

# Les défis de l'évaluation psychologique en contexte oncologique



**Clarisse Defer**  
Psychologue

*Superviseure au programme d'oncologie de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont (CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal)*



**Marie-Solange Bernatchez**

*Étudiante au doctorat en psychologie à l'Université Laval et interne en psychologie au programme d'oncologie de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont*

En collaboration avec :

**Robert Langlois**

*Psychologue et superviseur au programme d'oncologie de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont (CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal)*

**Jimmy Théberge**

*Psychologue et superviseur au programme d'oncologie de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont (CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal)*

En Amérique du Nord, il est estimé que 35 à 45 % des patients adultes touchés par le cancer présentent un degré élevé de détresse et pourraient nécessiter une intervention spécialisée (Carlson et coll., 2004 ; Zabora, BrintzenhofeSzoc, Curbow, Hooker et Piantadosi, 2001). Toutefois, en pratique, on constate une tendance à sous-diagnostiquer, et donc à sous-traiter, car le fait de ne pas avoir le moral ou d'être inquiet est régulièrement banalisé par le patient et l'équipe soignante. Pourtant, les défis psychologiques peuvent survenir à différents moments de la trajectoire de soins oncologiques, perdurer ou même se développer une fois les traitements intensifs terminés. Le psychologue doit donc être attentif à cet aspect et être outillé pour évaluer spécifiquement les difficultés psychologiques induites par le contexte oncologique, telle la peur de la récurrence qui, dans sa forme sévère, se traduit par une crainte excessive et envahissante que le cancer revienne, et ce, en tenant compte du risque réel (Savard, 2010).

## Défis du diagnostic différentiel

Lors de la rencontre d'évaluation, le psychologue a pour défi de poser un diagnostic psychologique différentiel nuancé qui permet de déterminer si les symptômes présentés sont attribuables au processus d'adaptation « normal », c'est-à-dire attendu en réaction aux différents stressors qui jalonnent la traversée du cancer, ou s'ils relèvent davantage d'un défi psychologique, les plus courants étant ceux de l'adaptation, de l'humeur (10 à 25 % des personnes ayant reçu un diagnostic de cancer présenteraient un trouble dépressif majeur [Pirl, 2004]) et anxieux (10 à 30 % présenteraient un trouble anxieux [Brintzenhofe-Szoc, Levin, Li, Kissane et Zabora, 2009]).

Le psychologue doit notamment évaluer si les symptômes présentés sont directement dus au cancer (p. ex. tumeur cérébrale apportant des perturbations de l'humeur, de la personnalité ou du comportement) ou induits par les traite-

ments oncologiques ou une médication associée. En effet, le cancer et ses traitements peuvent occasionner des effets indésirables tels la fatigue, la perte ou le gain de poids, ainsi que des perturbations du sommeil, de l'activité psychomotrice ou de l'humeur, qui sont communs aux critères diagnostiques de plusieurs troubles psychologiques. À titre d'exemple, les corticostéroïdes, utilisés pendant la chimiothérapie pour réduire les nausées et les vomissements, peuvent induire de l'agitation, de l'irritabilité, des difficultés de sommeil, une augmentation de l'appétit et un état dépressif (Holland et coll., 2015; Société canadienne du cancer, 2016a). Également, les changements hormonaux provoqués par certains traitements, comme une ménopause précoce, peuvent perturber l'humeur, le sommeil et le poids (Société canadienne du cancer, 2016b). Parmi les effets secondaires indésirables encore peu évalués dans la pratique, notons aussi les difficultés cognitives

induites par les traitements oncologiques, souvent désignées par les termes *chemobrain* ou *chemofog* en anglais ou brouillard cérébral en français. Le clinicien doit demeurer vigilant à la présence de symptômes cognitifs souvent subtils, car si ceux-ci persistent, ils peuvent causer de la détresse et nuire à la qualité de vie et à la reprise des activités quotidiennes et du travail (O'Farrell, MacKenzie et Collins, 2013). Il est alors indiqué de diriger le patient vers la neuropsychologie. De plus, le psychologue tiendra compte de la relation complexe qui existe entre les symptômes physiques et psychologiques. Ainsi, dans le contexte d'une douleur aiguë non soulagée, alors que les patients peuvent exprimer du désespoir et des idées suicidaires, il est recommandé de ne pas conclure d'emblée à un diagnostic de dépression tant que la douleur n'est pas bien contrôlée (Holland et coll., 2010).

Ce survol illustre à quel point les connaissances médicales et pharmacologiques sont précieuses pour le psychologue impliqué auprès d'une clientèle touchée par le cancer, afin d'éviter le piège qui consiste à psychologiser des symptômes d'origine typiquement organique, et de l'aider à établir un diagnostic différentiel qui guidera son plan de traitement. Toutefois, dans bien des cas, la complexité de l'exercice réside dans le fait qu'il est difficile de déterminer précisément si les symptômes présentés par le patient relèvent exclusivement des effets de la maladie et de ses traitements ou de difficultés d'origine psychologique, en raison de leur fréquente intrication. Dans ce contexte, il est recommandé de se pencher sur la persistance, le nombre et la sévérité des symptômes, ainsi que sur l'impact de ceux-ci sur le fonctionnement de la personne afin de guider son jugement clinique (Holland, et coll., 2010).

### **Répercussions du cancer et stratégies adaptatives**

Au-delà de l'examen des symptômes, l'évaluation psychologique permettra au clinicien de s'intéresser à la personne qu'il rencontre dans sa globalité et sa singularité et de considérer les répercussions du cancer sur sa vie et sur son monde intérieur. Il cherchera notamment à identifier les ressources adaptatives dont elle dispose, ainsi que les obstacles qu'elle rencontre pour composer avec les différents défis suscités par la maladie. La rencontre sera l'occasion d'explorer plusieurs thématiques plus spécifiques au contexte oncologique.

Le psychologue sera à l'écoute de l'histoire de la maladie: comment la personne a appris le diagnostic, quelles ont été ses réactions émotionnelles, ses pensées et ses comportements à chaque étape du parcours de soins (examens médicaux, attente des résultats, traitements, rémission et retour à la vie active, annonce d'une récurrence, fin de vie). Il observera quel est son degré de connaissance et de compréhension de la maladie et des traitements et l'impact que cela a sur son adaptation. Il s'intéressera à la manière dont elle compose avec l'incertitude qui est inhérente à l'expérience du cancer et avec le fait que cette maladie est potentiellement mortelle.

Il tentera de repérer les facteurs susceptibles d'entraver le processus d'adaptation. Citons entre autres: être un jeune adulte, avoir des enfants en bas âge, vivre de l'isolement social, avoir des problèmes sociaux ou économiques, cumuler d'autres facteurs de stress, avoir des antécédents psychiatriques ou d'abus de substances (Direction de la lutte contre le cancer, 2011).

Également, le clinicien sera attentif à repérer dans le récit du patient la nature de ses représentations et de ses croyances concernant la maladie, ses causes et ses significations possibles.

*Prenons l'exemple de M<sup>me</sup> D., 64 ans, très croyante, qui est convaincue que le cancer pour lequel elle est traitée est une punition pour le fait de s'être fait avorter quand elle était plus jeune. Cette croyance sur la causalité du cancer réveille chez elle un fort sentiment de culpabilité ainsi qu'une grande tristesse. Elle contribue également à induire chez madame une vision très pessimiste de son pronostic, car elle se perçoit condamnée à brève échéance, alors que ses médecins sont très confiants en ses chances de rémission complète.*

Dans cette situation, il apparaît que la tentative d'attribuer l'apparition du cancer à un événement précis, tel un épisode de vie stressant, ne semble pas servir l'adaptation et génère plutôt de l'impuissance. Différentes croyances sont véhiculées dans notre société autour du cancer et peuvent engendrer une détresse émotionnelle importante chez les personnes touchées par la maladie (Savard, 2010). Par exemple, celles selon lesquelles il faudrait à tout prix adopter une attitude positive pour « guérir » ou bien grandir à travers l'expérience de la maladie. Si certains patients trouvent un sens à l'expérience du cancer en la transformant en une occasion de cheminer vers un mieux-être, ce n'est pas le cas de tous. Il est donc pertinent que le psychologue s'attarde à saisir comment le patient se positionne par rapport à ce type de croyances, afin d'évaluer si celles-ci sont efficaces pour le processus d'adaptation ou si au contraire elles nuisent en causant une détresse psychologique.

Ensuite, l'évaluation sera l'occasion de revenir sur les expériences antérieures du patient en lien avec le cancer et le monde médical, qui peuvent elles aussi influencer l'expérience émotionnelle. Est-ce qu'il a vécu ou été témoin d'expériences douloureuses ou traumatiques susceptibles de nuire à l'établissement d'un lien de confiance avec l'équipe de soins, d'exacerber ses craintes vis-à-vis d'un traitement particulier, ou même d'entraver son adhésion aux traitements (p. ex. une complication majeure à la suite d'une chirurgie)? Est-ce qu'il y a un historique de cancer dans la famille du patient? Doit-il composer avec des enjeux reliés à la transmission héréditaire de la maladie?

Les antécédents psychiatriques et de traumatismes seront aussi pertinents à considérer, dans la mesure où il y a un risque qu'ils soient réactivés ou exacerbés par l'expérience du cancer ou les traitements oncologiques.

C'est le cas de M. R., qui a vécu des flashback d'une agression passée au moment où un technologue le positionnait sur la table de traitement lors d'une séance de radiothérapie. Depuis, il fait des cauchemars à répétition et pense abandonner les traitements.

Effectivement, le clinicien doit être attentif aux aspects potentiellement traumatiques des traitements reçus (p. ex. systèmes d'immobilisation requis en radiothérapie, introduction d'une sonde vaginale lors d'un traitement de curiethérapie, expérience de maltraitance ou de négligence lors d'un séjour à l'hôpital).

De plus, le psychologue s'intéressera à l'impact du cancer sur l'image du corps, sur l'identité et sur l'estime de soi et à la manière dont la personne compose avec les pertes temporaires ou définitives occasionnées par la maladie et ses traitements (p. ex. amputation, perte d'autonomie, perturbation de la sexualité, rupture avec le milieu professionnel, perte de l'illusion d'être immortel). Il sera à l'écoute des dimensions existentielles soulevées par la confrontation à la finitude et à l'incertitude, à la douleur et à la dépendance. Il accueillera les questionnements que le patient hésite parfois à exprimer à son médecin ou à ses proches et qui peuvent prendre la forme d'une ambivalence ou d'un désir de ralentir le rythme soutenu des traitements afin de garder un contrôle sur sa vie.

Enfin, parce que le cancer touche non seulement le patient, mais également tout son entourage, et que la qualité du réseau de soutien est un facteur qui joue un rôle déterminant dans l'ajustement du patient, il est essentiel de regarder à quel point la maladie modifie la sphère relationnelle (p. ex. rapprochement ou éloignement, surprotection, modification des rôles, désir de régler un ancien conflit).

En conclusion, le psychologue qui réalise une évaluation en contexte oncologique aura pour défi de s'intéresser à la fois à la personne touchée par le cancer dans son ensemble, aux particularités de la maladie, aux spécificités des traitements oncologiques et à la présence d'effets secondaires susceptibles d'induire ou d'exacerber un défi psychologique. L'intégration de l'ensemble de ces dimensions et l'attention portée aux aspects différentiels du diagnostic lui permettront d'établir un plan d'intervention spécifiquement adapté aux besoins de la personne qui le consulte. Cet exercice pourra être d'autant plus un défi pour le psychologue qui exerce en milieu hospitalier. Effectivement, celui-ci pourra être amené à réaliser des entrevues dans des conditions périlleuses. Il peut, par exemple, devoir rencontrer un patient dans sa chambre d'hôpital dans des conditions de confidentialité limitée, ou bien dans un contexte d'urgence quand le soulagement d'un symptôme psychologique qui fait obstacle à un traitement médical devient prioritaire ou que la fin de vie est proche. Le psychologue spécialisé en oncologie devra donc faire preuve de flexibilité et de créativité afin d'adapter ses interventions en tenant compte des impératifs et des contraintes reliés à la réalité de la

maladie et des traitements. Enfin, le psychologue aura pour rôle de sensibiliser les équipes soignantes au fait que, si une certaine fluctuation de l'humeur est attendue en réaction à l'expérience du cancer, une détresse plus importante est en revanche anormale et doit être repérée et traitée, sans quoi elle risque de s'aggraver, de porter atteinte à la qualité de vie, et d'entraver l'adhésion aux traitements oncologiques et au suivi médical optimal (Andersen et coll., 2014). La contribution du psychologue doit donc faire partie intégrante des soins offerts en oncologie pour accompagner adéquatement l'expérience de la personne touchée par le cancer et celle de ses proches. ■

#### Bibliographie

- Andersen, B. L., DeRubeis, R. J., Berman, B. S., Gruman, J., Champion, V. L., Massie, M. J., ... Somerfield, M. R. (2014). Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: An American Society of Clinical Oncology guideline adaptation. *Journal of Clinical Oncology*, 32(15), 1605-1619.
- Brintzenhofe-Szoc, K. M., Levin, T. T., Li, Y., Kissane, D. W. et Zabora, J. R. (2009). Mixed anxiety/depression symptoms in a large cancer cohort: Prevalence by cancer type. *Psychosomatics*, 50(4), 383-391.
- Carlson, L., Angen, M., Cullum, J., Goodey, E., Koopmans, J., Lamont, L., ... Robinson, J. (2004). High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. *British Journal of Cancer*, 90(12), 2297-2304.
- Direction de la lutte contre le cancer (2011). *Rapport du Comité d'oncologie psychosociale: Vers des soins centrés sur la personne*.
- Holland, J. C., Breitbart, W. S., Jacobsen, P. B., Lederberg, M. S., Loscalzo, M. J. et McCorkle, R. (2010). *Psycho-Oncology* (2<sup>e</sup> éd.). New York : Oxford University Press.
- Holland, J. C., Breitbart, W. S., Jacobsen, P. B., Loscalzo, M. J., McCorkle, R. et Butow, P. N. (2015). *Psycho-Oncology* (3<sup>e</sup> éd.). New York : Oxford University Press.
- O'Farrell, E., MacKenzie, J. et Collins, B. (2013). Clearing the air: A review of our current understanding of "chemo fog". *Current Oncology Reports*, 15(3), 260-269.
- Pirl, W. F. (2004). Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of depression in cancer patients. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 32, 32-39.
- Savard, J. (2010). *Faire face au cancer avec la pensée réaliste*. Québec, Canada : Flammarion.
- Société canadienne du cancer. (2016a). Antinausées. Repéré à <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/diagnosis-and-treatment/managing-side-effects/nausea-and-vomiting/antinausea-drugs/?region=qc>
- Société canadienne du cancer. (2016b). Ménopause provoquée par le traitement. Repéré à <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/diagnosis-and-treatment/managing-side-effects/treatment-induced-menopause/?region=qc>
- Zabora, J., BrintzenhofeSzoc, K., Curbow, B., Hooker, C. et Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology*, 10(1), 19-28.