

Slide 1

ELEMENTS DE PSYCHO  
ONCOLOGIE

Asist. Univ. Dr. Madalina NEAMTU

---

---

---

---

---

---

---

---

Slide 2

**Adaptation**

C. Lhote définit l'adaptation comme étant un « Ensemble de processus psychiques inconstants visant à maintenir ou à restaurer l'équilibre psychique en face de dangers internes ou externes, réels ou imaginaires et dont les manifestations – comportements, idées ou affects – peuvent être conscients ou inconscients. »

Il s'agit d'un mécanisme cherchant à rétablir un certain équilibre psychologique dans le but d'intégrer le chaos de l'annonce et la représentation bouleversante de la maladie.

Lhote C. Les mécanismes de défenses au cours des maladies graves. Leenhequin 1999 : 1014

---

---

---

---

---

---

---

---

Slide 3

**Le concept de la maladie cancéreuse:**

- la signification : celle de la maladie, ce qu'elle représente.  
« C'est toute la tristesse que j'ai accumulée l'an passé. »
- la causalité : l'élément, extérieur ou non, qui a engendré la maladie. « Qu'est-ce qui m'a rendu malade ? »
- le cheminement et l'habitation du présent, le « vivre avec ». « Comment vais-je arriver à vivre ce qu'il reste à vivre ? »

---

---

---

---

---

---

---

---

Slide 4

### 1. L'étape des symptômes

Il y a un délai de plusieurs mois (3-10 mois) avant de consulter un médecin en fonction de:

- causes psycho-sociales( manque d'information, d'éducation sanitaire, ignorance des symptômes, niveau socio-économique primitif)
- causes psychologiques: évitement, la peur, d'autres médecins
- expériences négatives avec les médecins
- mauvaise relation thérapeutique
- le type de personnalité
- la présence ou non des symptômes
- raisons professionnelles, familiales

---

---

---

---

---

---

---

---

Slide 5

- Car ce choc provoqué par la maladie est psychologiquement bouleversant : stupeur, angoisse, voire colère et révolte, sentiments normaux décrits par les patients qui ont dû faire face à cette épreuve.
- De plus le stress et l'angoisse peuvent modifier l'état psychologique, créer un sentiment de culpabilité – "qu'ai je fait?"; de vulnérabilité (peur de mourir), d'irréalité (ce n'est pas possible, ce diagnostic n'est pas moi, je n'ai pas de douleur, je suis bien.)

---

---

---

---

---

---

---

---

Slide 6

### 2. L'étape de diagnostique

- alternance phase négation adaptation, si dure longtemps=fragilité personnelle qui peut amener à une perte importante du temps
- différents interprétations de la maladie
- importance des réactions familiales vis-à-vis de la maladie, en fonction de l'expérience passée avec le cancer
- la peur de la mort, de la séparation des proches, de souffrance
- utilisation des traitements palliatifs, inadéquats

---

---

---

---

---

---

---

---

Slide 7

3. L'étape du traitement

- le coût financier
- le coût psychologique et somatique
- modification de l'image de soi
- des problèmes professionnels
- parfois le recours aux traitements alternatifs

---

---

---

---

---

---

---

---

Slide 8

4. L'étape de remissions et du gérison

- préoccupation somatiques permanents
- le sentiment de manque de control persiste
- persistance des modifications de l'image de soi, des rôles, des perspectives temporales, avec le passage du statut de malade à celui de survivant
- anxiété au niveau professionnel
- le comportement de l'entourage: ambivalence, peur, agresivité, admiration, surprotection

---

---

---

---

---

---

---

---

Slide 9

5. L'étape de la rechute

- la nouvelle phase de crise, avec la réactivation de l'angoisse, de la dépression et la reprise du traitement

---

---

---

---

---

---

---

---

Slide 10

**6. L'étape terminale**

- obtenir des proches l'accepte de mourir
- le bilan positif ou négatif de la vie
- la solitude, la dépendance

---

---

---

---

---

---

---

---

Slide 11

**Kubler-Ross décrit 6 phases**

- la négation du diagnostique
- la colère contre soi-même et contre tous les autres
- la négociation avec la Divinité pour le pardon et la guérison
- la dépression
- l'accepte de la fin

---

---

---

---

---

---

---

---

Slide 12

■ A l'annonce de ce diagnostic médical et du traitement thérapeutique qui s'impose, un bouleversement émotionnel s'opère dans l'individu, un mélange de basculement vers le méconnu, d'incrédulité, de fatalité, d'injustice, d'impuissance, un sentiment que "tout n'est pas dit".

■ Donne l'angoisse le mot "cancer".

---

---

---

---

---

---

---

---

Slide 13

- Les enquêtes faites auprès des malades prouvent qu'une information claire, des explications sur le traitement et ses conséquences et, un dialogue permanent à tous les stades de la maladie représente pour le patient angoissé une aide essentielle de la part du médecin à cet égard.
- Les traitements curatifs ont beaucoup avancé (la radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie).

---

---

---

---

---

---

---

---

Slide 14

- La personne atteinte du cancer doit affronter aussi certains changements de vie parfois inévitables : arrêt complet ou partiel de l'activité professionnelle, modification des investissements par rapport à la famille, modifications des activités sociales ; c'est une rupture significative pour le patient avec sa qualité de vie.

---

---

---

---

---

---

---

---

Slide 15

**Le rôle du médecin :**

- Il s'agit de soulager la charge émotionnelle de ce moment, d'évoluer dans les étapes au rythme du patient afin de lui permettre d'adhérer psychologiquement au traitement, de renforcer ses atouts et d'éveiller ou de renforcer son esprit de combativité et les effets du traitement.

---

---

---

---

---

---

---

---

## Slide 16

### Methodes pour diminuer l'angoisse.

- prise en charge psychologique et gestion du poids émotionnel.
- restructurer et susciter l'esprit de combativité si utile à l'efficacité maximale des médicaments eux-mêmes.
- évaluation et prise en compte de l'impact psychologique des traitements : « L'Echelle d'Ajustement mental au Cancer »  
Version française "L'Echelle d'Ajustement Mental au Cancer" : les auteurs de la validation du matériel (S. Cayrou et P. Dickes respectivement). La version originale étant (Mac Scale – Watson et al., 1989/ 1994) la version anglaise.
- apprentissage des techniques de gestion des émotions.
- revalorisation
- amélioration de la qualité de vie.

---

---

---

---

---

---

---

---

## Slide 17

Si le suicide est relativement rare en oncologie bien que chiffre à 2 fois plus de risque qu'au sein de la population générale <sup>1,2</sup> avec certaines spécificités de localisation tumorale (poumon, pancréas, ORL, SNC) <sup>3,4</sup> et de sexe (plus les hommes que les femmes) <sup>5,6</sup>, l'expression d'idées suicidaires est plus fréquente et survient souvent dans un contexte de souffrances physiques, de détresse psychologique et de maladie avancée <sup>7,8</sup>.

---

---

---

---

---

---

---

---

## Slide 18

### L'analyse des facteurs qui sous-tendent les idées de suicide:

- une altération de l'état général sur le plan somatique,
- des symptômes physiques invalidants, peu ou non contrôlés aboutissant à un état d'épuisement physique tels que des douleurs physiques, des nausées-vomissements, une diarrhée, une dyspnée, une fatigue extrême
- un épuisement psychique avec un sentiment de découragement, de désespoir, d'impuissance, de forte culpabilité ou d'auto-accusation, un sentiment d'être une charge pour l'entourage
- un sentiment de maîtrise sur la maladie, surtout lorsque celle-ci évolue ou s'aggrave avec la volonté par le patient de contrôler sa fin de vie.

N°34 - Tome 6 - novembre2009 - Réflexions Médecine Oncologique p.276

---

---

---

---

---

---

---

---

## Slide 19

**L'analyse des circonstances qui ont précédé l'émergence de ces idées suicidaires**

- contexte d'annonce diagnostique : annonce de la maladie, récurrence, passage en soins palliatifs, annonce d'un pronostic péjoratif à court terme
- épisode dépressif majeur évolutif ou tout autre pathologie, psychiatrique évolutive (psychose, toxicomanie et addiction à l'alcool),
- prise de substance dépressogène : corticoïdes, interféron,
- autres éléments déclenchants indépendants de la maladie :

N°34 - Tome 6 - novembre 2009 - Réflexions en Médecine Oncologique

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Slide 20

**Conduite à tenir face à des idées suicidaires**

- établir une relation de confiance
- analyser le contenu des idées suicidaires
- rechercher des facteurs de risque
- évaluation du degré de dangerosité et de risque de passage à l'acte
- contrôler toute symptomatologie physique (douleur, dyspnée, nausée) et psychique (dépression)
- hospitalisation si risque de passage à l'acte imminent ou programmé
- prise en charge pharmacologique et/ou psychothérapeutique

N°34 - Tome 6 - novembre 2009 - Réflexions en Médecine Oncologique

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Slide 21

**Références bibliographiques**

1. Misson S, Weiss NS, Fann JR, et coll. Incidence of suicide in persons with cancer. *J Clin Oncol* 2006; 26(29):4731-8.
2. Breitbart W. Suicide in cancer patient. *Oncology* 1987; 1(2) :49-55
3. Kendra WS. Suicide and cancer: a gender-comparative study. *Ann Oncol* 2007; 18(2):381-7.
4. Robinson D, Renshaw C, Okello C, et coll. Suicide in cancer patients in South East England from 1996 to 2005: a population-based study. *Br J Cancer* 2009; in press
5. Lin HC, Wu CH, Lee HC. Risk factors for suicide following hospital discharge among cancer patients. *Psychooncology* 2009; in press
6. Filiberti A, Rigamonti C. Suicide and suicidal thoughts in cancer patients. *Tumori* 2002; 88(3) :193-9
7. Razavi D, Delvaux N. *Psycho-oncologie : le cancer, le malade et sa famille*. Paris : Ed. Masson, 2002.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---