utilisation de cette échelle aura facilité

l'identification des champs de compétences (de pensées et d'actions) de chaque intervenant en tant que sujet.

L'outil devenant pour les patients, support de paroles échangées, d'abord autour des symptômes, puis sur le sujet malade, sa façon d'intégrer la souffrance physique et psychologique dans sa vie, son histoire, et retrouver du sens.

Pour les soignants, elle aura permis de mieux diagnostiquer cette souffrance, de la mettre en mots, d'y porter soins à travers la rencontre avec le psychiatre et dans cet objectif commun d'atténuer le vécu douloureux du sujet malade.



# ANNEXES

## MECANISMES DE DEFENSE PSYCHIQUE DANS LA THEORIE FREUDIENNE D'après Laplanche et Pontalis : « vocabulaire de la psychanalyse » (74)

### REFOULEMENT

Opération par laquelle le sujet cherche à repousser ou à maintenir dans l'inconscient des représentations (pensées, images, souvenirs) liées à une pulsion. Le refoulement se produit dans le cas où la satisfaction d'une pulsion - susceptible de procurer par elle-même du plaisir - risquerait de provoquer du déplaisir à l'égard d'autres exigences.

Il peut être considéré comme un processus psychique universel en tant qu'il serait à l'origine de la constitution de l'inconscient comme domaine séparé du reste du psychisme.

### REGRESSION

Au sens topique, la régression s'opère, selon Freud, le long d'une succession de système psychique que l'excitation parcourt normalement selon une direction donnée.

Dans un processus psychique comportant un sens de parcours ou de développement, on désigne par régression un retour en sens inverse à partir d'un point déjà atteint jusqu'à un point situé avant lui.

Au sens temporel, la régression suppose une succession génétique et désigne le retour du sujet à des étapes dépassées de son développement. ( stade libidinaux, relation d'objet, identification etc.)

Au sens formel, la régression désigne le passage à des modes d'expression et de comportements d'un niveau inférieur du point de vue de la complexité de la structuration et de la différenciation.

### FORMATION REACTIONNELLE

Attitude psychologique de sens opposé à un désir refoulé et constitué en réaction contre celui-ci (pudeur s'opposant à des tendances exhibitionnistes par exemple).

Elles peuvent être très localisées et se manifester par un comportement particulier, ou généralisées jusqu'à constituer des traits de caractère plus ou moins intégrés à l'ensemble de la personnalité.

En clinique, elles prennent valeur symptomatique dans ce qu'elles offrent de rigide, de forcé, de compulsif, par leurs échecs accidentels ; par le fait qu'elles aboutissent parfois directement à un résultat opposé à celui qui est visé.

## INTROJECTION

Processus mis en évidence par l'investigation analytique : le sujet fait passer, sur un mode fantasmatique, du dehors au dedans des objets et des qualités inhérentes à ces objets.

L'introjection est proche de l'incorporation qui constitue son prototype corporel mais n'implique pas nécessairement une référence à la limite corporelle (introjection dans le moi, dans l'idéal du moi, etc.).

Elle est dans un rapport étroit avec l'identification.

## SUBLIMATION

Processus postulé par Freud pour rendre compte d'activités humaines apparemment sans rapport avec la sexualité, mais qui trouverait leur ressort dans la force de la pulsion sexuelle. Freud a décrit comme activités de sublimation principalement l'activité artistique et l'investigation intellectuelle.

La pulsion est dite sublimée dans la mesure où elle est dérivée sur un but non sexuel et où elle vise des objets socialement valorisés.

## ***Glossaire des mécanismes de défense et des styles de coping spécifiques***

**Agression passive.** Mécanisme par lequel le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes par une agression envers autrui exprimée de façon indirecte et non combative. Une façade d'adhésion apparente voile la résistance, le ressentiment ou l'hostilité. L'agression passive vient souvent en réponse à une exigence par autrui d'action ou de performance ou par manque de gratification de ses propres désirs. L'agression passive peut représenter une modalité adaptative pour des personnes occupant une position de subordonné qui ne peuvent s'affirmer ouvertement par d'autres moyens.

**Altruisme.** Mécanisme par lequel le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en se consacrant à répondre aux besoins des autres. A la différence du sacrifice de soi qui est parfois la caractéristique d'une formation réactionnelle, le sujet reçoit des gratifications, que ce soit directement des autres ou par procuration.

**Annulation.** Mécanisme par lequel le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en utilisant des mots ou des comportements visant à nier ou à corriger symboliquement des pensées, des sentiments ou des actes jugés inacceptables.

**Anticipation.** Mécanisme par lequel le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en faisant l'expérience des réactions émotionnelles par avance ou en anticipant les conséquences d'un événement futur potentiel ou encore en envisageant de manière réaliste réponses ou solutions alternatives.

**Auto-affirmation.** Mécanisme par lequel le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en exprimant directement ses pensées et ses sentiments de manière non coercitive ou manipulatrice.

**Auto-observation.** Mécanisme par lequel le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes par une réflexion sur ses propres pensées, sentiments, motivation et comportement et par des réponses appropriées.

**Capacité de recours à autrui<sup>1</sup>.** Mécanisme par lequel le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en se tournant vers les autres pour rechercher de l'aide ou un soutien. Cela suppose un partage des problèmes avec autrui mais n'implique pas de tenir autrui pour responsable de ses problèmes.

**Clivage.** Mécanisme par lequel le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en compartimentant des états affectifs opposés et en échouant à intégrer ses propres qualités et défauts et ceux des autres dans des images cohérentes. Les affects ambivalents ne pouvant pas être éprouvés simultanément.

ment, des perceptions et des attentes plus nuancées de soi ou des autres sont exclues du champ des émotions conscientes. Le soi et les images objectales tendent à alterner entre des positions opposées : être exclusivement aimant, puissant, digne, protecteur et bienveillant ou exclusivement mauvais, détestable, en colère, destructeur, rejetant ou sans valeur.

**Déni.** Mécanisme par lequel le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en se refusant à reconnaître comme réels certains aspects extérieurs douloureux ou certaines expériences subjectives douloureuses pourtant apparentes pour autrui. On utilise le terme de *déni psychotique* lorsqu'il existe une altération majeure de l'appréciation de la réalité.

**Dépréciation.** Mécanisme par lequel le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en s'attribuant — ou en attribuant à autrui — des défauts exagérés.

**Dissociation.** Mécanisme par lequel le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes par une altération des fonctions d'intégration de la conscience, de la mémoire, de la perception de soi ou de l'environnement ou du comportement sensori-moteur.

**Formation réactionnelle.** Mécanisme par lequel le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en substituant à un comportement, à des pensées ou à des sentiments personnels inacceptables, d'autres qui leur sont diamétralement opposés (ce mécanisme est généralement associé à celui du refoulement).

**Humour.** Mécanisme par lequel le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en faisant ressortir les aspects amusants ou ironiques du conflit ou des facteurs de stress.

**Idéalisation.** Mécanisme par lequel le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en s'attribuant — ou en attribuant à autrui — des qualités exagérées.

**Identification projective.** Mécanisme par lequel, comme au cours de la projection, le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en attribuant à tort à autrui ses propres sentiments, impulsions ou pensées inacceptables. Cependant, à la différence de la projection simple, la personne ne désavoue pas totalement ce qui est projeté. Elle reste consciente de ses propres affects ou impulsions mais elle les attribue à tort à autrui en tant que réaction légitime. Il n'est pas rare que la personne induise véritablement chez l'autre les sentiments qu'elle avait cru déceler et il est parfois difficile d'établir la chronologie exacte du « qui a fait quoi à qui ».

**Intellectualisation.** Mécanisme par lequel le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en s'adonnant à un usage excessif de pensées abstraites ou de généralisations pour contrôler ou minimiser des sentiments gênants.

**Isolation de l'affect.** Mécanisme par lequel le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en séparant les idées des sentiments qui leur étaient initialement associées. Le sujet perd ainsi le contact avec les sentiments associés à une idée donnée (p. ex., un événement traumatique) alors qu'il reste conscient des éléments cognitifs qui l'accompagnent (p. ex., des détails descriptifs).

**Omnipotence.** Mécanisme par lequel le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en ressortant ou en agissant comme s'il possédait des capacités ou des pouvoirs supérieurs à ceux des autres.

**Passage à l'acte.** Mécanisme par lequel le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes par des actions plutôt que par des sentiments ou des réflexions. Cette définition est plus large que celle du concept originel de passage à l'acte lié à des désirs ou à des sentiments transférentiels au cours d'une psychothérapie. Elle vise à englober les comportements surgissant tant au sein de la relation transférentielle qu'en dehors d'elle. Le passage à l'acte défensif n'est pas synonyme de « mauvais comportement » car il exige que la conduite soit liée aux conflits émotionnels.

**Plainte associant demande d'aide et rejet de cette aide.** Mécanisme par lequel le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes par des plaintes ou des demandes d'aide répétées qui dissimulent en fait des sentiments d'hostilité ou des reproches à l'égard d'autrui. Ces sentiments s'expriment à leur tour lorsque le sujet rejette suggestions, conseils ou offres d'aide apportées par autrui. Les plaintes et les demandes peuvent concerner des symptômes physiques ou psychologiques ou des problèmes de la vie.

**Projection.** Mécanisme par lequel le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en attribuant à tort à autrui ses propres sentiments, impulsions ou pensées inacceptables.

**Rationalisation.** Mécanisme par lequel le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en dissimulant les motivations réelles de ses propres pensées, actes ou sentiments, derrière des explications rassurantes ou complaisantes mais erronées.

**Refoulement<sup>1</sup>.** Mécanisme par lequel le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en expulsant de sa conscience des désirs, des pensées ou des expériences pénibles. Le sentiment peut rester conscient mais détaché des idées qui lui sont associées.

**Répression<sup>2</sup>.** Mécanisme par lequel le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en évitant délibérément de penser à des problèmes, des désirs, des sentiments ou des expériences pénibles.

**Rêverie autistique.** Mécanisme par lequel le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en substituant une rêverie diurne excessive aux relations interindividuelles, aux actions plus efficaces ou à la résolution de problèmes.

**Sublimation.** Mécanisme par lequel le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en canalisant des sentiments ou des impulsions potentiellement inadaptées vers des comportements socialement acceptables (p. ex., les sports de contact pour canaliser des accès impulsifs de colère).

### DSM IV : (critères diagnostiques établis par l'American Psychiatric Association

La version IV est parue en 1995 et a été traduite en français en 1996.

#### Troubles de l'adaptation

- A. Développement de symptômes dans les registres émotionnels et comportementaux, en réaction à un ou plusieurs facteur(s) de stress identifiable(s), au cours des trois mois suivant la survenue de celui-ci (ceux-ci).
- B. Ces symptômes ou comportements sont cliniquement significatifs, comme en témoignent :
  - (1) soit une souffrance marquée, plus importante qu'il n'était attendu en réaction à ce facteur de stress ;
  - (2) soit une altération significative du fonctionnement social ou professionnel (scolaire).
- C. La perturbation liée au stress ne répond pas aux critères d'un autre trouble spécifique de l'axe I et n'est pas simplement l'exacerbation d'un trouble préexistant de l'axe I ou de l'axe II.
- D. Les symptômes ne sont pas l'expression d'un deuil.
- E. Une fois que le facteur de stress (ou ses conséquences) a disparu, les symptômes ne persistent pas au-delà de 5 mois.

#### Episode dépressif majeur

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est : soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir ;

NB. Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection médicale générale, à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur.

- (1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (par ex. se sent triste ou vide) ou observée par les autres (par ex. pleure). NB : Eventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.
  - (2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
  - (3)\* Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (par ex. modification du poids corporel en un mois excédant 5%), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. NB : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.
  - (4)\* Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
  - (5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
  - (6)\* Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
  - (7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
  - (8)\* Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
  - (9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.
- B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.
- C. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (par ex. une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (par ex. hypothyroïdie).
- E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil, c'est-à-dire après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

Les items marqués d'un \* ont fait l'objet d'une proposition de substitution par Endicott.

## BIBLIOGRAPHIE

1. AAPRO M., CULL A. Depression in breast cancer : the need for treatment.  
Annals of oncology, 1999, 10: 627-36.

2. AASS N., FOSSA S.D. and al. : Prevalence of anxiety and depression in cancer patients seen at the Norwegian Radium Hospital.  
European journal of cancer, 1997, (3), 10 : 1597-1604.

3. ADES J, ROUILLON F, LEON E. : Troubles anxieux.  
Dans « thérapeutique psychiatrique » : Senon J.L, Sechter D., Richard D.  
Edition Hermann, Paris, 1995 : 635-46.

4. AIACH P. : Peur et images de la maladie: l'opposition cancer / maladies cardiaques.  
Bulletin du cancer, 1980,(67),2, 183-90.

5. ALBY N. : Pourquoi des psychologues dans les services de cancérologie.  
Psychologie médicale, 1994, 26, spécial 7 : p647-50.

6. ANDREASON N.C., HOENK P.R. : The predictive value of adjustment disorders: a follow-up study.  
American Journal of Psychiatry, 1982,(139),5 : 584-90.

7. AUROY L., EISINGER F., JULIAN-REYNIER C. : Connaître et prendre en charge les effets secondaires psychologiques des chimiothérapies anticancéreuses.  
Bulletin du cancer, 2000,(87),6, 463-7.

8. BACQUE M.F. : Le corps comme surmoi.  
Dans « Cancer psychisme et société » : Y. Pelicier : 135-142.  
Edition L'esprit du temps, 1995.

9. BAILLET F., PELICIER N. : L'annonce diagnostique. Impact psychologique et bonnes pratiques.  
L'Encéphale du praticien, 1998, hors-série 2 , cancers et dépression : 35-41.



10. BARREAU B., HUBERT A., DILHUIDI M.H. and al. : L'anthropologie comme interface entre la santé publique et les femmes invitées au dépistage de masse organisé des cancers du sein : étude qualitative des facteurs déclenchants, des contraintes et des variations bio-culturelles de la participation.

Rapport du XVIème congrès de la S.F.P.O. éditions DYK, Paris, 2001 : 115-21

11. BERARD R.M.F, BOERMEEESTER F., VILJOEN G.: Depressive disorders in an out-patient oncology setting : prevalence, assessment, and management.

Psychooncology, 1998, (7), 112-120.

12. BERGERET J., DECOURT P. : Stress et panique : aspects psychanalytiques

L'encéphale, 1993, XIX : 153-6.

13. BESANCON G. : Théories en psychosomatique.

Encyclopédie médico-chirurgicale (Paris-France), psychiatrie, 37400 C10, 1992, 8p.

14. BIGRAS J., CAZENAVE P. : A propos du cancer : « la maladie du nourrisson dans l'adulte » ;

Revue française de psychosomatique, Vol.5, P.U.F Paris : p32-56.

15. BILLINGS J.A.: Depression.

Journal of palliative care, 1995,(11),1 : 48-54.

16. BLOCH S., KISSANE D.: Psychotherapies in psycho-oncology, an exciting new challenge.

British journal of psychiatry, 2000,(177) : 112-116.

17. BREBART A., RAZAVI D., GOODMAN V. and al.: A comprehensive assessment of satisfaction with care for cancer patients.

Support care cancer, 1998, (6) : 518-523.

18. BREBART A., RAZAVI D., ROBERTSON C. and al.: A comprehensive assessment of satisfaction with care : Preliminary psychometric analysis in an oncology institute in Italy.

Annals of oncology, 1999, (10): 839-846.

19. BREITBART W., BRUERA E., CHOCHINOV H.: Neuropsychiatric syndromes and psychological symptoms in patients with advanced cancer.

Journal of pain and symptom management, 1995, (vol.10), 2: 131-141.

20. BROWN J.E., BROWN R.F., MILLER R.M. and al.: Coping with metastatic melanoma : the last year of life.  
Psycho-oncology, 2000, (9): 283-292.
21. BRUCHON-SCHWEITZER M., COUSSON-GELIE F., TASTET S., BOURGEOIS M-L. : Approche de la psychologie de la santé.  
L'Encéphale du praticien, 1998, hors-série 2 : cancers et dépression, 2-14.
22. BRUCHON-SCHWEITZER M., QUINTARD B., RASCLE N and al. :  
Psychologie de la santé.  
Encyclopédie médico-chirurgicale (elsevier-Paris), psychiatrie, 37032 A30, 1998, 5p.
23. BUKBERG J., PENMAN D., HOLLAND J.C.: Depression in hospitalized patients.  
Psychosomatic medicine, 1984,(46),3: 199-212.
24. CAROLL B.T., KATHOL R.G., NOYES R. and al.: Screening for depression and anxiety in cancer patients using the hospital anxiety and depression scale.  
Gen hosp psychiatry, 1993,(15) : 69-74.
25. CHOCHINOV H.M., WILSON K.G., ENNS M.: Prevalence of depression in the terminally ill : Effects of diagnostic criteria and symptom threshold judgments.  
American journal of psychiatry, 1994,(151),4: 537-40.
26. CONSOLI S. : L'approche psychosomatique en 1998.  
Revue de médecine interne, 1998 ; 19 suppl 3 :331-4
27. CONSOLI S.: En quoi la psychiatrie de liaison peut-elle répondre au besoin du malade atteint de cancer et en rendre compte ?  
Rapport du XVIème congrès de la S.F.P.O. éditions DYK, Paris, 2001 : 19-21.
28. CONSOLI S. : Psychiatrie à l'hôpital général.  
Encyclopédie médico-chirurgicale (elsevier-Paris), psychiatrie, 37958 A10, 1998, 11p.
29. CONSOLI S. : psycho-immunologie.  
Encyclopédie médico-chirurgicale (Paris-France), psychiatrie, 37402 E10, 11-1988, 7p.

30. CONSOLI S. : Psychiatrie de liaison.  
Dans « thérapeutique psychiatrique » : Senon J.L, Sechter D., Richard D.  
Edition Hermann, Paris, 1995 : 955-980.
31. COOPER C.L., FARAGHER E.B.: Psychosocial stress and breast cancer : the inter-relationship between stress events, coping strategies and personality.  
Psychological medicine, 1993, (23) : 653-662.
32. COTTRAUX J. : Les thérapies comportementales et cognitives. 3<sup>ème</sup> éditions.  
Masson, Paris, 2001 : 350p
33. CUNNINGHAM A.J. and al.: A prospective, longitudinal study of the relationship of psychological work to duration of survival in patients with metastatic cancer.  
Psycho-oncology, 2000,(9) : 323-339.
34. DANTZER R. : L'illusion psychosomatique  
Edition O. Jacob, 1989.
35. DAUCHY S., LASSAUNIERE J.M., GAUTIER V.: HADS en oncologie : une échelle d'auto évaluation de l'anxiété et de la dépression validée, maniable et bien acceptée par les patients.  
Rapport du XVIème congrès de la S.F.P.O. éditions DYK, Paris, 2001 : 50-53.
36. DE HAES H., SJAACK MOLENAAR PhD.: Patient participation and decision control : are patient autonomy and well-being associated.  
Medical decision making, 1997, (17), 3: 353-354.
37. DE MIJOLLA A., DE MIJOLLA-MELLOR and al. : Psychanalyse.  
P.U.F Fondamental, Paris, 1996 : 869p
38. DEROGATIS PhD, GARY R. et al., the prevalence of psychiatric disorders among cancer patients.  
JAMA, 1983, (vol.249), 6: 751-757.
39. DOLBEAULT S., SZPORN A., HOLLAND J.C: Psycho-oncology: where have we been? Where are we going?  
European journal of cancer; 1999, 35(11): 1554-58.

40. DSM-IV (1994) : Diagnostic and Statistical Manuel of mental disorders - American Psychiatric Association, Washington.
41. ENDICOTT J.: Measurement of depression in patients with cancer.  
*Cancer*, 1984,(53): 2243-49.
42. ENGEL G.L., The need of a new medical model : a challenge for biomedicine.  
*Science*, 1977,(196),4286 : 129-136.
43. ESCHWEGE F.,Depression et cancer : le point de vue du cancérologue.  
*L'encéphale*, 1994, (XX), 657-660.
44. EUDIER F., BADICHEA. : La relation médecin/malade.  
Dans « thérapeutique psychiatrique » : Senon J.L, Sechter D., Richard D.  
Edition Hermann, Paris, 1995 : 209-14.
45. FALLOWFIELD L., LIPKIN M., HALL A.: Teaching senior oncologists communication skills : results from phase I of a comprehensive longitudinal program in the United Kingdom.  
*Journal of clinical oncology*, 1998,(16),5, 1961-68.
46. FAWZY F.I. : Psychosocial interventions for patients with cancer : what works and what doesn't.  
*European Journal of cancer*; 1999, 35(11): 1559-64.
47. FAWZY F., FAWZY N., PASNAU R.O., ARNDT L. A.: Critical review of psychosocial interventions in cancer care.  
*Arch gen psychiatry*, 1995, (52): 100-113.
48. FORD S., FALLOWFIELD L., LEWIS S.: Can oncologists detect distress in their out-patients and how satisfied are their performance during bad news consultations?  
*British journal of cancer*, 1994,(70): 767-70.
49. FORD S., LEWIS S., FALLOWFIELD L.: Psychological morbidity in newly referred patients with cancer.  
*Journal of psychosomatic research*, 1995, (39), 2: 193-202.
50. FORUM DIDEROT : La fin de la vie qui en décide ?  
P.U.F Paris, 1996 : 93p

51. FRANCES A.J., WIDIGER T.A., PINCUS H.A., The development of DSM-IV. *Archive general of psychiatry*, 1989,(46): 373-75.
52. FRESCO R. : De « Psychologie et cancer » à la psycho-oncologie clinique (1975-2001).  
Rapport du XVIème congrès de la S.F.P.O. éditions DYK, Paris, 2001 : 3-5.
53. GAUVAIN-PIQUARD and co. : Recommandations pour la pratique clinique : Suivi psychologique des patientes ayant été traitées pour un cancer du sein non métastasé.  
éditions E.D.K, Paris, 2000 : 112p
54. GERARD J-P. : Guérir le cancer sans mutiler.  
édition Horvath, 1995, Vendôme.
55. GRASSI L., GRITTI P., RIGATELLI M., GALA C.: Psychosocial problems secondary to cancer : an Italian multicenter survey of consultation-liaison psychiatry in oncology.  
*European journal of cancer*, 2000, (36): 579-585.
56. GREEN A.I., AUSTIN C.P.: Psychopathology of pancreatic cancer : a psychobiologic probe.  
*Psychosomatics*, 1993,(34),3: 208-21.
57. GREER S., *Cancer and the mind*.  
*British Journal of psychiatry*, 1983,(143): 535-543.
58. GREER S., MOOREY S., BARUCH J.D.R. and al.: Adjuvant psychological therapy for patients with cancer : a prospective randomised trial.  
*BMJ*, 1992,(304): 675-80.
59. GUILLIBERT E., GRANGER B., TELLIER G., and all. : *Psychiatrie de liaison : Le concept et la réalité*.  
Rapport d'assistance - congrès de Psychiatrie et de neurologie de langue française : juillet 1989 : 176p
60. HALL H., A'HERN R., FALLOWFIELD L.: Are we using the appropriate self-report questionnaires for detecting anxiety and depression in women with early breast cancer?  
*European journal of cancer*, 1999, (35), 1: 79-85.

61. HENRIKSSON M.M. and al.: Mental disorders in cancer suicides.  
Journal of affective disorders, 1995,(36): 11-20.
62. HOERNI B. : Les cancers de A à Z. Introduction.  
Saint Chéron : A. Schrotter, 1995.
63. HOERNI B., DURAND M. : Images et représentations du cancer.  
L'Encéphale du praticien, 1998, hors-série 2 : cancers et dépression : 53-58.
64. HOLLAND J.: Cancer and suicide : less common and more predictable than we thought.  
Annals of oncology, 1991,(2): editorial.
65. HOLLAND J.C., MORROW G.R., DEROGATIS L.,BREITBART W. and al.: A randomized clinical trial of alprazolam versus progressive muscle relaxation in cancer patients with anxiety and depressive symptoms.  
Journal of clinical oncology, 1991,(9),6: 1004-11.
66. HOPWOOD P., HOWELL A., MAGUIRE P.: Screening for psychiatric morbidity in patients with advanced breast cancer : validation of two self-report questionnaires.  
British journal of cancer, 1991,(64): 353-56.
67. HYODO I. And al.: Psychological impact of informed consent in hospitalised cancer patients.  
Support care cancer, 1999,(7): 396-399.
68. JEAMMET Ph., REYNAUD M., CONSOLI S. : Psychologie médicale.  
Masson, Paris, 1992 : 356p
69. JONES R., YATES W.R., WILLIAMS S. and al. : Outcome for adjustment disorder with depressed mood : comparison with other mood disorders.  
Journal of affective disorders, 1999,(55): 55-61.
70. KATHOL R.G., MUTGI A. and al.: Diagnosis of major depression in cancer patients according to four sets of criteria.  
American journal of psychiatry, 1990,(147),8: 1021-24.

71. KRAKOWSKY I., CHARDOT C. and all., Organisation coordonnée de la prise en charge des symptômes et du soutien à toutes les phases de la maladie cancéreuse : vers la mise en place de structures pluridisciplinaires de soins oncologiques de support.

Bulletin du cancer ; 2001, 88(3): 321-8.

72. LACHAUXB., MALAUZAT D. : Entre consentement aux soins et assentiment aux expérimentations.

Psychologie médicale, 1994, (26), spécial 7 : 638-46.

73. LANTERI-LAURA G., Au-delà du domaine clinique.

L'évolution psychiatrique, 1990,(55),2: 287-302.

74. LAPLANCHE J., PONTALIS J-B : Vocabulaire de la psychanalyse.

13<sup>ème</sup> édition. P.U.F Vendôme, 1997 : 523p

75. LEPINE J-P, LEMPERIERE TH. And all. : Evaluation de l'anxiété et de la dépression chez les patients hospitalisés dans un service de médecine interne.

Annales medico-psychologiques ; 1985 ; 143(2) : 175-89.

76. LINN L., The fourth psychiatric revolution.

American Journal of Psychiatry, 1968,(124),8: 61-66.

77. LOO P., LOO H.: Le stress permanent.

Edition Masson, Paris, 1986 : 114p

78. LUDWIG A.M., OTHMER E. : The medical basis of psychiatry.

American Journal of Psychiatry, 1977,(134),10: 1087-92.

79. LYNCH M.E.: The assessment and prevalence of affective disorders in advanced cancer.

Journal of palliative care, 1996, (vol.11), 1: 10-18.

80. MACDANIEL J.S., MUSSELMAN D.L. and al., Depression in patients with cancer.

Arch gen psychiatry, 1995,(52): 89-99.

81. MACQUART-MOULIN G., VIENS P.: Discordance between physicians' estimations and breast cancer patients' self-assessment of side-effects of chemo-therapy: an issue for quality of care.

British journal of cancer; 1997, 76(12) : 1640-45.

82. MAGUIRE P.: Psychosocial interventions to reduce affective disorders in cancer patients: Research priorities.  
Psycho-oncology, 1995, (vol.4): 113-115.

83. MAGUIRE P., FAULKNER A., BOOTH K.: Helping cancer patients disclose their concerns.  
European journal of cancer, 1996,(32A),1: 78-81.

84. MARTY P., La psychosomatique de l'adulte. 3<sup>ème</sup> édition.  
P.U.F Vendôme : 125p

85. MARX G., GAUVAIN-PIQUARD A., SALTEL P.: Anxiété, dépression, cancers : aspects cliniques.  
L'Encéphale du praticien, 1998, hors-série 2 : cancers et dépression : 66-71.

86. MASSIE M.J., MUSKIN P., STEWART D.E., Psychotherapy with woman at high risk for developing breast cancer.  
Gen hosp psychiatry, 1998,(20): 189-197.

87. MINAGAWA H., UCHITOMI Y. and al.: Psychiatric morbidity in terminally ill cancer patients.  
Cancer, 1996, (78),5: 1131-1137.

88. MOOREY S., GREER S., WATSON M., GORMAN C. and al., The factor structure and factor stability of the Hospital Anxiety and Depression Scale in patients with cancer.  
British journal of Psychiatry, 1991, (158): 255-259.

89. NEWELL S., SANSON-FISCHER R.W and all. : How well do medical oncologists' perceptions reflect their patients' reported physical and psychosocial problems.  
Cancer; 1998, 83(8): 1640-51.

90. NEZELOF S., VANDEL P. : Cancers et dépressions : aspects épidémiologiques.  
L'Encéphale du praticien, 1998, hors-série 2 : cancers et dépression : 59-65.



91. NOEL G., RENARD A., BERNARD A. and al. : Apport d'une formation de psycho-oncologie dans la pratique clinique quotidienne de praticien "psy" et « non psy ».

Rapport du XVIème congrès de la S.F.P.O. éditions DYK, Paris, 2001 : 23-26.

92. PAULHAN I., BOURGEOIS M. : Stress et coping. Les stratégies d'ajustement à l'adversité.

P.U.F Paris, 1998 : 127p

93. PEDINIELLI J.L, ROUAN G. : Concept d'alexithymie et son intérêt en psychosomatique.

Encyclopédie médico-chirurgicale (elsevier-Paris), psychiatrie, 37400 D20, 1998, 3p.

94. PELICIER N.: Y-a-t-il un modèle spécifique de la depression du cancéreux?

Psychologie médicale, 1994, (26), spécial 7 : 661-63.

95. PELICIER Y. : Psychologie et cancers. Dans « Cancer psychisme et société ».

Edition L'esprit du temps, 1995 : 73-84.

96 . PELICIER Y. : Histoire de la psychiatrie.

P.U.F Paris, 1971 : 127p

97. POULIN-DEFAUT E. : Repérage de certains processus psychiques de patients en fin de vie.

Eurocancer 2000, J.L. Eurotext, Paris : 383-4.

98. PRINGUEY D. : Stress et évènements de vie.

Dans « thérapeutique psychiatrique » : Senon J.L, Sechter D., Richard D.

Edition Hermann, Paris, 1995 : 189-96.

99. RAZAVI D., ALLILAIRE J-F., SMITH M., SALIMPOUR A., VERRA M., The effect of fluoxetine on anxiety and depression symptoms in cancer patients.

Acta psychiatrica Scandinavia, 1996, (94) : 205-210.

100. RAZAVI D., DELVAUX N. et al. : Screening for psychiatric disorders in a lymphoma out-patient population.

European journal of Cancer, 1992, (vol. 28A), 11: 1869-1872.

101. RAZAVI D., DELVAUX N.: Communication skills and psychological training in oncology. European journal of cancer, 1997, (33 suppl.6): 15-21.

102. RAZAVI D., DELVAUX N., FARVAQUES C.: Screening for adjustment disorders and major depressive disorders in cancer patients.  
British journal of psychiatry, 1990, (156): 79-83.

103. RAZAVI D., DELVAUX N.: The psychiatrist's perspective on quality of life and quality of care in oncology : Concepts, symptom management, communication issues.  
European journal of cancer, 1995, (31a, suppl.6): 25-29.

104. RAZAVI D., DELVAUX N. : La prise en charge médico-psychologique du patient cancéreux.  
Masson éditeurs, 1998 : 255p

105. RAZAVI D., KORMOSS N., COLLARD A. and al., Comparative study of the efficacy and safety of trazodone versus clorazepate in the treatment of adjustment disorders in cancer patients: a pilot study.  
The journal of international medical research, 1999,(27): 264-272.

106. RAZAVI D., STIEFEL F.: Common psychiatric disorders in cancer patients : Adjustment disorders and depressive disorders - anxiety and acute confusional states.  
Support care cancer, 1994, (2): 223-237.

107. REISS S., A critique of Thomas S. Szasz's : "myth of mental illness".  
American Journal of Psychiatry, 1972, (128),9: 71-75.

108. ROUILLON F. et le G.E.P: Enquête épidémiologique des troubles psychiatriques en consultation spécialisée.  
L'Encéphale, 1992, XVIII : 525-35.

109. SALTEL P., GAUVAIN-PIQUARD A., MARX G.: la mesure des évènements de vie négatifs avant le déclenchement d'un cancer.  
L'Encéphale du praticien, 1998, hors-série 2 : cancers et dépression, 42-49.

110. SALTEL P., TERRA J.L., FRESCO R. : Troubles psychiques en cancérologie.  
Encyclopédie médico-chirurgicale (Paris-France), psychiatrie, 37675 A10, 1992, 12p.

111. SAMUELIAN J.C., CHARLOT V., DERYNCK F., ROUILLON F. et le G.E.P :  
Troubles de l'adaptation : à propos d'une enquête épidémiologique.  
L'Encéphale, 1994, XX : 755-65.
112. Sante.gouv.fr  
Site internet ministère de la santé, Paris.
113. SCHWAB J.J., Consultation-liaison psychiatry: a historical overview.  
Psychosomatics, 1989,(30),3 : 245-54.
114. SELICK S.M, CROOKS D.L: Depression and cancer : an appraisal of  
litterature for prevalence, detection and practice guideline development for  
psychological interventions.  
Psycho-oncology; 1999, 8: 315-33.
115. SENON J.L., LAFAY N., RICHARD D. : Mécanismes d'ajustement au stress.  
Encyclopédie médico-chirurgicale (elsevier-Paris), psychiatrie, 37400 C20,  
1998, 8p.
116. SLAMA L. : Neutralité malveillante : le travail du deuil du psychanalyste est-  
il toujours possible ?  
Eurocancer 2000, J.L. Eurotext, Paris : p381-2.
117. STOUDEMIRE A.G., STRAIN J.J., HALES R.E. : DSM-IV issues for  
consultation psychiatry.  
Psychosomatics, 1989,(30),3: 239-44.
118. STRAIN J.J., SMITH G.C., HAMMER J.S. and al., Adjustment disorder: a  
multisite study of its utilization and interventions in the consultation-liaison  
psychiatry setting.  
Gen hosp psychiatry, 1998,(20): 139-49.
119. TIGNOL J. : Troubles mentaux et adaptation.  
Série : adaptation à l'environnement. Collection scientifique Stablon -  
Laboratoires Ardix.
120. TUBIANA M. : Le cancer : hier, aujourd'hui, demain.  
Editions O. Jacob, 1998 : 499p
121. VELIKOVA G., STARK D., SELBY P.: Quality of life instruments in oncology.  
European journal of cancer; 1999, vol.35, No 11: 1571-80.

122. VUITTON D. : Psycho-immunologie : un modèle en question.  
Revue de médecine interne, 1998 ; 19 suppl 3 : 343-6
123. ZIGMOND A.S., SNAITH R.P., The hospital anxiety and depression scale.  
Acta psychiatrica Scandinavia ,1983,(67) : 361-70.
124. ZIMMERMAN M., Why are we rushing to publish DSM-IV?  
Arch gen psychiatry, 1988,(45): 1135-38.
125. ZITTOUN R.,SUCIU S. et al.: Quality of life in patients with acute myelogenous leukaemia in prolonged first complete remission after bone marrow transplantation (allogenic or autologous) or chemotherapy : a cross-sectional study of the EORTC-GIMEMA AML 8A trial.  
Bone marrow transplantation 1997, 20: 307-315.
126. ZUMMBRUNEN : La psychiatrie de liaison  
édition Masson

# TABLE DES MATIERES

I-	INTRODUCTION	1
II-	CANCER- CANCEROLOGIE	3
	A- EPIDEMIOLOGIE DU CANCER ET POLITIQUE DE SANTE	3
	1- Epidémiologie	3
	2- politique de santé	5
	B- HISTOIRES	6
	1- histoire du cancer	6
	2- histoire des traitements	11
	a- Chirurgie	11
	b- Radiothérapie	12
	c- Chimiothérapie	14
	d- Hormonothérapie	16
	e- nouvelles thérapeutiques- biothérapies	17
	C- NAISSANCE DE LA CANCEROLOGIE	18
III-	CANCER ET PSYCHISME	21
	A- LES THEORIES ET LEURS EVOLUTIONS	21
	1- approches psycho-dynamiques	21
	a- psychanalyse et cancer	21
	b- la psychosomatique	25
	2- approches cognitivo-comportementales	29
	a- naissance de la théorie	29
	b- développement de la théorie : stress et adaptation	32
	3- approches contemporaines : adaptation et cancers	34
	B- CLINIQUE ACTUELLE	36
	1- modèle de référence et classification actuelle	36
	2- description des troubles psychiatriques en oncologie	40
	a- dépression et cancer	40
	b- anxiété et cancer	43
	c- trouble de l'adaptation et cancer	44

3-	prévalence des troubles psychiatriques en cancérologie	46
4-	sous évaluation des troubles psychiatriques en cancérologie	49
IV-	LA PSYCHO-ONCOLOGIE	52
A-	HISTOIRE DE LA PSYCHO-ONCOLOGIE	52
1-	naissance du concept	52
2-	description d'un modèle intégratif : la psychologie de la santé	55
B-	MODELE FRANÇAIS ET PSYCHIATRIE DE LIAISON	60
C-	LA PSYCHO-ONCOLOGIE EN FRANCE : ETAT DES LIEUX	65
V-	ETUDE DE CAS	72
A-	OBJECTIFS	72
B-	MATERIEL	72
1-	Population	72
2-	choix de l'instrument	73
3-	évaluation clinique	76
4-	questionnaire de satisfaction	76
C-	METHODOLOGIE	77
1-	critères de dépistage	77
2-	déroulement du protocole	79
D-	RESULTATS	80
1-	résultats généraux	80
2-	résultats par catégories	81
3-	résultats pratiques- conséquences thérapeutiques	83
4-	questionnaire de satisfaction	85
E-	DISCUSSIONS-COMMENTAIRES	86
1-	taux d'inclusion faible	86
2-	analyse de l'échantillon examiné	90
3-	analyse des conséquences thérapeutiques	91
4-	analyse du questionnaire de satisfaction	92

VI- CONCLUSIONS	94
VII- ANNEXES	96
VIII- BIBLIOGRAPHIE	103

## SERMENT D'HIPPOCRATE

---

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.



## RESUME

Retraçant l'histoire partagée du cancer , du psychisme et de leurs liens, ce travail décrit l'évolution des connaissances théoriques et pratiques autour du cancer et de sa prise en charge.

La psycho-oncologie, discipline naissante issue de la psychiatrie de liaison et pleine d'avenir, prend progressivement place dans la prise en charge globale du sujet souffrant de cancer.

L'intérêt d'un dépistage des troubles anxieux et dépressifs chez ces patients, reposant sur l'utilisation systématique d'une échelle d'auto évaluation standardisée, l'HADS, est discutée.

Véritable passerelle de communication, elle permet de mieux appréhender la souffrance du sujet , d'en accepter le vécu, tant pour les équipes soignantes que pour le soigné, améliorant ainsi la prise en charge de la maladie en terme de qualité « mesurée ».

## MOTS-CLES

Psycho-oncologie

HADS

Cancer

Dépistage des troubles psychiatriques