

ASPECTS PSYCHO-SOCIAUX DU CANCER DU SEIN

S. TASSIN (1), I. BRAGARD (2), M. THOMMESSEN (3), W. PITCHOT (4)

RESUME : Le cancer du sein constitue dans les pays occidentaux le cancer féminin le plus fréquent. Au vu des avancées thérapeutiques, la durée de vie et de survie des patientes s'est considérablement allongée depuis trente ans. Ce réel espoir de guérison n'empêche cependant pas les patientes d'être confrontées à l'angoisse de mort et de vulnérabilité. De plus, les traitements s'accompagnent, à chaque stade de la maladie, d'une série de réactions cognitives, émotionnelles et comportementales touchant la patiente et ses proches. Les traitements engendrent ainsi une série de difficultés physiques et de dysfonctionnements psychosociaux ayant un impact direct sur la qualité de vie.

MOTS-CLÉS : *Cancer - Sein - Dysfonctionnement psychologique - Qualité de vie*

INTRODUCTION

Le cancer du sein constitue dans les pays occidentaux le cancer féminin le plus fréquent. Au vu des avancées thérapeutiques, la durée de vie et de survie des patientes s'est considérablement allongée depuis trente ans. Ce réel espoir de guérison n'empêche cependant pas les patientes d'être confrontées à l'angoisse de mort et de vulnérabilité. L'augmentation de l'espérance de vie est souvent synonyme de lignes successives de traitements, mais mobilise aussi les capacités d'adaptation de la patiente ainsi que ses ressources psychologiques, physiques, familiales et socioprofessionnelles. De plus, les traitements s'accompagnent à chaque stade de la maladie d'une série de réactions cognitives (déli de la maladie, conviction de l'échec des traitements), émotionnelles (désinvestissement, absence de réactions émotionnelles) et comportementales (défaut d'observance, agitation, agressivité) touchant la patiente et ses proches. Les traitements engendrent ainsi une série de difficultés physiques (fatigue, troubles gastro-intestinaux, douleurs, manque d'énergie, etc.) et de dysfonctionnements psychosociaux ayant un

PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF BREAST CANCER

SUMMARY : In occidental countries, breast cancer is the most frequent cancer in women. In the last 30 years, the therapeutic progresses have improved the prognosis and the survival rate. However, despite this hope of recovering, women continue to face the fear of death and vulnerability. Moreover, treatments can induce cognitive, emotional and behavioral reactions in patients but also in their relatives. Therefore, the treatments are associated with physical and psychosocial dysfunctioning influencing quality of life.

KEYWORDS : *Cancer - Breast - Psychosocial dysfunctioning - Quality of life*

impact direct sur la qualité de vie. Les études de Ganz et al. et de Libert et al. ont montré que 10 à 50% des patients cancéreux présentaient un haut niveau de détresse émotionnelle et que celle-ci influait notamment sur l'adhésion aux traitements, sur les chances de survie et sur la qualité de vie (1, 2). La détresse émotionnelle mérite d'être prise en charge le plus tôt possible afin de minimiser ces différents impacts.

ADAPTATION PSYCHOLOGIQUE LORS D'UNE AFFECTION CANCÉREUSE

L'adaptation psychologique vise à maintenir ou à restaurer l'intégrité physique et psychique modifiée par la maladie et ses conséquences multiples. A chaque stade de la maladie, les réactions psychologiques vont opérer une intégration complexe entre la mémoire du passé, la perception de la menace future et les diverses ressources disponibles, menant l'individu vers une adaptation psychologique ou vers un échec. Une détresse émotionnelle peut succéder à cette adaptation ou non-adaptation se traduisant par de l'anxiété et/ou une dépression (3).

L'expression d'adaptation psychologique fait référence aux niveaux de fonctionnements psychologiques, ceux-ci pouvant être excellents, bons ou mauvais. Cette notion considère aussi la variabilité temporelle et situationnelle du fonctionnement psychologique. On dira que l'adaptation psychologique est bonne lorsqu'elle renvoie à un fonctionnement émotionnel, cognitif et comportemental adapté à l'âge du sujet et à la situation vécue. Ainsi la «bonne adaptation» pourra s'évaluer par l'intermédiaire de symptô-

(1) Equipe mobile, Service des soins infirmiers CHU de Liège.

(2) Service de Radiothérapie, Université de Liège, Service de Psychologie de la Santé.

(3) Service d'Oncologie, Clinique du Sein, CHU de Liège.

(4) Service de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, CHU de Liège.

mes émotionnels, mais également dans d'autres domaines comme la qualité de la communication avec les médecins ou la famille, l'absence de troubles psychiatriques ou la perception de certains symptômes à caractère fonctionnel comme la douleur, la fatigue, les difficultés sexuelles (3, 4).

RESSOURCES FAVORISANT L'ADAPTATION PSYCHOLOGIQUE

L'adaptation psychologique dépend d'un équilibre entre les ressources internes, externes et les facteurs de stress rencontrés. Ceux-ci sont situés dans trois registres : somatique, psychologique et psychosocial. Ils sont importants pour comprendre l'apparition de la souffrance psychologique ainsi que son soulagement. A la lumière de ceux-ci, il est évident que la prise en charge psychologique doit être systématiquement intégrée à la prise en charge globale. Le tableau ci-dessous donne des exemples de ces trois registres (Tableau I).

Selon Razavi et Delvaux, d'autres aspects de la maladie cancéreuse, comme sa gravité ou le caractère chronique de celle-ci, ont également une influence sur l'adaptation psychologique (3). La gravité n'est pas systématiquement associée à une mauvaise adaptation psychologique tandis qu'un dysfonctionnement physique constitue un

véritable facteur de risque de problèmes d'adaptation. En effet, la patiente présentant une difficulté physique sera confrontée à la dépendance vis-à-vis de son entourage et éprouvera des difficultés à se projeter dans le futur.

Parmi les ressources, la patiente dispose de différentes stratégies d'adaptation ou «coping». Cela correspond à toutes les réponses psychologiques secondaires lorsqu'un individu est exposé à un ou plusieurs facteurs de stress. Ici, la maladie cancéreuse représente un facteur de stress important. Le terme d'adaptation est souvent utilisé pour traduire le «coping» et donc toute l'activité qui sous-tend les processus psychologiques mis en place pour faire face à une affection cancéreuse. Ces réponses psychologiques sont, le plus souvent, inconscientes et automatiques, mais peuvent parfois être conscientes et deviennent alors des stratégies d'adaptation (3).

Le «coping» est généralement catégorisé en trois catégories. La première catégorie est le «coping» centré sur les émotions qui sous-tend des processus cognitifs dirigés vers une diminution de la détresse (éviter, attention sélective, comparaisons). La seconde catégorie est le «coping» centré sur les problèmes qui, lui, sous-tend des processus cognitifs destinés à rechercher des solutions ou à résoudre des problèmes (3). La troisième catégorie est le «coping» soutien qui est une forme de «coping» orienté vers la recherche de soutien social, impliquant le fait de solliciter les autres pour obtenir leur aide (5).

De nombreuses études ont été réalisées sur l'impact des stratégies de «coping» dans le cadre de la maladie cancéreuse. Il en ressort, selon Dunkel-Schetter, que le «coping» centré sur les problèmes est pertinent dans le cas de situations médicales contrôlables, mais que face à l'ambiguïté du pronostic, la régulation de l'émotion est préférable (6).

IMPACT DU CANCER DU SEIN SUR LA QUALITÉ DE VIE DES PATIENTES

En oncologie, le concept de qualité de vie a été défini en réponse à la question suivante : «le bénéfice lié à l'augmentation des chances de survie, bien que celles-ci restent toujours incertaines, surpasse-t-il les inconvénients liés aux effets secondaires ?» (3). En effet, les traitements proposés, quoiqu'ils prolongent la durée de vie, sont pour la plupart agressifs et ont un impact profond sur la vie physique, psychique et sociale des patientes. Face à ces difficultés ressenties par rapport aux traitements, les professionnels de la santé ont désormais pris en compte la durée

TABLEAU I. FACTEURS CONDITIONNANT L'ADAPTATION PSYCHOLOGIQUE (4).

	Stress	Ressources
Registre somatique	Symptômes de la maladie (ex : douleurs, fatigue.) Effets secondaires des traitements (ex : alopecie, nausées, asthénie.) Attente d'efficacité des traitements et alternative thérapeutique curative, palliative	Traitements efficaces des symptômes associés
Registre psychologique	Perception de sa vulnérabilité, angoisse de mort, perte de contrôle, incertitude sur l'avenir, symbolique de l'organe atteint, peur de récurrence.	Capacité d'adaptation psychologique antérieure Prise en charge psychologique adaptée
Registre psychosocial	Isolement Responsabilités familiales et professionnelles importantes Baisse de revenu Rupture de l'équilibre quotidien	Soutien social et familial adapté Adaptations des ressources financières.

de survie parallèlement à la préservation/amélioration de la qualité de vie.

Un consensus s'est établi autour de l'idée selon laquelle l'évaluation de la qualité de vie est une quantification subjective, multidimensionnelle des perceptions du patient, de l'impact de la maladie et de ses traitements sur son bien-être. Sa mesure est possible grâce à des questionnaires auto-administrés, pluridimensionnels et abordant le fonctionnement physique, psychologique, socio-économique et occupationnel de même que les symptômes et difficultés en lien avec l'état de santé.

Les conséquences liées à l'annonce d'un cancer du sein sont nombreuses et ont un impact démontré sur la qualité de vie. La figure ci-dessous reprend les différentes dimensions de la qualité de vie qui peuvent être perturbées (Fig. 1).

Tout d'abord, au niveau psychologique, l'impact du cancer du sein a une double symbolique: d'une part, il est lié au mot «cancer» synonyme de souffrance, de mort et, d'autre part, à la symbolique de l'organe touché, le sein (féminité, sexualité, maternité). Nous pouvons citer l'anxiété, l'angoisse de mort, la peur de la mutilation, la tristesse ainsi que la dépression comme conséquences psychologiques. Ces conséquences psychologiques peuvent être reprises sous le terme de détresse psychologique. Au niveau social, le système familial est perturbé lorsqu'un membre de la famille est atteint d'un cancer. En effet, la maladie va désorganiser cette structure bien établie. La femme atteinte d'un cancer du sein n'assumera plus ses rôles socioprofessionnels et son mari, éventuellement les enfants devront prendre la relève. Ainsi, la situation financière se modifie, les besoins affectifs changent, la vie

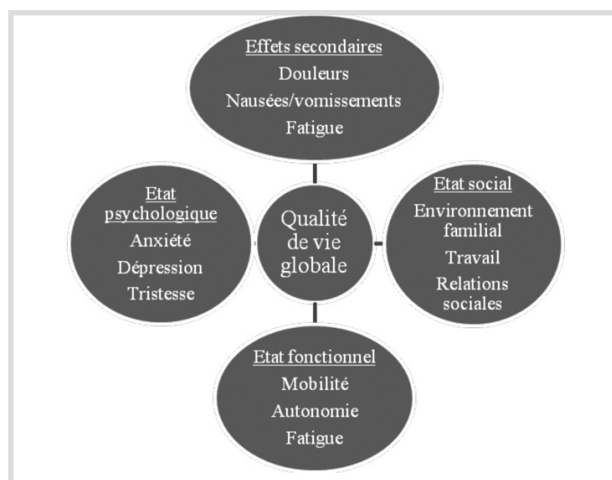


Figure 1. Evaluation globale et pluridimensionnelle de la qualité de vie (3).

de la famille doit trouver un nouvel équilibre autour de la maladie et la qualité de vie familiale et individuelle s'en voit modifiée. La communication soignant-soigné pourrait aussi avoir un impact sur la qualité de vie de la patiente (7). La maladie cancéreuse modifie donc les conditions de vie de l'individu.

Désormais «malades», les patientes devront reconsidérer leurs activités quotidiennes de même que leurs différents rôles. Cette adaptation inévitable est souvent difficile à surmonter pour la patiente et son entourage et peut entraîner une détresse psychologique. Selon la littérature, 25 à 40% des patients atteints d'un cancer développent un trouble affectif dans l'année qui suit le diagnostic (8). Les femmes ayant été traitées pour un cancer du sein présentent significativement plus de détresse psychologique, de dépression, d'anxiété et de troubles sexuels que des populations témoins (4). Cette détresse, qui dans la majorité des cas est une étape nécessaire à l'adaptation, peut déboucher sur l'apparition de troubles psychiatriques. Les troubles psychiatriques que l'on retrouve, le plus souvent, chez les patientes atteintes d'un cancer du sein sont des troubles de l'adaptation (20-30%), des troubles anxieux, et/ou dépressifs (près d'une patiente sur 5 présente des symptômes dépressifs). Des états de stress post-traumatique (5 à 10%) ou d'anxiété anticipatoire, allant parfois même jusqu'au suicide (1,5 à 2 fois supérieur par rapport à la population générale), sont également rapportés comme troubles psychiatriques accompagnant le cancer du sein (4).

Une bonne connaissance des facteurs prédictifs de la détresse psychologique relative au cancer du sein pourrait aider les soignants à dépister précocement cette détresse. Dauchy et Rouby ont publié une série de facteurs prédictifs de la détresse psychologique en lien avec le cancer du sein et sa prise en charge (4). Parmi ceux-ci, nous retrouvons le facteur médical (le retentissement de la maladie et de ses traitements sur la vie quotidienne) qui est le plus prédictif d'une détresse psychologique. Le facteur psychiatrique, et notamment la présence d'antécédents dépressifs, doit être pris en compte. Au niveau du facteur psychosocial, le soutien socio-familial apparaît comme prédicteur dominant de la qualité de l'adaptation psychique, mais aussi de certains paramètres de l'évolution médicale. C'est surtout la capacité du groupe social à aborder et à répondre aux besoins de la patiente (demande de soins, possibilité de partager son vécu, ses sentiments sur la maladie et les traitements). L'inadéquation des ressources financières semble également être un facteur prédictif d'une

détresse psychologique, mais dans une moindre mesure (4, 9). Au niveau sociodémographique, un âge inférieur à 50 ans est souvent corrélé à une détresse psychologique plus importante. Le nombre d'enfants à charge est aussi un facteur contributif à une détresse psychologique plus grande (4).

Concernant le facteur chronologique, le niveau de détresse psychologique décroît spontanément la première année suivant le diagnostic. En termes de chronologie, il faut à la fois tenir compte des événements médicaux (annonce, récurrence, etc.) et des événements psychosociaux significatifs pour la patiente (retour dans sa famille, au travail, reprise des activités quotidiennes, renoncement à la maternité, etc.) (4).

En conclusion, les facteurs de risque d'une moins bonne adaptation psychologique des patientes atteintes de cancer du sein sont : les événements traumatiques récents, un âge < à 50 ans, des antécédents de dépression, l'isolement social, les charges financières, familiales ou sociales importantes, les symptômes mal contrôlés et un retentissement fonctionnel important.

PRISE EN CHARGE DE LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE

La détresse psychologique dépend à la fois de l'évaluation que le sujet se fait de la situation vécue, de ses défenses psychologiques, de ses réponses ou stratégies d'adaptation et du soutien social dont il dispose. Ici, nous ne nous appuyons pas sur l'idée que toutes les patientes atteintes d'un cancer du sein ont besoin d'un psychologue, mais plutôt sur l'idée d'un dépistage de la détresse psychologique et de sa prise en charge sur un mode personnalisé et systématique.

Il existe d'ailleurs des recommandations cliniques pour la prise en charge de la détresse psychologique selon le NCCN (National Comprehensive Cancer Network) et J-C Holland (10):

- La détresse psychologique devrait être reconnue, évaluée, documentée et traitée rapidement à toutes les phases de la maladie.
- Tous les patients devraient pouvoir bénéficier d'un dépistage de la détresse psychologique lors de la consultation initiale et en fonction d'éléments cliniques prédictifs.
- Le repérage de la détresse psychologique devrait permettre d'identifier l'intensité et la nature de la détresse psychologique.
- La détresse psychologique devrait être diagnostiquée et prise en charge selon des recom-

mandations cliniques fondées sur l'évidence scientifique ou reposant sur un consensus.

Selon F. Barruel, la prise en charge psychologique permet aux patientes d'approfondir leur expression et d'évaluer leurs réactions à la situation (11). C'est un traitement qui s'ajoute aux traitements médicaux conventionnels visant à apporter au malade et à ses proches une meilleure qualité de vie ou de survie. Même si un soutien psychologique semble nécessaire à chaque patiente, il ne doit pas forcément s'agir d'un soutien psychothérapeutique.

L'objectif de l'ensemble des psychothérapies utilisées en psycho-oncologie est de diminuer la détresse émotionnelle et de favoriser l'ajustement à la maladie, aussi bien pour le patient que pour son entourage. Il existe une grande variété de psychothérapies (approche émotionnelle, cognitivo-comportementale, psycho-éducationnelle) et l'orientation vers l'une ou l'autre dépendra des indications de soins, des attentes et des demandes des patientes.

L'efficacité des psychothérapies a été démontrée par différentes méta-analyses et concerne essentiellement la réduction de la détresse psychologique, un ajustement meilleur à la maladie et l'amélioration de la qualité de vie. Cependant, la prise en charge des patientes demeure insuffisante. En effet, une étude de l'IPOS (International Psycho-Oncology Society), datant de 2005, montre qu'un tiers des femmes atteintes d'un cancer du sein et souffrant de détresse psychologique ne bénéficient d'aucune prise en charge psychologique. Parmi ces femmes avec un haut niveau de détresse et ne bénéficiant pas de support, l'étude a mis en évidence qu'elles avaient un niveau d'éducation plus bas et qu'elles étaient moins informées des possibilités de soutien psychosocial (11, 12).

En pratique, quand la demande de consulter le psychologue vient du soignant ou directement de la patiente, l'accès au psychologue s'avère facile. Cependant, le dépistage de la détresse psychologique des patientes par le soignant reste subjectif et éloigné du vécu réel de la situation. Pour ces patientes, l'accès au psychologue s'avère plus difficile. C'est pourquoi il est important que le psychologue puisse rencontrer les patientes sur indications de l'équipe, mais aussi en dehors de ces indications, afin de permettre aux patientes de trouver ce dont elles ont besoin, indépendamment des considérations extérieures (soignants, familles, etc). Selon Barruel, le psychologue a besoin d'un temps informel pour simplement se présenter aux patientes et ainsi créer un lien pour être identifié, et pour dédramatiser les représen-

tations paralysantes associées au mot psychologue (11).

CONCLUSION

Un défi essentiel en clinique est de pouvoir intégrer à la meilleure technologie médicale, la prise en charge des conséquences physiques, psychologiques et sociales du cancer du sein. Cette prise en charge globale a pour objectif de faciliter l'adaptation et d'améliorer la qualité de vie pendant les différentes étapes de la maladie et des traitements. La prévention de la détresse psychologique s'inscrit dans une perspective de prise en charge globale, compte tenu du caractère multifactoriel de cette souffrance. Il est important que tous les intervenants soient attentifs à l'ensemble des symptômes, des besoins et des difficultés ressenties par les patientes. Ici, il faut faciliter l'expression de la souffrance afin d'éviter l'apparition de troubles psychologiques plus sévères, ayant des conséquences sur la prise en charge. Nous sommes dans une démarche de prévention secondaire qui passera par la préservation des investissements familiaux et socio-professionnels, mais aussi par le maintien d'une bonne communication entre la patiente et son entourage. Ainsi le repérage précoce permettra d'offrir une aide psychologique adaptée.

BIBLIOGRAPHIE

- Ganz PA, Desmond KA, Leedham B, et al.— Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study. *J National Cancer Institute*, 2002, **94**, 39-49.
- Libert Y, Merckaert I, Etienne A-M, et al.— Les besoins psychosociaux et le soutien apporté aux patients atteints d'un cancer: une étude nationale belge. *Oncologie*, 2006, **8**, 465-476.
- Razavi D, Delvaux N.— Précis de psycho-oncologie de l'adulte, éditions Masson, Paris, 2008.
- Morère J-F, Penault-Llorca F, Aapro M-S, et al.— Le cancer du sein, Editions Springer. Collection Oncologie Pratique, Verlag, France. 2007, 291-313.
- Cousson F, Bruchon-schweitzer M, Quintard B, et al.— Analyse multidimensionnelle d'une échelle de coping : validation française de la W.C.C (ways of coping checklist). *Psychologie française*, 1996, **41**, 155-164.
- Hartmann A, Bonnaud-Antignac A, Cercle A, et al.— Coping et changement face au cancer du sein : le point de vue des patientes et de leurs accompagnants. *Pratiques Psychologiques*, 2007, **13**, 169-183.
- Liebens F, Aimont M.— Qualité de vie et cancer du sein [en ligne]. Clinique du sein, mai 2003 [consulté le 9/9/2010] Disponible à partir de l'URL : <http://www.europadonna.be/fr/news_2003-05_quality_of_life.html#01>
- Stadelmaier N, Lombard I, Duguey-Cachet O, et al.— Le dispositif d'annonce en cancérologie : quel outil d'orientation vers la consultation psychologique? *Psycho-oncologie*, 2009, **3**, 176-183.
- ANAES.— Suivi psychologique des patientes ayant été traitées pour un cancer du sein non métastaté. Editions EDK, 2000 Paris.
- Holland JC.— Distress management in cancer : standards and clinical practice guidelines [en ligne]. IPOS online curriculum, 2010 [consulté le 1/08/2010]. Disponible à partir de l'URL:<http://www.ipossociety.org/education/core_curriculum/core_curriculum_en.aspx>
- Barruel F.— Réflexions sur l'accessibilité du psychologue en cancérologie. *Rev Franc Psycho-Oncol*, 2005, **1**, 60-67.
- Brédart A, Dolbeault S.— Evaluation de la qualité de vie en oncologie : I - Définitions et objectifs II-Méthodes. *Rev Franc Psycho-Oncologie*, 2005, **1**, 7-11.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr W. Pitchot, Service de Psychologie Médicale, CHU de Liège, 4000 Liège, Belgique
E-mail : wpitchot@chu.ulg.ac.be