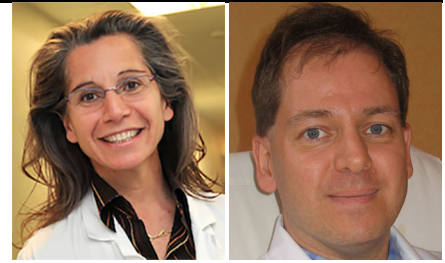


## Maladie mentale et cancer

### Mental Illness and Cancer

S. Dolbeault · M. Reich

© Lavoisier SAS 2018



En mars 2010, un précédent numéro de notre revue *Psycho-Oncologie* (Psycho-Oncologie, Vol. 4, n° 1, mars 2010 : 1–66) avait déjà exploré le champ de la maladie psychiatrique en oncologie, questionnant la notion de perte de chance chez les patients souffrant d'un trouble mental (schizophrénie, dépression et bipolarité, trouble de la personnalité) et atteints de cancer. Huit ans après, il nous a semblé opportun de poursuivre la réflexion sur les spécificités de la maladie mentale et de sa prise en compte dans les parcours de soins des patients atteints de cancer.

Si officiellement la discrimination des malades dits « psychiatriques » tend à s'estomper, elle n'en reste pas moins larvée dans les hôpitaux spécialisés dans le soin somatique. Souvent, le patient atteint d'un trouble mental reste énigmatique pour le corps médical et soignant, sujet de multiples a priori :

- considéré comme dangereux et imprévisible pour certains, avec le risque associé de passage à l'acte auto- ou hétéroagressif et la crainte d'émergence d'un climat de violence qui serait difficile à contrôler ; les troubles du comportement du malade psychiatrique venant ainsi perturber « l'ordre institutionnel » ou le « bien-être » du service d'accueil ;

---

S. Dolbeault (✉)  
Service psycho-oncologie et social,  
département de soins de support,  
institut Curie, 26, rue d'Ulm,  
F-75005 Paris, France  
e-mail : sylvie.dolbeault@curie.fr

PSL université, 60, rue Mazarine,  
F-75006 Paris, France

CESP, UVSQ, Inserm, université Paris-Sud,  
université Paris-Saclay,  
F-91000 Villejuif, France

M. Reich (✉)  
Équipe de psycho-oncologie, centre Oscar-Lambret,  
3, rue Frédéric-Combemale,  
F-59020 Lille cedex BP 307, France  
e-mail : m-reich@o-lambret.fr

- en difficulté ou incapacité à se montrer observant aux soins préconisés, avec l'idée reçue qu'en aucun cas il ne pourra être traité comme un patient « ordinaire » ; entraînant par là même, dans un certain nombre de cas, une tendance à négliger la situation particulière de ce patient et à baisser les bras avant d'avoir cherché à mieux appréhender sa réalité physique et psychique particulière.

Au fil de ce numéro spécial, nos contributeurs ont chacun apporté leur pierre à une meilleure compréhension de la double problématique rencontrée par les patients porteurs d'un trouble organique venant perturber un état psychique souvent vulnérable.

Luigi Grassi et John de Figueiredo nous font l'honneur d'un article de revue sur le syndrome de démoralisation dont ils sont des spécialistes internationalement reconnus, permettant de mieux appréhender la place de cette entité clinique et les subtilités cliniques qui permettent de la différencier notamment d'un état dépressif ou d'un deuil pathologique. C'est aussi l'occasion pour eux de redire les limites qu'ils perçoivent de l'entité « troubles de l'adaptation », d'ailleurs remise en cause par la dernière version des classifications nosographiques des troubles psychopathologiques.

De fait, la nouvelle nosographie du DSM-5 fusionne les notions de *troubles de l'adaptation* et de *syndrome de stress post-traumatique*, sous la rubrique désormais unique des *troubles liés aux traumatismes et au stress*. Dans son article, l'équipe belge d'Alain Ronson questionne la pertinence de ces deux entités diagnostiques en oncologie, avec toutes leurs implications en pratique clinique et en termes de thérapeutique. Ils émettent l'hypothèse selon laquelle le concept de trouble de l'adaptation chez nos patients atteints de cancer serait en réalité la traduction soit d'un épisode dépressif subsyndromal, soit d'un syndrome du spectre post-traumatique ; et suggèrent d'introduire une nouvelle catégorie, « *syndrome de stress spécifique au cancer* », qui serait plus adéquate dans le champ de la psychopathologie du traumatisme en oncologie.

Isabelle Piollet questionne la faisabilité des soins dans le cadre de l'articulation d'une pathologie somatique et psychiatrique avec son impact en termes d'égalité d'accès et

de délivrance des soins chez des patients confrontés à cette double stigmatisation. Elle précise les particularités de mise en place des soins oncologiques chez les patients hospitalisés sous contrainte et se penche sur le regard porté par les professionnels de la cancérologie sur la maladie psychiatrique en général.

Les études épidémiologiques confirment la nette surmortalité par cancer des patients présentant une maladie mentale par comparaison à ceux de la population générale, phénomène aux raisons diverses et bien identifiées aujourd'hui, en particulier :

- la présence d'affections somatiques associées insuffisamment traitées, car de découverte trop tardive, amenant à un processus de prise en charge souvent retardé et incomplet ;
- l'association à des facteurs de risque cumulés tels que surpoids, tabaco- et/ou alcoolodépendance, consommation d'autres drogues, sédentarité et absence d'activité physique adaptée, etc. ;
- l'accessibilité insuffisante aux soins somatiques, et ce malgré la plus grande attention portée ces dernières années aux troubles somatiques des patients atteints d'un trouble mental et malgré le développement de réseaux de médecins généralistes intégrés aux structures de soins psychiatriques.

La question de la qualité de la délivrance des soins oncologiques aux patients souffrant de maladies mentales reste donc de mise. Comment optimiser cette prise en charge lorsqu'on sait que le trouble psychiatrique peut générer un retard au diagnostic de cancer et de facto une prise en charge retardée et donc forcément moins efficace ? Cédric Lemogne tente d'apporter des réponses à cette interrogation.

Michel Reich et Xavier Bondenet réalisent une synthèse exhaustive de la littérature sur la question du recours aux psychotropes en oncologie et analysent les modalités d'utilisation des différentes classes de psychotropes. Leur prescription est en effet amenée à s'étendre au-delà des indications psychiatriques classiques (dépression, troubles anxieux, psychose, syndrome confusionnel), en réponse à des problèmes symptomatiques liés au cancer, tels que la douleur, les nausées et vomissements chimio-induits, les bouffées vasomotrices ou le syndrome de fatigue chronique.

Etienne Seigneur complète ce panorama en proposant une réflexion quant aux spécificités et modalités de prescription des psychotropes en oncopédiatrie. Soulignant leur caractère encore très empirique du fait du manque d'études scientifiques disponibles, il évoque l'impérative nécessité d'une collaboration entre pédiatres, oncopédiatres et pédopsychiatres, permettant d'optimiser la prescription de psychotropes chez ces jeunes patients.

Pascal Rouby et al. rapportent une situation clinique oncopédiatrique particulière où s'est posée la question du

diagnostic différentiel entre syndrome confusionnel et état catatonique. Par cet abord clinique, ils abordent eux aussi l'importance de la psychiatrie de liaison en pédiatrie en vue de limiter les risques de retard et d'errance diagnostique impactant la prise en charge thérapeutique.

Diane Boinon et al. réalisent un état des lieux des études menées en oncologie pour la prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie en s'appuyant sur les modèles théoriques cognitivo-comportementaux du trouble du sommeil. Ceux-ci incluent les approches à médiation corporelle si prisées aujourd'hui en oncologie, telle la méditation de pleine conscience.

Dans le registre des addictions, Diane Conflant rappelle l'influence directe de certains facteurs de risque sur différents cancers dits « évitables », la très forte prévalence des comorbidités alcool-tabac et souligne le retard considérable existant encore en France dans la prise en compte des problèmes d'addiction chez nos patients atteints de cancer, proposant dans les grandes lignes les spécificités de la prise en charge du patient dépendant atteint de cancer.

Pour lutter contre les mécanismes d'ostracisation trop souvent observés en milieu somatique, plus souvent comme une conséquence première de l'ignorance de nombreux professionnels de soins à l'égard des troubles mentaux, il appartient aux professionnels du soin psychique exerçant dans le champ de la cancérologie, qu'ils soient psychiatres ou psychologues, d'assurer le rôle d'interface indispensable auprès de leurs collègues somaticiens. Ceux-ci doivent pouvoir assurer les ponts entre les équipes de secteurs hospitaliers (centre hospitalier spécialisé, hôpital psychiatrique) ou ambulatoires (centre médico-psychologique) et les lieux de soins oncologiques.

Pour tout patient présentant une pathologie psychiatrique « lourde » telle qu'une psychose chronique, un trouble bipolaire, un trouble dépressif sévère, un trouble anxieux handicapant, une évaluation psychiatrique est souhaitable en amont de l'instauration du traitement oncologique, y compris en l'absence de décompensation psychiatrique, afin d'en prévenir les complications éventuelles. Le professionnel du soin psychique peut largement contribuer à l'établissement d'une alliance thérapeutique de qualité avec le patient, facilitant les relations avec les oncologues en clarifiant le diagnostic psychiatrique et le projet thérapeutique personnalisé, qu'il soit d'ordre pharmacologique et/ou psychothérapeutique.

La recherche de la meilleure compréhension possible du trouble somatique par le patient lui-même ainsi que le travail à établir et à réévaluer sans cesse pour s'assurer de la nature éclairée et consentante du patient aux décisions prises avec lui doivent lui permettre de bénéficier des soins oncologiques optimaux.

La participation des experts du soin psychique aux réunions pluridisciplinaires (RCP) incluant les différents intervenants de l'oncologie est souvent nécessaire pour s'assurer que le trouble mental présenté par tel ou tel patient ne

constitue pas une contre-indication à certaines thérapeutiques contraignantes et a fortiori aux innovations thérapeutiques qui restent un domaine d'inégalité majeur.

Parfois, il conviendra d'associer dès la phase diagnostique les soignants habituels de l'équipe psychiatrique référente, puis le curateur, le tuteur, le mandataire ou la personne de confiance et, si c'est opportun, l'entourage en accord avec le patient.

Enfin, dans certains cas qui relèvent d'une réflexion éthique, le rôle de l'expert en santé mentale consistera à faire accepter à l'équipe médicale et soignante le fait que le

patient ne bénéficiera pas des traitements « optimaux » pour le type de cancer dont il est atteint, mais peut-être seulement d'un traitement sous-optimal sur le plan oncologique, mais qui constitue le compromis indispensable à l'élaboration d'une alliance thérapeutique dans laquelle le patient perçoit que ses attentes et ses préférences sont respectées.

Dans tous les cas, nos patients atteints de troubles mentaux doivent pouvoir percevoir l'engagement de toute une équipe à leurs côtés, capable de sortir de ses habitudes normées et de s'adapter à leurs besoins, en proposant un accompagnement sur mesure, « quoi qu'il arrive ».