

→ Quelle prise en charge pour les patients psychotiques atteints de cancer?

8^{ème} Congrès de l'Association Nationale Pour les Soins Somatiques en Santé Mentale
Paris, 11 juin 2010

Dr Sarah Dauchy, Psychiatre



Institut de cancérologie
GUSTAVE ROUSSY
VILLEJUIF - www.igr.fr

→ Madame V., 35 ans, schizophrène, découverte brutale d'une hémopathie maligne, dans un tableau infectieux inaugural gravissime.

Patiente vivant seule à son domicile, prise en charge intermittente en HDJ psychiatrique et des VAD de l'équipe du CMP de secteur.

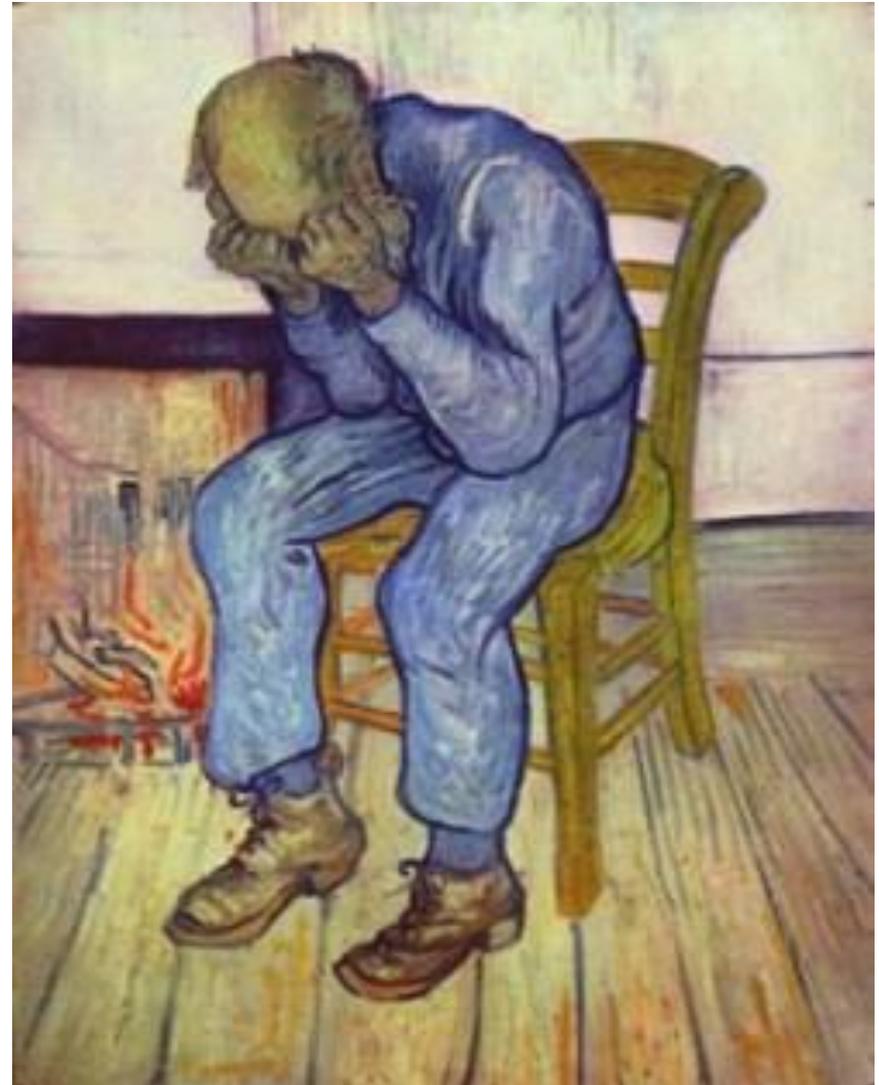
Amélioration spectaculaire lors des premières semaines d'hospitalisation, malgré l'arrêt dès les urgences du traitement par phénothiazines. Remise en cause du diagnostic psychiatrique. Rémission après chimiothérapie initiale. Retour au domicile.

Rupture des soins brutale avec refus de retourner à l'hôpital pour la suite du traitement. Equipe psychiatrique jointe. Refus de la patiente, délirante, de reprendre ses soins.

Réadmission après plusieurs jours et l'intervention des pompiers dans un état de cachexie fébrile catastrophique.

Reprise de soins associant prise en charge mixte psychiatrique et hématologique, avec permissions régulières au domicile, encadrées par l'équipe de secteur. L'état se stabilise à nouveau sur le plan psychique.

- **Une pathologie souvent plus avancée**
- **Une compréhension et un consentement problématiques**
- **Une équipe soignante parfois en difficulté**
- **Une prise en charge médicale plus compliquée**



→ Une maladie plus avancée

- **Par retard au diagnostic, par déni maladaptatif**

Kunkel Psycho Oncology 1997

Dolbeault Psycho Oncologie 2010

- **Par accès limité aux procédures de dépistage**

- **En lien avec la pathologie mentale**

Werneke Epidemiol Community Health 2002

- **En lien avec les facteurs associés à la pathologie mentale : bas niveau socio-economique, age avancé, manque de soutien familial, problèmes de transport, gène, oubli...**

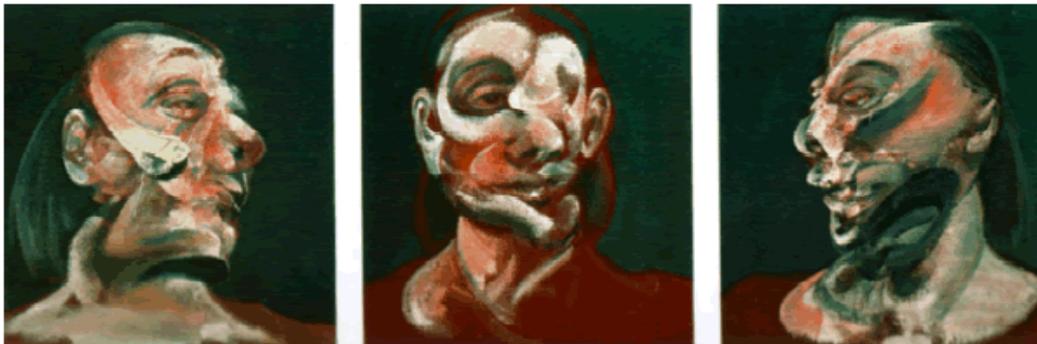
Dickerson Med Care 2003

→ Un malade « difficile »

- **Troubles cognitifs psychotiques**
 - Troubles du cours de la pensée, troubles de la concentration, de l'attention
 - Tendance au repli et à la passivité
- **Mécanismes de défense « archaïques »**
 - déni, projection, clivage...
- **Carence éducative**
 - ignorance des symptômes, de leur signification pathologique, de conduites à tenir basiques
- **Symptômes délirants présents ou résiduels**
 - Interprétation potentiellement erronée de certains symptômes pathologiques, attribués au délire ou aux traitements

→ Un malade difficile

- **Conscience du corps et psychose**
 - Morcèlement, indistinction des limites
 - Fragilité du « contenant »
 - Caractère intrusif ou menaçant de certains examens ou traitements
 - Indistinction psyché-soma
- **Difficultés à intégrer les limites temporelles**



→ Le vécu des équipes oncologiques

- Manque de connaissance de la pathologie mentale
- Stigmatisation et représentations erronées



- Troubles du contact et psychose : une relation de soin parfois frustrante

Psychiatrie : le problème des cas dangereux



→ Un risque de complications thérapeutiques

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

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

Yap Eur Journ Cancer Care 2009

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

Kudoh Anaest Analg 2005

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

- Préservation des acquis atteints (autonomie)

→ **Des effets positifs?**

- **Une constatation clinique partagée : rémission initiale des symptômes psychotiques**
- **Une confrontation au réel parfois bénéfique**
- **Parfois relance du soutien social et familial : possibilité d'avoir « enfin » une maladie avec laquelle on peut compatir, socialement identifiée comme nécessitant un soutien et non un rejet**

→ Quelles pistes de prise en charge?

- **Risque de rupture de soins psychiatriques**
- **Difficulté d'adhésion aux soins oncologiques et à la surveillance**
- **Importance des liens avec l'équipe psychiatrique**
- **Maintien des soins antérieurs (médicamenteux et non médicamenteux)**
- **Mais aussi réflexion commune : intégration du psychiatre ou au moins de l'avis psychiatrique dans la prise de décision thérapeutique**

→ Quelles pistes de prise en charge?

- Troubles cognitifs
- Compréhension du projet thérapeutique
- Prise de décision et prise en compte de l'avis du patient
- Fournir une information adaptée, compréhensible et claire (attention aux difficultés de tri contextuel, aux situations de choix)
- Evaluer les troubles cognitifs du patient et sa capacité à décider, dès le début de la prise en charge
- Le consentement comme le refus ne sont éclairés que si le patient a compris et intégré l'information donnée
- Intérêt du consentement des proches non malades, des décisions médicales collégiales
- Mesures légales peu adaptées (HDT, tutelle)

→ Quelles pistes de prise en charge?

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

→ Quelles pistes de prise en charge?

- **Perte de chance**

- Peu d'études
- Des traitements lourds sont possibles s'ils sont organisés et planifiés

Akaho Psychiatry Clin Neurosci2003

- **Des traitements identiques ???**
 - Mateen PsychoOncology 2008 : 29 patients schizophrènes Kc poumon, 17 curables, 2 modulations seulement du traitement pour raisons psychiatriques
 - Quels impacts indirects?
 - Quel impact invisible?

→ Quelles pistes de prise en charge?

- **Anticiper**

- Les décompensations psychiatriques
- Les décompensations somatiques (fin de vie)

Woods The Canadian Journ of Psychiatry 2008

Foti Psychiatr Serv 2005

Tableau 1. Gestion du patient psychotique en cancérologie.

Maintien du contact avec l'équipe psychiatrique de référence (sur le secteur ou en CMP).

Favoriser les visites, les courriers de liaison et les rencontres entre l'équipe médicale et l'équipe psychiatrique de secteur (infirmière référent en psychiatrie).

Création d'un climat de confiance tout en respectant cadre et limites.

Échanges, lors des RCP, entre le psychiatre et les différents intervenants en oncologie : oncologue, chirurgien, chimiothérapeute, radiothérapeute.

Staffs réguliers de service avec l'équipe soignante pour apporter des informations théoriques et pratiques sur les attitudes à adopter et dépister les résistances éventuelles.

Désignation si possible d'un médecin et d'un soignant infirmier(e) référents pour les examens cliniques et soins somatiques au quotidien.

Adaptation éventuelle du traitement psychotrope et, dans tous les cas, éviter toute interruption brutale.

À la sortie, un document reprenant par écrit les soins et rendez-vous préconisés, destiné au patient et transmis à l'équipe psychiatrique de secteur pourra être d'un bon support.

Évaluation de la capacité de prise médicamenteuse à domicile (par exemple dans le cadre d'un traitement hormonal prescrit), en envisageant si besoin la délivrance quotidienne par une infirmière libérale ou dans la pharmacie la plus proche.

CMP : centre médicopsychologique ; RCP : réunion de concertation pluridisciplinaire.

→ Une double pathologie à prendre en charge

- **La rechercher**

- Recherche systématique des antécédents psychiatriques (généraliste, famille...)
- Attention portée aux signes indirects (AAH, ttt injectable régulier, prise quotidienne d'antiparkinsoniens...)

Limosin PsychoOncologie 2010

- **La décliner à toutes les étapes (information, décision, ajustement médicamenteux, phases d'aggravations et phases palliatives)**
- **Mettre en place une prise en charge conjointe psychiatrique/somatique précoce et continue.**

