GUSTAVE ROUSSY
CANCER CAMPUS
GRAND PARIS

Société Française de Psycho-Oncologie
Porter le soin psychique au cœur des prises en charge en cancérologie

Troubles psychiatriques en oncologie : éviter la perte de chance

Dr Sarah Dauchy, Psychiatre

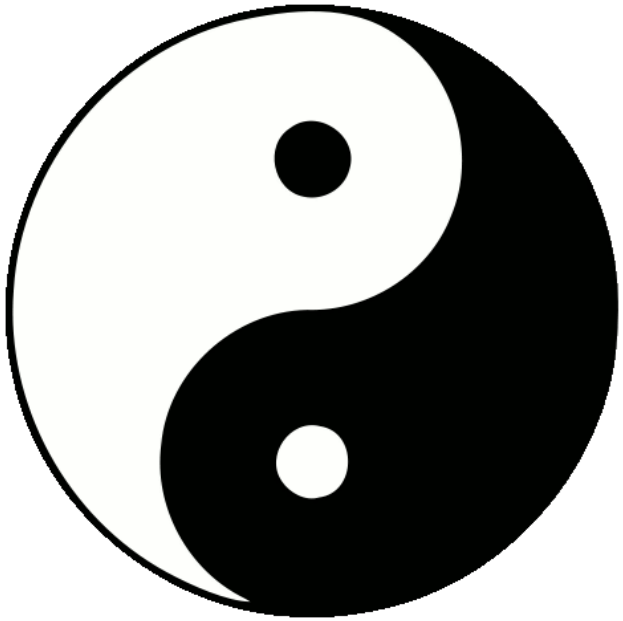
12 • 13 • 14 juin 2013 • WORLD TRADE CENTER • MARSEILLE
11e Congrès de l'Association Nationale pour la Promotion des Soins Somatiques en Santé Mentale

La rencontre de deux mondes…

- Une double pathologie
- Des équipes de compétences très distinctes
- Mais aussi des langages, des pratiques, des objectifs, des temps différents…

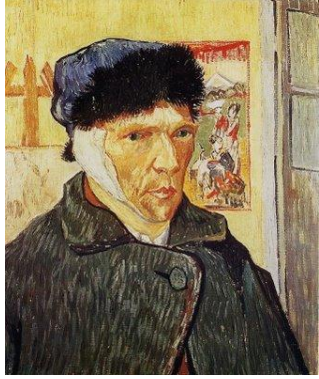
- Une stigmatisation réciproque
- Des équipes en difficulté *de chaque coté*

- Des problèmes techniques et éthiques complexes
- Un risque de perte de chance?



GUSTAVE ROUSSY
CANCER CAMPUS
GRAND PARIS

Coté patient



- Incidence et mortalité
- Accès au dépistage
- Accès aux traitements
- Risque de complications thérapeutiques
- Accès à la recherche

Coté patient : incidence, mortalité et psychose

Incidence des cancers chez les pts schizophrènes

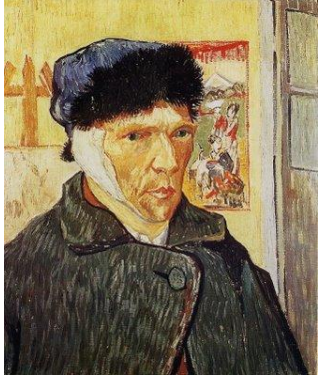
- Lichtermann (30 000 schizophrènes finnois)
  - incidence globale augmentée (SMR 1,17) notamment bronches puis pharynx
- Catts (métaanalyse)
  - incidence globale identique
  - un peu supérieure pour les cancers du poumon (SMR 1,31) , et le sein (1,12)
  - Moins de prostate, de mélanome et de cancers colorectaux

Mortalité par cancer chez les pts schizophrènes

- Tran 2009
  - Cohorte 3470 pts français
  - 11 ans de suivi (1993), 14% décès (4X > popu générale)
  - Cancer deuxième cause de mortalité, SMR 1,5
  - Plus de décès par cancers du poumon (SMR 2,2) chez l'homme et du sein chez la femme (2,8)

Lichtermann D, 2001
Catts VS, 2008
Tran E, Cancer 2009

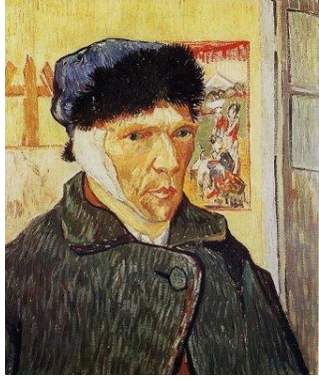
Coté patient : incidence, mortalité et psychose



- Facteurs de risque comportementaux accrus : tabac, alcool, faible parité, sédentarité…
- Une prévalence attendue plus haute mais
  - Espérance de vie plus brève (surmortalité par suicide et causes infectieuses), absence de diagnostic ou retard
  - Effet génétiques protecteurs? ??
- Une mortalité élevée
  - Absence de diagnostic ou diagnostic tardif
  - Accès aux soins, aux traitements, à la surveillance?
  - Une double pathologie

Leucht S, 2007
Lichtermann D, 2001
Catts VS, 2008
Tran E, Cancer 2009

Coté patient :
Incidence, mortalité et dépression



REVIEW

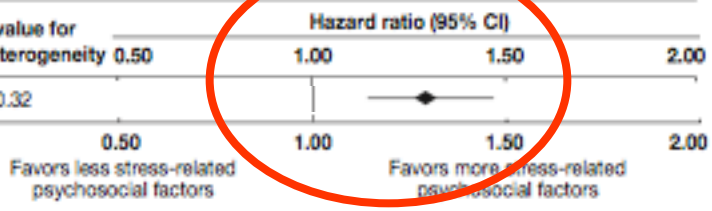
www.nature.com/clinicalpractice/onc

Do stress-related psychosocial factors contribute to cancer incidence and survival?

Yoichi Chida*, Mark Hamer, Jane Wardle and Andrew Steptoe

incidence

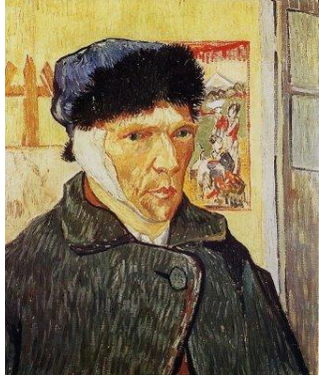
Type of analysis	No. of studies (%)	Combined effect size HR (95% CI)	Combined effect size P value	P value for heterogeneity
Depression[a]	25 (17.6)	1.29 (1.14–1.46)	< 0.001	0.32



Une incidence accrue ?

Dépendrait de la durée d'exposition à la dépression vie entière

Coté patient :
Incidence, mortalité et dépression



REVIEW

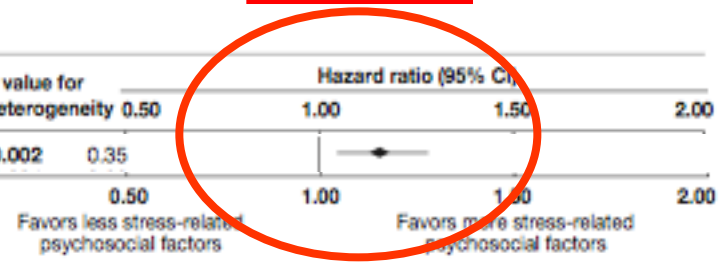
www.nature.com/clinicalpractice/onc

Do stress-related psychosocial factors contribute to cancer incidence and survival?

Yoichi Chida*, Mark Hamer, Jane Wardle and Andrew Steptoe

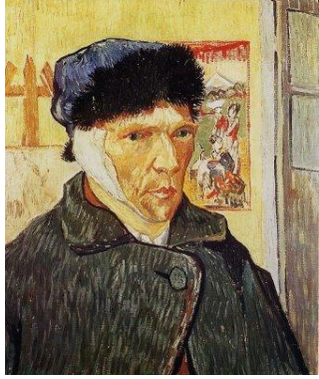
mortalité

Type of analysis	No. of studies (%)	Combined effect size HR (95% CI)	Combined effect size P value	P value for heterogeneity
Depression	8 (16)	1.34 (1.11–1.61)	0.002	0.35



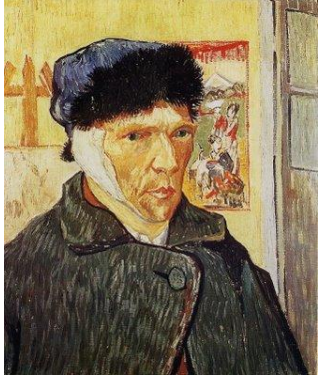
Une évolution oncologique péjorative (morbidité et mortalité)

Coté patient :
Incidence, mortalité et depression



- Pb méthodologiqus non résolus
  - critères diagnostiques
  - Evaluation psy tardive (au moment du diagnostic de cancer),
  - Evaluation unique (surinclusion de troubles de l'adaptation)
- Retard au diagnostic et à la prise en charge?
- Moins bonne adhésion aux thérapeutiques anticancéreuses et aux soins
- Moins bonne hygiène de vie : tabac, alcool, régime alimentaire, sédentarité…

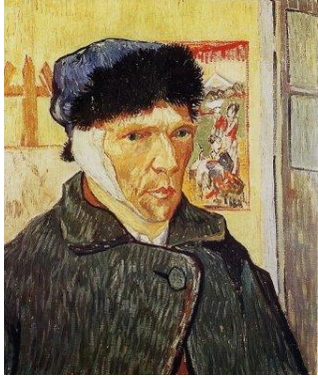
Coté patient : accès au dépistage



- L'accès au dépistage apparaît diminué par rapport à popu générale ou à un gpe sans trouble psychique
- 6 études / 12; petits échantillons, ou autodéclaration, ou sans gpe contrôle..
- Motifs non screening identiques à la population générale :
  - Recours limité : représentations +++ (banalisation, attente, peur)
  - Accès limité : bas niveau socio-économique, age avancé, manque de soutien familial, problèmes de transport, gène, oubli…
- La pathologie mentale représente un risque accru de ces facteurs de risque
- Pas (rares?) de motif spécifique de faible recours au screening chez les patients psychiatriques

Dickerson 2003
Howard LM 201
Nosarti BJC 2000

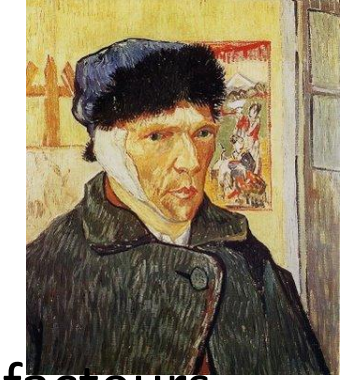
Coté patient
accès aux traitements



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

Di Matteo 2000
Grenard 2011
Iganaki 2006

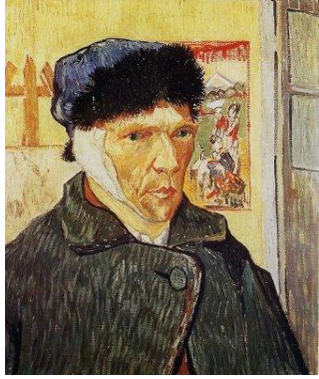
Coté patient: accès aux traitements



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

Cole M, J Canc Educ (2012

Coté patient: accès aux traitements



The Breast 19 (2010) 410–412

Contents lists available at ScienceDirect

The Breast

journal homepage: www.elsevier.com/brst

Original article

Schizophrenia does not adversely affect the treatment of women with breast cancer: A cohort study

Anand Sharma, Sarah Ngan, Ashwini Nandoskar, Charles Lowdell, Jacqueline S. Lewis, Katy Hogben, R. Charles Coombes, Justin Stebbing*

Departments of Oncology and Surgery, Imperial College Healthcare NHS Trust, Charing Cross Hospital, Fulham Palace Road, London W6 8RF, UK

Table 3
Treatment data of the 37 patients included in the analyses.

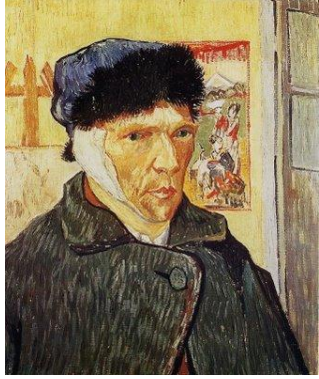
Treatment	Offered treatment/ eligible	Received treatment	Declined treatment	% Declined treatment
C	3	2	[illegible]	33%
S + C	5	5	[illegible]	0
S + R	2	2	[illegible]	0
S + C + R	3	2	[illegible]	[illegible]
S + E + R	9	7	[illegible]	[illegible]
Endocrine	2	2	[illegible]	0
S + C + R + E	13	12	[illegible]	[illegible]
Clinical trial	7	5	[illegible]	[illegible]

Abbreviations: C, Chemotherapy; E, Endocrine [illegible] apy; S, Surgery.

4 refus de chimio

37 patientes schizophrènes entre 1993 et 2009
81% cancer sein localisé
Pas de différence / gpe contrôle en ce qui concerne les traitements reçus, la compliance, les compétences
5 patientes incluses ds un essai

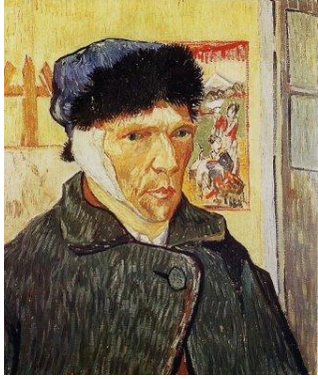
Coté patient: accès aux traitements



- Etude rétrospective sur une institution
- 29 patients schizophrènes ou schizoaffectifs avec un cancer du poumon entre 1980 et 2004
- Recherche d'un différence de traitement / traitement standard
- 23 CBNAPC, 6 ptes cellules / 17 cancers potentiellement curables
- Un traitement classique pour 12 patients / 17
  - 2 patient avec comorbidité respiratoire lourde
  - 1 refus de chimio (radiothérapie acceptée)
  - 1 renoncement à la chimio car patient trop symptomatique (reçu radiothérapie)
  - 1 patient trop désorienté
- Pour tous ces patients traçabilité dans le dossier d'une réelle reflexion éthique et collective

Mateen FJ 2012

Coté patient
Risque de complications thérapeutiques

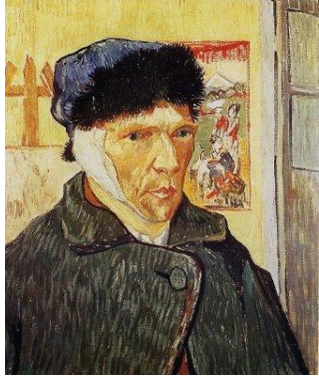


- En lien avec le traitement lui-même
  - Comorbidités plus fréquentes (syndrome métabolique, troubles cardio-vasculaires)
  - Risque de majoration d'effets secondaires médicamenteux par le traitement (ex : constipation, allongement QT)
  - Risques d'interactions médicamenteuses

    Yap Eur Journ Cancer Care 2009
  - Nécessité de ne pas interrompre les traitements psychotropes en cours, notamment en cas d'interventions chirurgicales

    Kudoh Anaest Analg 2005
- En lien avec la prise en charge oncologique globale
  - Préservation des acquis atteints (autonomie)

Coté patient
accès à la recherche



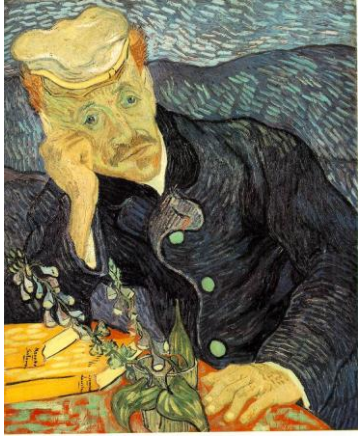
Un critère d'exclusion omniprésent :

« *Patient ne pouvant se soumettre aux contraintes de la recherche pour des raisons psychiatriques, sociales ou géographiques* »

Une vigilance accrue selon les molécules (ex : inhibiteurs de P3KI)

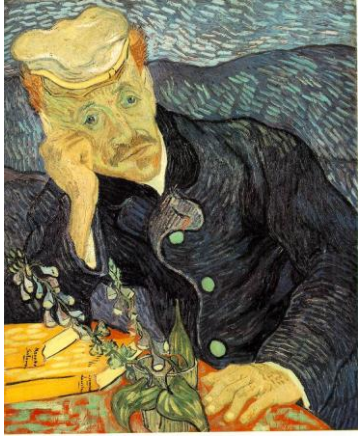
- *« Score ≥ 12 au questionnaire PHQ-9.*
- *Réponse « 1, 2, ou 3 » à la question numéro 9 (relative au potentiel de pensées suicidaires) dans le questionnaire PHQ-9 (indépendamment du score total obtenu au PHQ-9).*
- *Score ≥ 15 au questionnaire d'évaluation de l'humeur GAD-7 (évaluation des troubles d'anxiété)*
- *Antécédents médicalement documentés d'épisodes dépressifs majeurs (ou pathologie active), de troubles bipolaires (I ou II), de troubles obsessionnels compulsifs, de schizophrénie, antécédents de tentatives de suicide ou d'idées suicidaires et pensées d'homicides (risque immédiat de nuire à soi-même ou à une autre personne). »*

Coté soignants



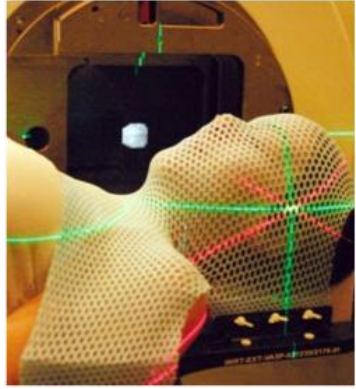
- Manque de connaissance de la pathologie mentale
- Stigmatisation et représentations erronées
- Troubles du contact et psychose : une relation de soin parfois frustrante (pas de feed-back positif…)
- Mauvaise compliance : attention au rejet et à la culpabilisation inconsciente du patient
- Des mécanismes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

Coté soignants



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

Coté traitements



- Des traitements plus longs, parfois plus invasifs ou mutilants, itératifs, avec des planifications complexes

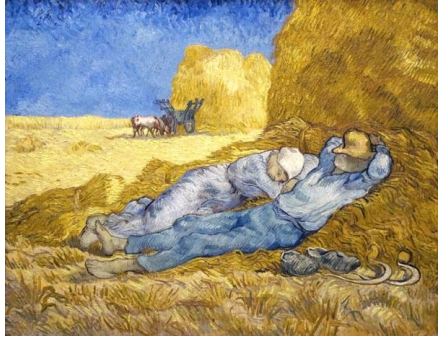
Maquette du Planning détaillé :

Traitement théorique / Lieu théorique — Hôpital / Hôpital de jour / SAD / Maison — Effets secondaires peu probable / Possibilité d'effets secondaires / Effets secondaires très probable — RDV réel / RDV prescrit — RDV Interne / RDV Externe — RDV validé

Traitement ME	Traitement RT	Traitement CH	Lieu et état	Date		Consultations Théo	Consultations Réel	Examen Théorique	Examen Réel	Biologie	Evaluation	Actes Médicaux	Remarques
→	Cure 1		😐	Ve 30/05/03	J 1			RADIO	RADIO ✔	●	MDC QDV	Prise des signes vitaux Examens cliniques	
			😐	Sa 31/05/03	J 2							Ponction lombaire	
			😐	Di 01/06/03 Au Je 05/06/03	J 3 A J 7								
			😐	Ve 06/06/03	J 8	enCh	enCh ✔	RADIO ECHO_A ECHO_C	RADIO ECHO_A ECHO_C	●		Prise des signes vitaux	
			😐	Sa 07/06/03	J 9			Scanner				Ponction lombaire	Veiller à bien boire Vérifier la bonne vidange de la vessie A jeun
			😐	Di 08/06/03	J 10								
				Lu 09/06/03 Au Me 11/06/03	Pr 11 A Pr 13	Report de Cure						Dr Bachelot	Septicémie
			😐	Je 12/06/03	J 11				Scanner			Pose voie centrale	
→	Cure 2		😐	Ve 13/06/03	J 1							Examens cliniques	
			😐	Sa 14/06/03	J 2								
			😐	Di 15/06/03	J 3							Pose voie centrale	A jeun
			😐	Lu 16/06/03	J 4							Ponction Lombaire Prise des signes vitaux	
			😐	Ma 17/06/03	J 5	enCh	enCh			●			
			😐	Me 18/06/03	J 6								
			😐	Ve 04/07/03	J 7	Autre							

PPI – Présentation générale 9

Coté proches



- 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
- Intégrer les proches des le début de la prise en charge
- Personne de confiance +++

Pistes de prise en charge

- Risque de rupture de soins psychiatriques

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

Pistes de prise en charge

- Troubles cognitifs
- Compréhension du projet thérapeutique
- Difficulté d'adhésion aux soins oncologiques et à la surveillance

- Fournir une information adaptée, compréhensible et claire (attention aux difficultés de tri contextuel, aux situations de choix)
- Accroitre le temps dédié au patient : prendre le temps d'évaluer la compréhension, et renouveler l'information si besoin
- Aides visuelles et pédagogiques
- Assurer des contacts stables
- Impliquer dans les visites la famille / les soignants de psychiatrie référents

Quelles pistes de prise en charge?

- Prise de décision et prise en compte de l'avis du patient

- Evaluer les troubles cognitifs du patient et sa capacité à décider, dés le début de la prise en charge
- En général pas d'incapacité à consentir mais consentement parfois complexe à obtenir.

- Le consentement comme le refus ne sont éclairés que si le patient a compris et intégré l'information donnée
- Intérêt du consentement des proches non malades, des décisions médicales collégiales
- Mesures légales non adaptées (HDT, tutelle)

Hanson Am Journ Med 1994
Owen OPsychol Med 2009

Quelles pistes de prise en charge?

- Difficultés de prise en charge pour l'équipe soignante

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

Howard 2010

Quelles pistes de prise en charge?

- Complications somatiques ou iatrogénie

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

Conclusion

- Patient suivi en psychiatrie avant le cancer
- Liens, renforcement support éducatif et social, aide à l'accès aux soins…
- Une double maladie

- Trouble psychiatrique diagnostiqué durant la prise en charge du cancer (ex : bipolaires bien adaptés)
- Former les équipes oncologiques au repérage des troubles psychiques
- Proposer un traitement adapté et précoce
- Ex :
  - troubles anxieux et NVA
  - troubles phobiques et radios
  - troubles dépressifs et perte d'espoir

Conclusion

- Pas de trouble connu…
- Mais situation notamment décisionnelle où entre en jeu la capacité à consentir

- Les troubles cognitifs, les troubles émotionnels sévères, les représentations, les ruptures du lien à l'autre… peuvent influencer la capacité à consentir et la prise de décision.
- Les rechercher systématiquement et de façon proactive.

30ème Congrès de la Société Française de Psycho-Oncologie

11-12-13 Décembre 2013
Maison Internationale / Cité Internationale Universitaire de Paris

« De la formation aux pratiques professionnelles : évolution en cancérologie et nouveaux défis pour les soins psychiques »

[ÉDITION 2013 SPÉCIAL ANNIVERSAIRE]

ORGANISATION GÉNÉRALE
COMM SANTÉ : 05 57 97 19 19
www.sfpo.fr

SFPO Société Française de Psycho-oncologie