

Quel est l'impact des facteurs psychologiques dans la période de rémission d'un cancer du sein ? État des lieux

What's the impact of psychological variables at the remission phase? State of the art

Sylvie Dolbeault*

De nombreuses idées reçues circulent sur l'impact potentiel du stress et du "psychisme" sur l'évolution du cancer du sein. Elles entraînent souvent des réactions de culpabilité de la part de la femme qui s'interdit toute manifestation émotionnelle, toute période de doute ou de découragement et s'impose de "garder le moral à tout prix" dans l'idée que cette attitude pourrait la prémunir du risque de récurrence. Nous proposons ici un état des lieux de la littérature, qui remet largement en cause les nombreuses représentations ou croyances qui circulent dans ce registre auprès des femmes concernées et de leurs proches, mais aussi auprès des professionnels du soin. Pour autant, nous montrons les nombreux leviers d'action qui sont entre les mains de nos patientes durant la période de l'après-traitement du cancer du sein et leur permettent d'agir pour leur santé de manière proactive et efficace, que ce soit en termes d'impact sur leur qualité de vie ou, pour certains aspects, de diminution de leur risque de récurrence.

Période d'instabilité psychique

L'après-cancer fait en général référence à la "période de l'après-traitement". Pour autant, il s'agit d'une période "relative" et difficile à définir, dont le début peut être flou et la fin encore plus difficile à circonscrire, considérée pour beaucoup comme "sans fin". Pour la plupart des professionnels, qui ont en

charge des femmes atteintes de cancer du sein, elle commence à la fin des traitements curatifs et n'inclut pas la période d'hormonothérapie. En revanche, la majorité des auteurs s'accordent sur le fait qu'il s'agit d'un moment de transition, lui-même souvent associé à une période de fragilité psychologique. De fait, nombre de changements s'introduisent dans la vie de la femme concernée : arrêt souvent brutal de l'étayage procuré par l'équipe médicale et soignante (en particulier pour toutes celles qui se rendent quotidiennement à l'hôpital pour les séances de radiothérapie), perte des repères antérieurs à la survenue de la maladie tumorale ; nécessité de retrouver des repères identitaires (dans ce moment parfois décrit comme une "hémorragie identitaire"), de redéfinir sa place et son rôle dans son couple, sa famille, son travail, et plus généralement le monde des "bien-portants" ; décalages fréquents entre son ressenti et celui de ses proches qui projettent l'idée que la page du cancer se tourne "automatiquement" avec la fin des traitements curatifs. Ces changements sont susceptibles d'entraîner des réactions d'instabilité psychique, voire de détresse, avec souvent d'autant plus d'intensité que la femme n'a pu anticiper cette période de transition qui sollicite pourtant beaucoup ses capacités d'adaptation psychologique (1, 2). Rappelons l'importance que le deuxième Plan Cancer (2008-2013) [www.plan-cancer.gouv.fr/] accorde à la prise en compte des besoins psychosociaux des patients au décours des traitements du cancer et dans la période de "l'après".

* Département interdisciplinaire de soins de support pour le patient en oncologie, institut Curie, Paris. Inserm U669, Paris. Universités Paris-Sud et Paris-Descartes.

Points forts⁺

» Le post-traitement représente une période d'instabilité psychique où les femmes se confrontent à un fort sentiment de vulnérabilité et doivent identifier de nouveaux repères de vie. Il est fréquent qu'elles s'interrogent sur les causes de la survenue du cancer et sur leurs propres moyens d'agir pour tenter de diminuer leur risque de récurrence. Ce mouvement psychique s'inscrit souvent dans un besoin de retrouver le sentiment de contrôle sur leur vie.

» De nombreux travaux ont tenté d'identifier les relations entre "stress", personnalité et survenue ou évolution du cancer, dont les résultats sont négatifs. Une corrélation est aujourd'hui confirmée entre trouble dépressif majeur et certains types de cancer, mais elle est liée à des facteurs intermédiaires touchant aux comportements de santé.

» D'autres explorent l'hypothèse historique selon laquelle la psychothérapie était susceptible d'améliorer la survie de femmes atteintes de cancer du sein et aboutissent, là encore, à des conclusions négatives.

» Les études de neuro-psycho-immunologie n'ont pas fait leurs preuves en termes d'"outcome" (retombées cliniques attendues). En revanche, des études montrent l'impact positif d'une prise en charge précoce de la détresse et des besoins des femmes atteintes de cancer du sein, ainsi que de leur bénéfice en termes de qualité de vie. Elles démontrent aussi le bénéfice apporté par la modifications de certains facteurs d'hygiène de vie (activité physique adaptée, nutrition ou contrôle de la consommation de certaines substances addictives).

» Ainsi, à la phase de rémission du cancer du sein, les femmes détiennent de nombreux leviers d'action sur lesquels elles peuvent se montrer proactives, portées par un sentiment de responsabilité mais non de culpabilité. L'objectif est ici d'améliorer leur qualité de vie, voire de diminuer leur risque de récurrence, en agissant en particulier sur certains facteurs d'hygiène de vie, physique et psychique.

Cette thématique a fait l'objet du dernier congrès de la Société française de psycho-oncologie qui s'est déroulé à Caen du 10 au 12 octobre dernier (<http://www.sfpo.fr/20-congres/108-29eme-congres-de-la-sfpo.html>) et a fait émerger les nombreux questionnements théoriques inhérents à cette période de transition si mouvementée sur le plan psychique. Le décalage existant entre le temps clinique de la maladie somatique et le temps de son élaboration psychique en représente l'une des caractéristiques fondamentales. Ainsi, les femmes confrontées à cette période vivent la transition du "parcours de soins" au "parcours de vie". Après avoir vécu dans le présent la succession des traitements curatifs, elles ont désormais à se projeter dans le futur de cet après-cancer et découvrent la nécessité d'apprendre à vivre avec le sentiment de vulnérabilité et d'insécurité. Souvent décrite comme une phase de reconstruction, les professionnels de la psycho-oncologie lui préfèrent le terme de construction, qui va bien au-delà d'un processus de réparation (physique et psychique). Le terme de "survivant" (*survivor*) y a été beaucoup débattu, se référant à l'idée de "vivre encore après quelque chose" : adaptée sur le plan contextuel, elle ne semble pas pour autant satisfaire les professionnels et encore moins les patients, du fait notamment de son caractère réducteur et potentiellement stigmatisant. Cette question ouvre d'ailleurs un débat plus sociétal, nous faisant quitter une dimension individuelle, médicale et biologique, pour se transformer en un corpus collectif relevant de la santé publique.

Comme nous l'a si bien dit le Pr J.F. Morère lors de ce congrès, le patient connaît 3 stades du survie : le stade du "réflexe de survie" (pendant les traitements), le stade du "trou d'air" (entrée en période de surveillance) et, enfin, le stade de "la vie avec risque" (période de rémission). Le mot anglo-saxon *recovery* pourrait paraître plus approprié, s'inscrivant dans le cadre d'un projet de vie qui se reconstruit, quelle que soit l'évolution de la maladie elle-même. Un autre débat a été soulevé au sujet du statut du cancer comme une maladie chronique. Pour Ménoret et Pharo (3), il faudrait plutôt évoquer le concept de condition chronique, où les traitements ne font que contrôler le symptôme, mais ne le guérissent

pas. Ce qui reviendrait à dire que le cancer est une maladie dont on ne guérit jamais et qu'"avoir ou avoir eu un cancer" nous engage à vie... Précisons cependant que pour un certain nombre de femmes, l'événement cancer va être l'occasion d'une redéfinition des priorités et d'une expérience de développement personnel post-traumatique jugée parfois très constructive (4).

Nombreuses sont les femmes qui éprouvent à ce moment le besoin de donner du sens à l'expérience du cancer – dans l'objectif de mieux l'intégrer et l'internaliser –, mais aussi celui de reprendre les rênes de leur vie on encore "retrouver du contrôle sur leur vie", permettant de contrer le sentiment d'impuissance et son fréquent corollaire, le désespoir. Beaucoup de patientes s'interrogent alors sur la façon de pouvoir se sentir proactives, à la fois dans le but de retrouver du contrôle psychique, mais surtout pour mieux contrôler leur devenir, et en particulier "d'éviter le risque de récurrence".

Sur le versant de la clinique psychopathologique, on peut aisément comprendre ce mouvement psychique. Pour autant, que nous dit la littérature sur ce thème ?

Que dit la littérature à propos des liens entre stress, événements psychiques et cancer ?

Lorsqu'on ne dispose pas de raisons somatiques pour expliquer la survenue d'une maladie, le penchant naturel des individus consiste souvent à chercher des réponses dans la sphère psychologique, considérée comme une vaste "boîte noire" à laquelle on accède encore plus difficilement en termes de mécanismes étiopathogéniques qu'à celle des mécanismes biologiques. Dans le champ des maladies chroniques, tout particulièrement en clinique cancérologique, il est très fréquent de lier une problématique complexe à un trouble psychopathologique ou psychiatrique, car aucune cause organique n'a été identifiée.

Lors des consultations médicales et soignantes, a fortiori lors d'une consultation de psycho-oncologie, nombreuses sont les patientes atteintes de cancer qui expriment leurs représentations, leurs croyances,

Mots-clés

Cancer du sein
Rémission
Adaptation psychologique
Détresse
Qualité de vie
Hygiène de vie

Highlights

» Numerous studies have shown that there is no correlation between "stress", personality and onset or progression of cancer. A link has been confirmed between a major depressive syndrome and certain types of cancer, but this correlation concerns intermediary factors associated with health-related behaviour.

» The hypothesis that psychotherapy can improve survival in women with cancer has been discredited.

» Neuro-psycho-immunology studies have not been conclusive concerning outcomes. In contrast, the positive impact of early management of the distress and needs of breast cancer patients, of their quality of life and a new life style (appropriate physical activities, nutrition or control of the consumption of certain addictive substances) has given good results.

» In the remission stage of breast cancer, women can take action and be proactive in numerous ways. The objective is to improve their quality of life, and even reduce the risk of relapse.

Keywords

Breast cancer
Coping
Distress
Quality of life
Survivorship
Lifestyle

voire leurs certitudes quant à l'origine psychique de leur maladie ou les déterminants psychologiques de son évolution. Combien de fois avons-nous entendu nos patientes reprendre ce slogan si banal : "Le moral, c'est la moitié de la guérison" ou encore "Je dois continuer à me battre pour ne pas récidiver", voire "Je souhaite faire une psychothérapie pour éviter la rechute". Il peut s'agir d'affirmer ici sa conception personnelle des liens entre psychisme et cancer, on encore de se voir confortée dans cette représentation par le professionnel du soin. Et de fait, lorsque les patientes interrogent leur médecin et/ou leurs soignants, et dans les nombreuses situations où aucune explication biologique ou génétique ne peut être donnée, certaines n'hésitent pas à endosser ces hypothèses psychosomatiques. Ce processus est sous-tendu pour beaucoup de soignants par l'idée qu'il s'agirait d'un moyen de "soutenir moralement" la patiente et de l'encourager dans la recherche de sens ainsi que dans l'objectif de sa participation active aux soins (5). Mais quelle responsabilité repose alors sur la patiente elle-même ? Et quelle déception personnelle lorsqu'elle a investi un travail psycho-oncologique avec l'espoir que celui-ci contribue directement à une évolution favorable de sa maladie ou de la période du post-traitement ? Déception d'autant plus forte que le psychothérapeute aura laissé planer cet espoir... Les exemples cliniques d'effondrement psychique d'un patient à qui l'on annonce une évolution de sa maladie tumorale alors qu'il a "tout fait pour lutter contre", et ce au prix d'un déploiement d'énergie et de moyens psychiques parfois considérables, sont légion (6). C'est pourquoi il semble indispensable de s'appuyer sur la littérature et son évolution récente sur ce thème, avant de pérenniser ce type de messages, en apparence porteurs d'espoir, mais en réalité chargés d'un impact délétère évident.

Le corpus de recherches dans le domaine des liens entre stress et cancer a un long passé historique, mais n'a cessé de croître au fil des 20 dernières années. Que peut-on en retenir en cette fin d'année 2012 ? La littérature s'est penchée sur 2 aspects principaux : rôle des facteurs psychologiques dans la survenue des cancers et impact des interventions psycho-oncologiques sur la survie des individus déjà atteints de cancer (5, 7-8).

Concernant tout d'abord les liens entre facteurs psychiques et cancer, nous bénéficions désormais de plusieurs revues de littérature et d'études de bonne qualité méthodologique, n'ayant plus rien à voir avec les premières études rétrospectives menées sur des petits échantillons de patients et présentant de nombreux défauts de conceptualisation et biais d'analyse.

Les facteurs les plus étudiés sont les liens entre stress, personnalité, modalités d'adaptation psychologique, dépression et survenue du cancer. Une mise en perspective a été proposée par l'équipe d'épidémiologie de Johansen, à l'origine de nombreuses publications réalisées à partir du registre national danois (qui permet de suivre de manière prospective et au long court l'ensemble de la population danoise), dont les travaux ont été récompensés par un prix prestigieux (*Fox prize 2011* de l'International Psycho-Oncology Society) [5]. Ce type de travaux a permis de faire tomber de nombreuses croyances qui avaient pu être confortées par les premiers travaux sur ce thème de l'origine psychogénique des cancers (9). Les arguments sont de 3 ordres : événements de vie et cancer, dépression per se et cancer et personnalité et cancer.

➤ En ce qui concerne le lien entre événements de vie stressants et survenue du cancer, la littérature permet aujourd'hui de confirmer l'absence de lien, s'appuyant sur des études prospectives qui évaluent par exemple l'incidence des cas de cancer chez des adultes dont un enfant a été atteint de cancer (facteur considéré comme très stressant). Elle confirme cette absence de lien y compris lorsque l'enfant malade est décédé (considéré comme événement de vie stressant de la plus forte intensité) [10].

➤ Une deuxième série de travaux épidémiologiques a ensuite permis de démontrer que la dépression en elle-même n'augmente pas le risque de cancer (11).

➤ Une troisième série de publications s'est attachée à mieux comprendre les liens potentiels entre personnalité et cancer, s'appuyant sur l'hypothèse en miroir des liens avérés entre une personnalité de type A et la survenue de maladies cardiovasculaires – hypothèse confirmée par le biais de l'identification de facteurs de comportement (alcool, tabac, surpoids) associés au type A – et qui représentent aussi des facteurs de risque à part entière de survenue de certains types de cancer. C'est ainsi que Johansen et al. ont pu finalement confirmer l'existence d'une association entre épisode dépressif majeur et certains types de cancer, non pas du fait de la présence d'une dépression en elle-même mais de l'association de cet état dépressif avec des facteurs de risque intermédiaires, à savoir les modifications comportementales tels le recours à l'alcool ou au tabac et la mauvaise hygiène de vie, comorbidités fréquentes dans le contexte dépressif (12).

Enfin, concernant les liens entre évolution de la maladie tumorale et facteurs psychiques, une abondante littérature porte sur l'impact des interventions psychologiques sur la survie, la plupart

concernant le cancer du sein. En effet, l'espoir, la croyance ou le fantasme (suivant le registre dans lequel on se situe) selon lesquels le psychisme pourrait influencer l'évolution de la maladie tumorale est une idée largement répandue dans le grand public (6). De cette idée découle une seconde hypothèse selon laquelle l'amélioration du fonctionnement psychique d'un individu atteint de cancer, notamment par le biais des interventions psychothérapeutiques, serait capable de prolonger sa survie (13, 14). La controverse commence en 1989 avec l'article de Spiegel et al. mettant en évidence, dans un essai randomisé, une amélioration significative de la survie chez des femmes atteintes de cancer du sein métastatique qui avaient suivi une psychothérapie de groupe, comparées à d'autres femmes n'ayant pas bénéficié de cette thérapie (15). Plus tard, cette étude a été largement remise en cause par Fox en 1998 (16), qui identifie des biais de sélection de l'échantillon de femmes étudiées, et répliquée par de nombreuses équipes en reprenant les méthodes et contenus de l'intervention psychothérapeutique de Siegel et al., mais en améliorant les nombreux aspects théoriques et méthodologiques qui avaient posé problème. La plupart de ces essais randomisés se sont révélés négatifs. Parmi ceux ayant fixé la survie comme objectif principal et pour lesquels l'intervention psychothérapeutique était clairement identifiée et distincte de l'intervention médicale et soignante, aucun ne conclut à un impact positif de la psychothérapie sur la survie.

Plus récemment, Coyne et al. effectuent une synthèse de la question et aboutissent à 2 conclusions majeures : la majorité des études valides sur le plan scientifique est négative, concluant que la psychothérapie n'améliore pas la survie des patients atteints de cancer. Par ailleurs, les auteurs montrent en quoi l'intérêt rémanent pour la survie minimise injustement celui d'étudier l'impact des interventions psychothérapeutiques sur des dimensions psychologiques et de qualité de vie, alors que ces dimensions sont nobles et ont toute leur place et toute leur pertinence (6, 13).

La controverse ne s'arrêtera sans doute pas là et les travaux réalisés dans le champ de l'imagerie fonctionnelle ou de la neuro-psycho-immunologie ont leurs fervents adeptes (7).

Même si ces conclusions ne sont pas aussi attractives que celles des travaux prônant les liens entre psychisme et cancer, elles ont l'honnêteté de s'en tenir à ce que la littérature est susceptible de nous apporter aujourd'hui en termes d'évidence clinique.

Qualité de vie : un objectif noble en soi

Alors que l'on a précisé l'absence de lien scientifiquement établi aujourd'hui entre psychothérapie et survie, on doit, à l'inverse, souligner l'efficacité des interventions psycho-oncologiques dans l'objectif de réduction de la détresse et d'amélioration de la qualité de vie de nos patients atteints de cancer, que ce soit en phase initiale ou métastatique (1, 2, 17, 18). Dans ce domaine aussi, on peut souligner l'amélioration constante de la qualité des travaux menés : taille d'échantillons plus adéquate, caractère multicentrique des études, ciblage de patients ayant des problèmes psychopathologiques avérés, précisions apportées quant au contenu de l'intervention psycho-oncologique, recours à des outils d'évaluation spécifiques du cancer et aux mesures les plus susceptibles d'évaluer ses effets spécifiques (19).

De nombreux facteurs psychologiques doivent être pris en compte et intégrés à la réflexion sur la période de l'après-traitement. En effet, si nous sortons ici du fantasme de la toute-puissance générant l'idée que le psychisme influence l'évolution du cancer, pour autant, nous devons montrer à nos patientes le rôle actif et de partenariat qu'elles ont à jouer, en lien avec les acteurs de santé. On passe ainsi du registre de la culpabilisation potentielle à celui de la responsabilisation, mettant en œuvre la dimension de l'*empowerment* (pouvoir d'agir) propre à la démarche en éducation thérapeutique (18). De fait, l'étendue des domaines sur lesquelles les femmes peuvent se montrer proactives est vaste et peut être synthétisée sous 3 axes.

Axe cognitif

Il s'agit de vérifier que la patiente est bien informée des enjeux somatiques mais aussi psychologiques liés à la phase de rémission, qu'elle a bien perçu l'intérêt de la surveillance médicale régulière et l'incidence de certains facteurs d'hygiène de vie sur son risque de récurrence. Ces aspects informationnels sont la base d'une bonne gestion de l'après-cancer.

Axe de repérage

Cet axe ainsi que la prise en charge précoce de troubles psychopathologiques ont un impact sur la qualité de vie de nos patientes mais aussi sur leur capacité d'observance (hormonothérapie, surveillance mammaire au long cours).

Références bibliographiques

1. Ganz PA, Kwan L, Stanton AL, Bower JE, Belin TR. Physical and psychosocial recovery in the year after primary treatment of breast cancer. *J Clin Oncol* 2011;29(9):1101-9.
2. Stanton AL. What happens now? Psychosocial care for cancer survivors after medical treatment completion. *J Clin Oncol* 2012;30(11):1215-20.
3. Ménoret M, Pharo P. Les temps du cancer. Collection CNRS Sociologie, 1999.
4. Stanton A. Positive consequences of the experience of cancer: perceptions of growth and meaning. Section Survivorship. *Handbook of Psycho-Oncology, second edition*, Oxford University Press 2010;77:547-50.
5. Johansen C. Mind as a risk factor for cancer—some comments. *Psycho-Oncology* 2012;21:922-6.
6. Dolbeault S. Efficacité des interventions psychothérapeutiques sur la survie des patients atteints de cancer : où en est-on aujourd'hui ? *Revue de Presse d'Oncologie Clinique (RPOC)*, décembre 2008.
7. Spiegel D. Mind matters in cancer survival. *Psychooncology* 2012;21(6):588-93.
8. Schraub S, Sancho-Garnier H, Velten M. Existe-t-il un lien entre un événement psychique et le risque de survenue d'un cancer ? *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 2009;57,2:113-23.
9. Dalton SO, Boesen EH, Ross L, Schapiro IR, Johansen C. Mind and cancer. Do psychological factors cause cancer? *Eur J Cancer* 2002;38(10):1313-23.
10. Johansen C, Olsen JH. Psychological stress, cancer incidence and mortality from non-malignant diseases. *Br J Cancer* 1997;75(1):144-8.
11. Dalton SO, Mellemkjaer L, Olsen JH, Mortensen PB, Johansen C. Depression and cancer risk: a register-based study of patients hospitalized with affective disorders, Denmark, 1969-1993. *Am J Epidemiol* 2002;155(12):1088-95.
12. Shapiro IR, Ross-Petersen L, Saelan H, Garde K, Olsen JH, Johansen C. Extroversion and neuroticism and the associated risk of cancer: a Danish Cohort study. *Am J Epidemiol* 2001;153:757-63.

Références bibliographiques (suite)

13. Coyne JC, Stefanek M, Palmer SC. *Psychotherapy and survival in cancer: the conflict between hope and evidence*. *Psychol Bull* 2007;133(3):367-94.
14. Coyne JC, Palmer SC. *Does psychotherapy extend survival? some methodological problems overlooked*. *J Clin Oncol* 2007; 25(30):4852-3.
15. Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, Gotthel E. *Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer*. *Lancet* 1989; 2(8668):888-91.
16. Fox BH. *A hypothesis about Spiegel et al.'s 1989 paper on psychosocial intervention and breast cancer survival*. *Psychooncology* 1998;7(5):361-70.
17. Boesen EH, Johansen C. *Impact of psychotherapy on cancer survival: time to move on?* *Curr Opin Oncol* 2008;20(4):372-7.
18. Ganz PA, Hahn EE. *Implementing the survivorship care plan a strategy for improving the quality of care of cancer survivors*. *Section Survivorship. Handbook of Psycho-Oncology, second edition, Oxford University Press* 2010;80:562-8.
19. Lepore SJ, Coyne JC. *Psychological interventions for distress in cancer patients: a review of reviews*. *Ann Behav Med* 2006; 32(2):85-92.
20. Hodgkinson K, Butow P, Hunt GE, Pendlebury S, Hobbs KM, Wain G. *Breast cancer survivors' supportive care needs 2-10 years after diagnosis*. *Support Care Cancer* 2007;15(5):515-23.
21. Demark-Wahnefried W. *Changing health behaviors after treatment*. *Section Survivorship. Handbook of Psycho-Oncology, second edition, Oxford University Press* 2010;78:551-6.

Il s'agit d'accompagner la récupération ou le maintien d'un état psychologique stable et satisfaisant au décours des traitements du cancer et au-delà, en permettant à chaque patiente d'accéder aux différentes ressources en fonction de ses besoins : information spécifique, accompagnement psychologique en cas de détresse identifiée et d'une demande explicite de soutien. Celui-ci pourra prendre différentes formes : travail psychothérapique individuel ou systémique, groupe de parole et de soutien entre pairs, groupe psycho-éducatif, activité physique adaptée, activité psychocorporelle...

Si toute femme arrivant à la période du post-traitement doit pouvoir être accompagnée sur le plan psychologique, on doit mettre l'accent sur celles qui présentent des facteurs de vulnérabilité psychosociale. De nombreuses études ont porté sur la prévalence de la détresse et des troubles anxiodépressifs chez la femme atteinte de cancer du sein, et un certain nombre de facteurs de risque doivent être recherchés, car leur présence permettra d'enclencher une prise en charge psychologique précoce. Parmi les facteurs sociodémographiques, soulignons en particulier le facteur âge (vulnérabilité des femmes jeunes), l'isolement social, le contexte socio-économique défavorisé. Parmi les facteurs médico-psychologiques, on note la présence de comorbidités physiques ou psychiques, l'intensité des symptômes physiques ou fonctionnels durant la phase des traitements, l'importance de la détresse et des besoins non satisfaits pendant les traitements et, enfin, l'existence de séquelles invalidantes (1, 2, 20).

Axe de prise en compte des facteurs de risque comportementaux

Issu du champ de la psychologie de la santé, cet axe de la prise en compte et de la modification de certains comportements de santé constitue une dimension essentielle du soin et de la démarche de prévention secondaire. Alors que cet axe est très largement représenté dans de nombreux pays, il reste en France le parent pauvre des prises en charge psycho-oncologiques. Pourtant, de nombreuses actions peuvent être menées par la patiente en rémission du cancer du sein pour améliorer son hygiène de vie, et prendre ainsi en compte les facteurs de risque et de protection désormais connus dans ce registre pour diminuer son risque de récurrence, voire améliorer sa survie (21) [voir l'article de C. Maître p. 16].

On peut souligner la place des professionnels de la psycho-oncologie pour aider les patientes non seule-

ment à envisager et à entrer dans un processus de changement de leurs habitudes de vie, mais aussi pour maintenir les nouveaux comportements dans le temps, puisque cela constitue la principale gageure.

Conclusion

À l'issue du récent congrès de la Société nationale de psycho-oncologie portant sur les problèmes psychopathologiques de l'après-traitement du cancer, des recommandations de bonnes pratiques seront proposées et diffusées aux professionnels de la cancérologie. S'il ne s'agit pas de recommandations dédiées spécifiquement aux femmes atteintes d'un cancer du sein, on peut cependant rappeler que la grande majorité des études se réfère à ce site tumoral.

Ces recommandations ont pour objectif de faciliter la phase de transition pour un patient en fin de traitement et de garantir une continuité des soins entre la période des traitements et celle de l'après-traitement. Elles soulignent l'insuffisance des données scientifiques concernant le devenir psychique et cognitif des patients et la nécessité de poursuivre les travaux de recherche durant la période de rémission. Elles représentent cependant déjà un guide pratique d'amélioration de la qualité de la prise en charge. Il est en particulier souligné la nécessité d'une évaluation psychologique régulière par les équipes hospitalières et libérales, suivie selon les cas d'une évaluation plus poussée par un expert en psycho-oncologie, ciblant chaque patient en fin de traitement, mais avec un effort particulier pour ceux qui présentent des facteurs de vulnérabilité psychosociale. Cette évaluation s'appuie sur un entretien clinique pouvant être complété par des mesures simples d'auto-évaluation de la détresse ou de l'état anxiodépressif. L'idéal est qu'une première évaluation psychologique ait lieu au début de la phase de surveillance et puisse être renouvelée régulièrement au fil du temps. Ces recommandations mettent aussi l'accent sur le principe d'accessibilité des différents types de soins psychiques dans l'après-cancer et de leur intégration dans des programmes pluridisciplinaires qui associent surveillance médicale, activité physique adaptée, nutrition, etc. Nous nous trouvons finalement loin de l'idée toute puissante et dénuée de fondement scientifique que le psychisme influencerait directement l'évolution de la maladie tumorale dans la période de rémission... À l'inverse, les femmes concernées détiennent de nombreux leviers d'action sur lesquels elles peuvent se montrer proactives pour améliorer leur qualité de vie, voire diminuer leur risque de récurrence. ■