8ème Congrès de l'Association Nationale pour la Promotion des Soins Somatiques en Santé Mentale

MERCREDI 9 ET JEUDI 10 JUIN
Actualités en soins somatiques

Prise en charge du patient dépressif en cancérologie

Sylvie Dolbeault, MD, PhD
Psychiatre, Chef du Département de Soins de Support
Institut Curie, Paris

1) Modalités diagnostiques

2) Repérage : les obstacles

3) Repérage : les modalités

4) Modalités de la prise en charge

Pourquoi est-il si important d'identifier et de traiter la dépression dans le contexte carcinologique ?

Multiples conséquences directes et indirectes :

Augmentation de la morbidité-mortalité : retard diagnostique, difficultés adaptatives et d'observance aux traitements du cancer : **perte de chance** (traitements standards et essais thérapeutiques); risque suicidaire *(Colleoni 2000, Chochinov 2001, Mitchell 2006,Torta 2006, 2009)*

Moindre qualité de vie *(Zabora 2001, Kornblith 2003,Parker 2003, Ganz 2004, Stanton 2006, Ganz 2008)*

Plus forte sensibilité aux symptômes *(Spiegel 1994, Breitbart 1995)*

Moindre satisfaction / soins reçus *(Brédart 2006)*

Augmentation des coûts de prise en charge : durée de l'hospitalisation, nombre de venues en urgence, consommation de médicaments … *(Bérard, 1998, Priét 2002, Carlson 2004, Bultz 2005, Strong 2008)*

* Lien entre Dépression et survenue du cancer ??

des études longtemps contradictoires, de méthodologie très contestable
3 méta-analyses récentes : association faiblement significative entre dépression, notamment chronique et développement d'un cancer *(Steel 2007, Oerlemans 2007, Chida 2008)*

- piste des médiateurs comportementaux : «comportements à risque » comme facteurs confondants ou intermédiaires souvent présent chez les patients dépressifs alcool, tabac, mauvaise hygiène alimentaire, surpoids, sédentarité …
- piste des médiateurs biologiques (modifications immunologiques et neuroendocrines)
- piste des médiateurs génétiques communs

* En terme de pronostic : impact de la dépression sur le pronostic ?

Nombreux débats contradictoires *(Watson 1999, Dalton 2002, Steel 2007, Chida 2008, Dalton 2009)*

plus grand niveau de preuve de l'association entre dépression et pronostic (défavorable) du cancer

… beaucoup de chemin à parcourir encore …

Un diagnostic difficile à établir dans le contexte du cancer :

Risque de focalisation exclusive sur le problème organique

Flou dans les définitions diagnostiques des troubles psychopathologiques, variété des outils utilisés

Imperfection des outils de classification de la nosographie psychiatrique *(Wise 2008)*, recours au critères de substitution de Endicott ou aux critères diagnostiques pour la recherche en psychosomatique et ses 12 *clusters* *(Fava 2001, Galeazzi 2004, Grassi 2007)*

Favoriser une approche dimensionnelle

Prévalence :
25 % des patients présentent un épisode anxio-dépressif
5 - 15 % un EDM
5 -6 % un épisode mélancolique

Exemple : critères de substitution de Endicott (1984)

Symptômes somatiques	**Symptômes psychologiques**
perte ou gain de poids significatif et anorexie	angoisse, tristesse, apparence dépressive du visage ou du corps (posture)
insomnie ou hypersomnie	retrait social, retrait verbal
fatigue et/ou perte d'énergie	ruminations, pessimisme, idées noires, apitoiement sur soi-même

Critères Massie MJ et Holland JC *(Massie 1990)*

Nature des symptômes dépressifs :

Humeur dépressive
Sentiment d'impuissance et de désespoir
Perte de l'estime de soi
Sentiment d'inutilité et de culpabilité excessive
Anhédonie ou perte du plaisir, perte des intérêts
Idéations de mort souhaitée (« plutôt mourir que vivre cela ») ou de suicide
Irritabilité et agressivité
aboulie, apathie, faible motivation

en plus des notions d'intensité et de permanence des symptômes

Symptômes critiques de dépression en cancérologie *(Breitbart 2006)*

Porter une attention particulière aux symptômes cognitifs et affectifs non liés directement à l'état somatique :

Désespoir et impuissance
Culpabilité excessive ou indignité inappropriée
Anesthésie affective et indifférence
Absence de plaisir même minime
Sentiment de dévalorisation et d'inutilité
Sentiment de devoir être puni
Idéations suicidaires, pensées récurrentes de mort ou désir de mort, d'autant plus que les symptômes sont contrôlés

1) Différentes formes cliniques de dépression en cancérologie :

* Episode dépressif majeur
* Episode mélancolique
* Dépression endogène intégrée dans le cadre d'une maladie bipolaire
* Episode dysthymique
* Dépression d'un deuil pathologique

(attention aux formes atypiques : dépression silencieuse, dépression agressive)

Diagnostics différentiels :

* Réaction psychologique de tristesse « normale »
* Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive
* Deuil normal
* Syndrôme de démoralisation

* Syndrôme de glissement

Facteurs de risque
- lourdeur des antécédents psychiatriques dépressifs, personnels et familiaux
- niveau socio-économique
- événements de vie négatifs récents
- stade du cancer et importance des symptômes physiques

Risque suicidaire qui augmente avec le cumul des facteurs de risque RR : 2 *(Hem 2004)*

avec des facteurs de risque bien identifiés : sexe masculin; douleur, incapacité physique, isolement social, antécédents personnels et familiaux de dépression

Dans le contexte des traitements du cancer, des facteurs de risque médicamenteux
Corticoïdes; Interféron, interleukines; Hormonothérapie (tamoxofène, LHRH et antiandrogènes); Asparaginase et procarbazine

Illustrations : des situations particulières à la cancérologie

- intrication dépression / douleur : intrication symptomatique souvent difficile à démêler

- dépression / fatigue

- situation palliative terminale et contexte de fin de vie

- contexte de tumeur négligée

- dépression dans le contexte oncogénétique

2) Les obstacles au repérage et au diagnostic

* du côté des oncologues

Difficultés à distinguer la réaction normale de tristesse d'une dépression clinique avérée

Rationalisation du trouble de l'humeur dans le contexte du cancer

Peur de stigmatiser le patient avec un diagnostic de maladie mentale

Peur de ne pas avoir les capacités pour manager les réactions émotionnelles du patient

Difficultés à adresser le patient au psychiatre

Absence ou insuffisance de ressources de proximité

(Maguire 1999, Fallowfield 2001, Schoefield 2006, Greenberg 2004, Holland 2005)

2) Les obstacles au repérage et au diagnostic

* du côté des patients

Les patients déprimés sollicitent moins spontanément de l 'aide

Dimension culturelle

Peur d'être stigmatisé

Peur et honte de ne pas avoir assez de volonté et de capacité pour faire face à la maladie

Manque de confiance envers les interventions psychologiques et psychiatriques

(Maguire 1999, Fallowfield 2001, Schoefield 2006, Greenberg 2004, Holland 2005)

3) Repérage : les modalités

- l'entretien clinique ouvert ou structuré (DSM, RDC, SCID, DIS) *(Meyer 1979, Endicott 1978, Spitzer, 1992, Lepage 1996)*

- une question ouverte systématique *(Chochinov 1997)*

- un outil d'auto évaluation permettant le repérage d'une détresse clinique significative EVA de détresse ou de dépression, HADS, GHQ (2 outils sans items somatiques) *(Zigmund 1983, Razavi 1990, Herter 2005)*

- un outil d'hétéro-évaluation peu utilisé en pratique clinique aujourd'hui (MADRS, ZDI, BDI) mais items somatiques *(Ollonen 2005, Passik 2001, Love 2004)*

Validation française sous la forme d'une EVA de détresse (seuil à 3)

Dans le contexte de la maladie, il arrive fréquemment de se sentir fragilisé sur le plan psychologique, que ce soit en rapport avec la maladie elle-même ou pour d'autres raisons personnelles.

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

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

Détresse très importante

Pas de détresse

Auto-Evaluation : grille des problèmes et échelle de détresse

8ème Congrès de l'Association Nationale pour la Promotion des Soins Somatiques en Santé Mentale

Identité patient :

institutCurie

Document à remplir par le patient

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

Madame, Monsieur,

Dans le contexte de votre maladie, il est possible que vous ayez repéré ou déjà rencontré un certain nombre de difficultés, qu'elles soient d'ordre pratique, physique, familial, psychologique...
Il vous est possible de nous en faire part au moyen de ce questionnaire. Celui-ci permet de préparer la consultation avec l'infirmière, au cours de laquelle les différents problèmes soulevés pourront être repris et une orientation vers les professionnels concernés pourra être envisagée.

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

L'équipe du D.I.S.S.P.O

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

Problèmes pratiques avec :	OUI	NON
- Logement	☐	☐
- Financiers (emprunts, assurances, etc...)	☐	☐
- Travail – Ecole	☐	☐
- Logistique (garde d'enfants, besoin d'aide à domicile etc..)	☐	☐

Problèmes familiaux avec :		
- Conjoint	☐	☐
- Enfants	☐	☐
- Autres	☐	☐

Autres problèmes		
	☐	☐

Si oui, lesquels ? :

Problèmes physiques de :	OUI	NON
- Douleur	☐	☐
- Fatigue	☐	☐
- Sommeil	☐	☐
- Alimentation	☐	☐
Problèmes d'addiction (tabac, alcool, etc)		
- Souhaitez-vous une aide ?	☐	☐

Problèmes psychologiques de :		
- Soucis - préoccupations	☐	☐
- Tristesse	☐	☐
- Dépression	☐	☐
- Irritabilité	☐	☐

Tournez la page SVP →

D.I.S.S.P.O 10/2006 – Grille patient - dispositif d'annonce - orientation vers le DISSPO - SD/JM/BB
Contact : secrétariat Tél. : 01 44 32 40 98

0 JUIN
natiques

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

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

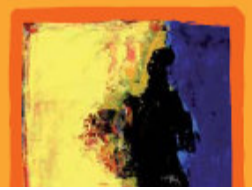
Détresse très importante

Pas de détresse

Merci de dater le document

D.I.S.S.P.O 10/2006 – Grille patient - consultation d'annonce - orientation vers le DISSPO - SD/JM/BB
Contact : secrétariat Tél. : 01 44 32 40 98

Critères / Unité	**CRITERES PLANCHERS** Minimum	**CRITERES IDEAUX** Maximum
Unité de Psycho-Oncologie **(adultes)**	. Idées, propos ou comportement suicidaire identifié . Antécédents psychiatriques lourds identifié (MMD, psychose) Refus de traitement ou défaut de compliance lié à un facteur psychologique . Conflit ouvert avec l'équipe soignante . Demande de suivi psychologique émanant du patient, de la famille ou de l'équipe	Adaptation du traitement psychotrope en fonction du traitement spécifique . Souffrance psychologique exprimée, jugée intense ou inadaptée par l'équipe soignante



8ème Congrès de l'Association Nationale pour la Promotion des Soins Somatiques en Santé Mentale

Identité du patient :

GRILLE DE RECUEIL DE DONNEES
ORIENTATION VERS LE D.I.S.S.P.O

institutCurie
Ensemble, prenons le cancer de vitesse.

10 JUIN
omatiques

Identité soignant :

Date :

➪CRITERES PLANCHERS DISSPO	➪REPERAGE	➪REMARQUES
. Unité du Service Social	1= oui / 0 = non	orientation vers le service oui - non
. Moins de 20 ans		
. Plus de 70 ans, si : entourage réduit et/ou conjoint + âgé à charge, - difficultés à se mouvoir - difficultés en lien avec les relations sociales		
. Personne dépendante à charge du patient		
. Isolement (pas de lien social ou familial)		
. Problèmes matériels (logement, emploi, ressources…)		
. Projet d'orientation médicale (demande de placement en cours)		
. Besoin d'aide à domicile		
. Unité Mobile d'Accompagnement et de Soins Continus	1= oui / 0 = non	orientation vers le service oui - non
. Situation palliative, dont l'accompagnement et/ou les problèmes symptômatiques sont jugés difficiles par l'équipe référente		
. Souhait de fin de vie à domicile exprimé spontanément par le patient et/ou son entourage		
. Réflexion éthique liée à la situation palliative (arrêt de traitement spécifique, sédation…)		
. Activité Plaies et Cicatrisations	1= oui / 0 = non	orientation vers le service oui - non
. Plaie chronique avec symptômes non contrôlés (odeurs, écoulement, hémorragies…) déjà pris en charge par l'équipe infirmière référente		
. Activité Addictologie	1= oui / 0 = non	orientation vers le service oui - non
. Demande de prise en charge spontanée d'une ou plusieurs addictions (alcool, tabac, etc)		
. Repérage soignant de signes cliniques de dépendance (alcool, tabac, etc)		
. Unité de Psycho Oncologie	1= oui / 0 = non	orientation vers le service oui - non
. Idées, propos, comportement suicidaire identifiés		
. Antécédents psychiatriques lourds connus		
. Refus de traitement ou défaut de compliance par rapport au traitement de la maladie cancéreuse		
. Projet de maternité		
. Activité d'Onco Gériatrie	1= oui / 0 = non	orientation vers le service
Attente validation des critères		
. Unité de Réadaptation Fonctionnelle	1= oui / 0 = non	orientation vers le service
. Immobilisation de la personne ou d'un membre > à 5 jours		
. Escarre		
. Respiration rendue difficile par des sécrétions audibles ou visibles sans examen clinique		
. Unité de Diététique	1= oui / 0 = non	orientation vers le service oui - non
. Perte de poids > à 10% en 6 mois - ou perte de poids >5% en moins de 1 mois		
. IMC<18,5 et IMC<21 pour les + de 70 ans		
. IMC > 30		
. Combinaison de plusieurs régimes ou régime mal adapté		
. Régime spécifique prescrit		
. Avant chirurgie gastrique, oesophagienne, résection du grêle		
. Avant gastrostomie		
. Département d'Anesthésie/Réanimation/Douleur	1= oui / 0 = non	orientation vers la cs douleur oui - non
. Douleurs post-chirurgicales avec EVA > à 3 ne répondant pas au Tramadol		

→

Cette grille à remplir par les soignants est un **outil de repérage** des besoins spécifiques des patients requérant les unités du D.I.S.S.P.O. ; Le Département Inter Disciplinaire de Soins de Support du Patient en Oncologie regroupe 5 unités, une cs d'addictologie et une cs infirmière : Unité du Service Social, Unité de Réadaptation Fonctionnelle, Unité de Psycho Oncologie, Unité Mobile d'Accompagnement et de Soins Continus, Unité de Diététique, une Cs d'addictologie et une cs infirmière Plaies et Cicatrisation. Chaque unité a défini les critères pour lesquels elle doit être sollicitée. Dans certaines spécialités, certains critères ont été grisés (ou hachurés) car non adaptés (NA).

Remettre le dépliant institutionnel du DISSPO avec coordonnées des services

Contact pour tout renseignement : secrétariat D.I.S.S.P.O tél. 01 44 32 40 98
Pour tout problème de compréhension d'un item vous pouvez vous référer à la Base "Bonnes Pratiques" sur l'intranet (Base de Connaissances) /services/consultations externes/orientation soins de support)

Quelle prise en charge ?

psychotropes
psychothérapie
organisation multidisciplinaire concertée

Recommandations issues du référentiel Saint-Paul de Vence 2009
Dauchy, Dolbeault, Reich, Barruel et coll)
Oncologie 2009

5-1) Le recours aux psychotropes (1)

Les traitements antidépresseurs sont potentiellement efficaces en cancérologie (niveau 2, grade B)

La réponse symptomatique peut être évaluée sur d'autres paramètres que les symptômes dépressifs

Les antidépresseurs doivent être prescrits après une démarche d'identification soigneuse de la symptomatologie dépressive

Une administration préventive des antidépresseurs n'est pas plus justifiée en cancérologie qu'en pratique courante ; l'existence de facteurs prédictifs doit inciter par contre à une surveillance renforcée (accord d'experts)

Il n'existe pas non plus d'élément de preuve en faveur d'une prescription devant un seul symptôme somatique comme la fatigue (niveau 2, grade B)

5-1) Le recours aux psychotropes (2)

Aujourd'hui l'antidépresseur de première intention en cancérologie est un ISRS (Inhibiteur Spécifique de la Recapture de la Sérotonine) (accord d'experts)

S'ils sont correctement prescrits, les antidépresseurs en cancérologie sont bien tolérés (accord d'experts)

Les antidépresseurs n'augmentent pas le risque de cancer du sein (niveau 1, grade A)
Le choix de la molécule se base sur la prise en compte du profil d'action et de tolérance (effets secondaires) (accord d'experts)

Ce choix intègre également le risque d'interactions médicamenteuses en fonction des traitements associés et des comorbidités : risque cardiaque, hyponatrémie, anticoagulants, comitialité, glaucome… (accord d'experts)
(AFSSAPS 2008 : pas de prescription de Prozac ou Deroxat si Tamoxifène)

L'hospitalisation peut se discuter, en cas de vulnérabilité somatique ou de risque suicidaire essentiellement, ou encore si la dépression comporte des caractéristiques psychotiques (accord d'experts)

5-2) Quelle efficacité des psychothérapies (1)

Peu d'études ont évalué les psychothérapies individuelles

Les approches cognitivo-comportementales sont les plus faciles à étudier, du fait de leur méthodologie structurée ; leur efficacité est démontrée (niveau 3)

Les psychothérapies ont un impact sur la dépression, (ainsi que sur l'anxiété et la qualité de vie) (niveau 3), mais pas sur la survie (niveau 2)

Les patientes repérées comme les plus déprimées en seraient les plus grandes bénéficiaires (accord d'experts)

La formation et l'expérience du thérapeute constituent des variables importantes, difficiles à maîtriser
Des études complémentaires sont nécessaires afin de mieux valider les indications et les techniques

5-2) Quelle efficacité des psychothérapies (2)

Parmi les différentes approches groupales proposées en psycho-oncologie : groupes psycho-éducationnels et/ou d'inspiration cognitivo-comportementale (patients en attente d'échanges et d'information) (accord d'experts) ; groupes de soutien et d'expression émotionnelle (patients en quête de partage de leurs préoccupations existentielles, notamment en situation métastatique) (accord d'experts)

Il existe un écart entre l'intérêt pour une participation à un groupe de malades, et une intégration effective avec participation régulière. La présentation et le soutien de la part des oncologues à l'égard de la démarche de participation à un groupe, apparaissent essentiels (accord d'experts)

L'entretien préliminaire avec un psycho-oncologue garantit la qualité de l'indication, tant pour le malade que pour la cohésion du groupe (accord d'experts)

5-3) Quelle organisation des soins ?

* **Un repérage systématique et un adressage adéquat** , le plus précoce possible …

développement actuel dans le milieu de la psycho-oncologie : « la détresse : sixième signe vital »

(Bultz 2007, Holland 2008, Carlson 2008)

* **Renforcement du suivi psychiatrique d'un patient dépressif en cas de diagnostic de cancer**

* **Une attention particulière aux interactions médicamenteuses** à risque de décompensation dépressive; parfois nécessité d'adapter le traitement psychotrope aux traitements du cancer

5-3) Quelle organisation des soins ?

* **Une implication forte des différents acteurs** dans la prise en charge globale de la dépression et du cancer :

- le patient : Education thérapeutique, révélation de ses attentes et préférences, évaluation de la motivation du patient et de ses priorités vitales; adapter le principe de décision partagé au contexte dépressif
- proches, aidants naturels
- les soignants

* **Collaboration active et dans la continuité**, au sein du service et avec les ressources extra hospitalières :

- restitution orale, restitution écrite systématique, participation aux transmissions et aux RCP
… éviter les situations de « patate chaude » et les clivages stériles : « c'est somatique/c'est psychiatrique

- lien avec le médecin traitant, le psychiatre et /ou l'équipe référente en santé mentale : travail en binôme, en coordination, avec une répartition des tâches bien établie

* **Formation des soignants ++++**

En conclusion :

Cancer : un facteur de risque de décompensation chez un patient dépressif et/mais parfois aussi un facteur déclenchant la prise (ou reprise) en charge d'un patient dépressif non suivi ou perdu de vue …

Pour le psychiatre psycho-oncologue, une question en suspens, au quotidien :

Quelle marge de manœuvre dans un système de soins très contraint par la gravité potentielle de la maladie et la nécessité des traitements ?

Trouver le moins mauvais compromis entre besoin d'aider le patient dans le processus de compliance et faire tolérer aux soignants la temporalité parfois nécessaire, l'impossibilité d'administrer « le meilleur traitement » du fait du contexte dépressif

Accepter et faire accepter parfois à l'oncologue référent de différer, de ne pas dire et faire « tout tout de suite », d'adapter ses standards de traitements (souvent très protocolisés) en fonction de la psychopathologie du patient; en risque de perdre de vue son patient et de lui faire perdre des chances …