



# IMPULSION

Ensemble contre le cancer du sein métastatique

CANCER DU SEIN

&

ANXIÉTÉ / SOUFFRANCE  
PSYCHOLOGIQUE



*Document réalisé  
en collaboration avec*  
**Dr François Bourgognon,**  
psychiatre et psychothérapeute  
& **Dr Lionel Uwer,**  
oncologue médical  
Institut de Cancérologie  
de Lorraine - Alexis Vautrin  
Vandœuvre-lès-Nancy



*L'anxiété est très fréquente à l'annonce d'une maladie telle qu'un cancer. Elle est générée par ce que peut symboliser le mot « tumeur », par un parcours diagnostique et l'attente des résultats, l'annonce des traitements et l'incertitude voire l'inconnu du chemin à venir.*

*Cette anxiété est bien évidemment légitime. Elle s'exprime différemment selon les personnes : la patiente et également son entourage.*

*C'est une telle évidence qu'elle peut être parfois « banalisée » voire négligée par les professionnels de santé. Elle peut être un frein à la communication et à la pédagogie, cependant essentielles à la compréhension et à l'acceptation de la maladie et des traitements.*

*Cette anxiété est parfois complexe, masquée, sous-estimée et fait appel à d'autres événements de la vie que l'on ne peut connaître d'emblée. Il est donc vital de la dépister, de la comprendre, de l'évaluer et de l'accompagner.*

*Nous parlerons plutôt d'accompagnement que de traitement : l'anxiété n'est pas nécessairement pathologique. En effet, si elle s'inscrit parfois dans le cadre d'un trouble anxieux ou de l'adaptation (une prise en charge spécialisée est alors indiquée), elle correspond le plus souvent à une réaction psychologique normale (il s'agira alors d'apprendre à la réguler sans la refuser).*

*De nombreuses méthodes, autres que médicamenteuses, sont à ce jour développées. Par ce document, nous avons souhaité éclairer ce sujet bien connu, parfois sous-estimé aussi bien par la patiente que par les soignants. Nous méconnaissons certains outils cependant bien utiles et objectifs.*

*Accompagner cette anxiété permet, sans aucun doute, à la patiente et à ses proches, de mieux vivre la maladie et les différents traitements (accepter, adhérer et tolérer), d'améliorer sa qualité de vie personnelle, familiale, professionnelle : à vivre tout simplement.*

*Ne négligeons pas cette anxiété qui peut parfois s'exprimer sous la forme d'une incompréhension et d'une agressivité !*

**Prendre le temps dès la 1<sup>re</sup> consultation est essentiel pour instaurer une relation de confiance qui se construira avec le temps.**



# 1. COMPRENDRE : De quoi parle-t-on ?

La confrontation au diagnostic d'un cancer et à ses conséquences rend nécessaire, pour les patientes et leurs proches, un important **travail d'adaptation psychique**, qui peut s'accompagner d'une **SOUFFRANCE PSYCHOLOGIQUE MAJEURE**.<sup>(1)</sup>

Cet état de souffrance psychologique peut être préexistant et être alors aggravé par la maladie et ses traitements.<sup>(1)</sup>

**L'anxiété est une émotion adaptative.**<sup>(2)</sup>

C'est une **ÉMOTION DÉSAGRÉABLE** que l'on ressent dans l'attente d'un danger à venir ou supposé.<sup>(2)\*</sup>

En fonction **de son intensité et de sa durée**, elle peut correspondre :<sup>(2)\*</sup>

À une **réaction anxieuse normale** qui est une réaction ponctuelle à des soucis concrets, comme par exemple la réalisation d'exams et consultations de surveillance, l'instauration d'un nouveau traitement...  
*(quelques minutes à quelques heures)*

Aiguë  
« normale »

À un **trouble de l'adaptation** qui peut être défini par une détresse émotionnelle « anormale » et parfois durable et réactionnelle, par exemple face à l'annonce d'une mauvaise nouvelle.  
*(quelques heures à quelques semaines)*

Subaiguë  
« anormale »

À un **trouble anxieux** qui peut être sous-jacent et révélé par le stress lié au cancer.  
*(plusieurs mois)*

Chronique

\* Avis d'experts

## Repères pour bien comprendre les différents troubles anxieux



- Les troubles anxieux doivent être évoqués si l'anxiété est à la fois **excessive** et entraîne une **souffrance clinique significative** ou une altération du fonctionnement psychologique, social, professionnel... sur **une durée suffisante**.<sup>(2)</sup>
- Les troubles anxieux sont **hétérogènes** et **les plus souvent retrouvés** en oncologie sont les suivants :<sup>(2)\*</sup>

<b>Trouble anxieux généralisé</b>	Anxiété et soucis excessifs / Difficulté à contrôler cette préoccupation / Anxiété associée à des symptômes somatiques (agitation, fatigabilité, difficultés de concentration, irritabilité, tension musculaire, perturbation du sommeil)
-----------------------------------	---

<b>Trouble panique / Attaque de panique</b>	Répétition invalidante d'attaques de panique et anxiété anticipatoire (peur de faire de nouvelles attaques de panique) / Montée brusque de crainte intense ou de malaise intense qui atteint son acmé en quelques minutes, avec la survenue de plusieurs symptômes** (≥ 4)
---	--

<b>Syndrome de stress post-traumatique (PTSD)</b>	Anxiété qui apparaît après un événement traumatique vécu comme étant extrême (événement représentant objectivement ou subjectivement une menace vitale, une grave blessure ou une menace pour l'intégrité physique) Présence d'un syndrome de répétition (souvenirs et/ou rêves répétitifs, épisodes de « flash-back »...), d'un syndrome d'évitement (évitement phobique des situations qui rappellent l'épisode traumatique), des altérations négatives des cognitions et de l'humeur (amnésie dissociative, croyances négatives...) et d'un syndrome somatique (tension anxieuse permanente)
---	--

\*\* Palpitations, battements de cœur ou accélération du rythme cardiaque ; Transpiration ; Tremblements ou secousses musculaires ; Sensations de « souffle coupé » ou impression d'étouffement ; Sensation d'étranglement ; Douleur ou gêne thoracique ; Nausée ou gêne abdominale ; Sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide ou impression d'évanouissement ; Déréalisation (sentiments d'irréalité) ou dépersonnalisation (être détaché de soi) ; Peur de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou ; Peur de mourir ; Paresthésies (sensations d'engourdissement ou de picotements) ; Frissons ou bouffées de chaleur

# 1. COMPRENDRE : Quels impacts ?

Les états anxieux peuvent avoir de lourdes conséquences s'ils sont sous-estimés ou sous-traités. <sup>(1-3)</sup>



**Exacerbation des symptômes somatiques de la maladie ou des traitements** (nausées et vomissements anticipatoires, douleurs...) <sup>(2)</sup>



**Hospitalisation plus longue** indépendamment des états dépressifs <sup>(1)</sup>



**Dépression** <sup>(2)</sup>



**Détérioration de la qualité de vie** indépendamment des états dépressifs <sup>(1,2)</sup>

**Perturbation des soins médicaux :**

risque d'inobservance, perte de confiance vis-à-vis des soins ou de l'équipe médicale <sup>(2)</sup>



**Difficultés de compréhension des informations, de communication avec l'équipe médicale**, qui peuvent être source parfois d'agressivité de la part des patientes mais également des proches <sup>(2)\*</sup>

*Face à cette situation, l'intérêt de la communication est grand, il faut prendre le temps d'expliquer et d'avoir des relais (IDEC, infirmière d'annonce ou de parcours, psychologue...). Il ne faut pas hésiter à proposer également des consultations en binôme (médecin et IDE ou psychologue) et d'avoir une équipe soignante rassurante.\**

**Impact négatif sur la vie familiale, sociale et professionnelle** <sup>(1)</sup>



La souffrance psychologique est très fréquente en **oncologie**. Les patientes en cours de traitement ou guéries sont **toutes concernées** par l'anxiété et les troubles anxieux. **Les conjoints, proches, parents ou enfants** peuvent également être touchés. <sup>(1,2)</sup>

Dans le cancer du sein

**ENVIRON 1  
PATIENTE SUR 3**

est concernée par un **trouble anxieux ou une dépression**. <sup>(3)</sup>



C'est pourquoi, **LA MOBILISATION ET LA COORDINATION DE TOUS LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ** sont nécessaires dans le repérage et le traitement précoce de la souffrance psychologique, qui font **partie intégrante du parcours de soins**. <sup>(2)</sup>

\* Avis d'experts

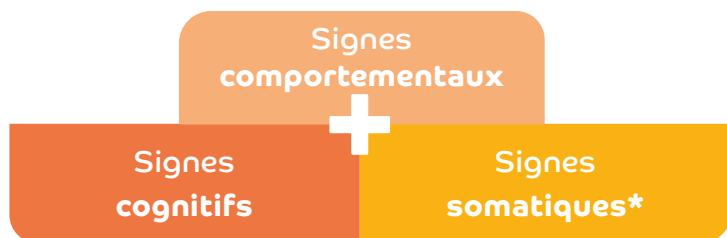


## 2. REPÉRER / ÉVALUER : Quels sont les signes ?

Le repérage et l'évaluation de la souffrance psychologique reposent en premier lieu sur l'**ENTRETIEN CLINIQUE** avec la patiente. <sup>(1)</sup>

**L'anxiété s'exprime selon 3 composantes :  
comportementale, cognitive et somatique.** <sup>(2)</sup>

- Agressivité, irritabilité, agitation
- Dénî
- Repli, sidération
- Troubles du sommeil...



- Sensation de tension intérieure, hypervigilance
- Anticipation dramatisée des événements futurs
- Impatience
- Sensation de perte de contrôle
- Difficultés à intégrer les informations...

- Cardiovasculaires : palpitations, tachycardie, douleur thoracique atypique...
- Respiratoires : oppression thoracique, gêne respiratoire, accès de toux, polypnée...
- Neuromusculaires : crampes, tremblements, paresthésies, sensations vertigineuses...
- Digestifs : spasmes pharyngés, nausée, boule à l'estomac, spasmes coliques...
- Neurovégétatifs : sueurs, sécheresse buccale...

**Repères pour bien différencier  
humeur anxieuse et dépressive** <sup>(2)</sup>



	<b>ANXIÉTÉ</b>	<b>DÉPRESSION</b>
<b>Humeur</b>	Appréhension Plaisir gâché par l'inquiétude	Tristesse Perte de plaisir
<b>Contenu de pensée</b>	Manque de confiance en soi Doute surmontable si conseils diversifiés mais parasités	Autodépréciation Baisse de l'estime de soi Perte d'espoir, fatalisme Appauvrissement
<b>Troubles psychomoteurs</b>	Pas de ralentissement moteur Agitation anxieuse Logorrhée	Ralentissement psychomoteur possible Baisse du débit verbal
<b>Troubles somatiques</b>	Insomnie d'endormissement Fatigue vespérale	Insomnie matinale Fatigue matinale
<b>Comportement social</b>	Crainte de la solitude et de l'abandon	Repli sur soi Retranchement

\* Difficiles à distinguer des symptômes somatiques du cancer ou des effets indésirables des traitements. <sup>(2)</sup>

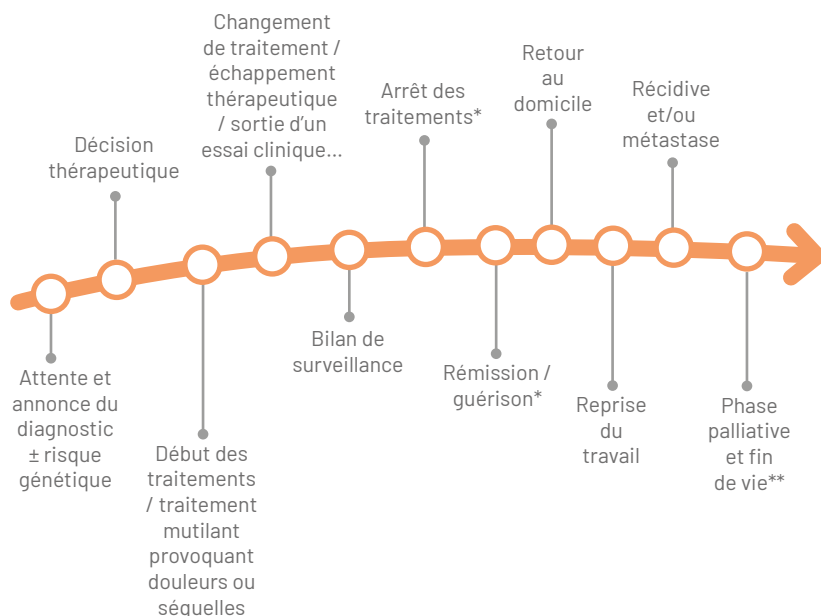


## 2. REPÉRER / ÉVALUER : À quel moment du parcours ? Quelles patientes ?

**Le risque de souffrance psychologique est à repérer à tout moment du parcours de soins.** <sup>(1)</sup>

Certaines périodes peuvent être plus particulièrement difficiles à vivre pour la patiente et doivent faire l'objet d'une **VIGILANCE ACCRUE**. <sup>(1)</sup>

**Résurgences anxieuses classiques tout au long du parcours** <sup>(1,2)</sup>



Au-delà de ces moments précis identifiés comme critiques, la souffrance peut survenir **À TOUT MOMENT** dans la vie de la patiente. Une multitude de **facteurs individuels** peuvent être impliqués dans sa survenue : <sup>(1)</sup>

### • Symptômes physiques

(douleurs, fatigue, nausées...)



### • Traitements reçus

### • Prise de conscience de l'évolutivité du cancer



### • Relations avec l'équipe soignante

### • Tout autre événement significatif

pour la patiente (événements familiaux, socioprofessionnels, perte de la fertilité...)



Chaque changement (même positif comme le retour à domicile) peut constituer un stress et induire de l'anxiété. \*\*\*

\* L'anxiété peut s'accroître à la fin de la phase active des traitements et lors des phases de rémission/guérison du fait d'un sentiment d'insécurité et d'abandon (espacement du suivi de l'équipe médicale), de l'incertitude quant à l'avenir et de la peur de la récurrence. <sup>(1,2)</sup>

\*\* Juxtaposition de symptômes somatiques, de détresse émotionnelle (anxiété, dépression) et de symptômes confusionnels. <sup>(2)</sup>

\*\*\* Avis d'experts



### Les profils de patientes particulièrement vulnérables doivent être impérativement suivis.<sup>(1,2)</sup>

En plus des périodes à risque et des situations difficiles, certaines patientes ont des **FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ PERSONNELS**. Ces facteurs doivent être impérativement recherchés par les professionnels de santé **dès le début de la maladie, puis lors des moments critiques du parcours**. Parmi ces facteurs, il est possible de citer :<sup>(1)</sup>



#### Antécédents psychiatriques personnels

(anxiété, dépression, troubles de la personnalité, tentative de suicide, pathologie psychiatrique chronique comme la schizophrénie ou un trouble bipolaire...) **et/ou familiaux** (suicide, dépression)



Présence d'une ou de plusieurs **addictions** (alcool, drogue...)



**Handicap physique, maladie chronique**



**Isolement social**, deuil ou événements traumatiques récents



**Responsabilités** financières, familiales et sociales importantes



## 2. REPÉRER / ÉVALUER : Quels outils ?

Après avoir exclu une cause physiologique (comme un effet indésirable du traitement) ou une évolution de la maladie (métastases cérébrales...), l'évaluation de la sévérité de la souffrance psychologique nécessite une **DÉMARCHE STRUCTURÉE** qui repose sur le dialogue avec la patiente.<sup>(1)</sup>

Elle consiste à **analyser la situation actuelle** de la personne confrontée au cancer, à **repérer ses facteurs de risque** mais aussi ses ressources, à **appréhender sa demande d'aide** psychologique et à **rechercher les difficultés psycho-pathologiques majeures** qui nécessiteraient une évaluation psychologique systématique d'emblée.<sup>(1)</sup>

### Il existe des outils spécifiques pour aider les professionnels de santé à mesurer les symptômes psychologiques.<sup>(1)</sup>

Ces outils facilitent un **langage commun** entre les professionnels. Plusieurs outils de dépistage existent, mais peu d'entre eux sont validés en français en oncologie.<sup>(1)</sup>



Il est possible d'utiliser le **QUESTIONNAIRE HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)** et/ou l'échelle de détresse psychologique afin d'évaluer l'état psychologique de la patiente et l'orienter si nécessaire vers un psychiatre ou un psychologue.<sup>(1)</sup>

Les échelles psychométriques fournissent une aide au repérage et à l'évaluation mais ne remplacent pas l'évaluation clinique.\*

Compte tenu de sa fréquence et de sa survenue tout au long du parcours de soins, le repérage et l'évaluation de la souffrance psychologique ne sont pas uniquement réservés aux professionnels de soins psychiques, psychologues ou psychiatres. Tous les professionnels de santé doivent être en mesure de la **détecter pour ORIENTER AU PLUS TÔT vers un ACCOMPAGNEMENT ADAPTÉ.**<sup>(1)</sup>

### 3. CONSEILLER : Quel accompagnement ?

Rappelons que l'anxiété n'est pas nécessairement pathologique. Elle s'inscrit parfois dans le cadre d'un trouble anxieux ou de l'adaptation, mais elle correspond le plus souvent à une réaction psychologique normale. Lorsque celle-ci nécessite un accompagnement, **4 TYPES D'INTERVENTIONS NON MÉDICAMENTEUSES** peuvent être proposés : <sup>(2)\*</sup>



#### LA PSYCHO-ÉDUCATION

- **Principe** : information et éducation sur la maladie tumorale et ses traitements
- **Outils** : programmes, documents d'information (livrets, vidéos...)



#### LES PSYCHOTHÉRAPIES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES (meilleur niveau d'efficacité)

- **Principe** : thérapies psychologiques à court terme basées sur l'observation et la régulation des liens entre les pensées, les émotions et les comportements ; l'accent est mis sur les causes actuelles du comportement problème\*
- **Outils** : relaxation, exposition, restructuration cognitive, apprentissages



#### LA PSYCHOTHÉRAPIE VERBALE

- **Principe** : très nombreuses approches. Le plus souvent, une thérapie de soutien pendant la durée des traitements ou à la phase initiale de traitement\*
- **Outils** : entretiens individuels ou en groupe



#### LES APPROCHES PSYCHOCORPORELLES

- **Principe** : méthodes impliquant un travail corporel à visée psychothérapeutique, prophylactique et préventif (particulièrement utiles pour les patientes réticentes aux approches verbales), travail sur le sentiment de retrouver le contrôle de ses émotions
- **Outils** : relaxation, hypnose, yoga, musicothérapie...

Lorsqu'un trouble anxieux ou de l'adaptation est avéré, et/ou qu'un traitement médicamenteux est indiqué, il est possible d'avoir recours à **PLUSIEURS TYPES DE TRAITEMENT**. <sup>(2)\*</sup>

#### Repères pour le traitement médicamenteux de l'anxiété <sup>(2)\*</sup>



##### Traitements étiologiques

En fonction de l'étiologie (douleurs, dyspnée...) : antalgiques, traitements à visée euphémisante, culots globulaires, hypocalcémiant...

##### Anxiolytiques

Si l'anxiété est intense et ne cède pas malgré une prise en charge relationnelle, environnementale et étiologique adaptée, les benzodiazépines peuvent être utiles.

En raison des effets secondaires (sommolence, risque de chute chez la personne âgée, etc.) et des risques de dépendance, la prescription de benzodiazépines doit être ponctuelle ou transitoire.

##### Antidépresseurs

Les médicaments à prescrire en traitement de fond d'un trouble anxieux ne sont pas les anxiolytiques mais les antidépresseurs (ISRS, ISRSNa\*\*). Les antidépresseurs, dans cette indication, sont à introduire progressivement. Leur délai d'action est de deux à six semaines, c'est pourquoi on associe parfois des benzodiazépines en début de traitement.

##### Antipsychotiques

Il est parfois utile d'avoir recours à ce type de traitement, notamment en cas d'anxiété associée à un autre trouble psychopathologique (délire, hallucinations, agressivité, agitation...)



### 3. CONSEILLER : Quand adresser ? Vers qui ?

Quand un trouble anxieux a été repéré ou que l'intensité de la détresse le justifie, la patiente peut être orientée vers des soins psychiques spécialisés. <sup>(1)</sup>



**Il est nécessaire d'informer précocement et systématiquement de la possibilité d'un soutien psychologique.** <sup>(1,4)</sup>

Il est nécessaire de veiller à présenter les ressources à disposition à la patiente et à ses proches **DÈS LA CONSULTATION D'ANNONCE** ou lors du temps d'accompagnement soignant (le plus près possible du diagnostic), et **à n'importe quel moment du parcours de soins.**

Dans ce cas, il s'agit d'une **PROPOSITION D'ORIENTATION et non d'une injonction.**

Accepter l'aide d'un « psy »\* suppose que la patiente a évolué de la souffrance ressentie à une demande d'aide. <sup>(4)</sup>



À ce stade, il est indispensable d'expliquer à la patiente et à ses proches les **conditions d'accès à UN PSYCHIATRE OU UN PSYCHOLOGUE existant et disponible, notamment en milieu hospitalier** *via* les professionnels et / ou les unités de soins psychiques. Il convient également de **rassurer sur le cadre du suivi psychologique** (bienveillance du psychologue, respect de la confidentialité...). <sup>(1,4)</sup>

Parce qu'il est difficile d'orienter la patiente ou son entourage vers un professionnel spécialisé du fait de **réticence/ résistance au soutien psychologique**, l'orientation doit se faire dans la **continuité de la prise en charge somatique**, doit mettre en évidence la nécessité de **compétences spécifiques** et doit s'inscrire dans une **démarche pluridisciplinaire.** <sup>(4)</sup>



\* «Psy» : terme qui fait référence indifféremment au psychologue clinicien ou au psychiatre

## Repères pour l'orientation<sup>(2)</sup>



Cause somatique associée  
→ Traitement de la cause et si besoin,  
traitement anxiolytique et/ou **consultation spécialisée**  
**(médecin de la douleur...)**

.....

Trouble anxieux connu antérieur au cancer  
→ **Consultation spécialisée (psychologue, psychiatre)**  
avec psychothérapie ± traitement de fond par  
antidépresseur ± anxiolytique si besoin

.....

PTSD\*  
→ **Consultation spécialisée (psychologue, psychiatre)**  
avec psychothérapie ± traitement de fond par  
antidépresseur ± anxiolytique si besoin

.....

Absence de trouble anxieux connu antérieur  
au cancer  
→ Écoute empathique, attitude de soutien et de  
réassurance, aide à l'expression, psychothérapie brève  
+ pharmacothérapie anxiolytique en cas d'évolution non  
favorable

.....

Persistance du trouble  
→ **Consultation spécialisée (psychologue, psychiatre)**  
avec psychothérapie ± traitement de fond par  
antidépresseur ± anxiolytique si besoin

## RÉFÉRENCES

1. **INCa** (Institut National du Cancer). Repérage et traitement précoce de la souffrance psychique des patients atteints de cancer. Référentiel organisationnel. Avis d'experts. Janvier 2018.
2. **AFSOS** (Association Francophone des Soins Oncologiques de Support). **SFPO** (Société Française de Psycho-Oncologie). Troubles anxieux et cancer. Référentiels en Soins Oncologiques de Support. 27/03/2018.
3. **Cardoso F et al.** Global analysis of advanced/metastatic breast cancer: Decade report (2005-2015). The Breast 2018(39):131-8.
4. **AFSOS** (Association Francophone des Soins Oncologiques de Support). **SFPO** (Société Française de Psycho-Oncologie). Accompagnement psychologique et cancer : comment orienter ? Référentiels en Soins Oncologiques de Support. 12/03/2018.

## POUR ALLER PLUS LOIN

**Bourgognon F et Penet C.**

La thérapie d'acceptation et d'engagement.  
Que sais-je ? / Humensis. 1<sup>re</sup> édition : juin 2021.

\* PTSD : syndrome de stress post-traumatique

## 3 REPÈRES POUR LA PRATIQUE



### COMPRENDRE

- **Une souffrance psychologique fréquente en oncologie** qui touche  $\approx$  1 patiente sur 3 atteinte de cancer du sein (trouble anxieux ou dépression)<sup>(3)</sup>
- **Un impact considérable** sur les soins / la communication avec les équipes soignantes et la qualité de vie<sup>(1-3)</sup>



### REPÉRER / ÉVALUER

- **Un repérage qui repose sur l'entretien clinique** avec la patiente
- **À réaliser à tout moment du parcours de soins** avec une vigilance accrue lors des moments critiques et suivi impératif des patientes avec facteur de vulnérabilité personnelle<sup>(1,2)</sup>
- **Une évaluation possible via des outils spécifiques** comme le questionnaire HADS associés à une évaluation clinique<sup>(1,2)</sup>



### CONSEILLER

- **Une mise en place le plus tôt possible d'un accompagnement adapté** basé sur des thérapies psychosociales  $\pm$  des traitements médicamenteux<sup>(1,2)</sup>
- **Une information systématique** de la possibilité d'un soutien psychologique dès la consultation d'annonce<sup>(1,2)</sup>
- **Une proposition d'orientation vers un psychiatre ou psychologue** dès l'identification d'une souffrance psychologique<sup>(1,2)</sup>



## IMPULSION

Ensemble contre le cancer du sein métastatique