

Chapitre PRID

Dépression et cancers

S. Dolbeault, G. Marx, P. Saltel

Introduction

La question de la dépression en cancérologie se pose aujourd'hui dans un contexte nouveau, celui des progrès thérapeutiques accomplis dans le champ de l'oncologie, lesquels ont transformé le pronostic.

Le cancer représente désormais une affection somatique susceptible d'être curable, mais aussi d'évolution chronique.

Les cancers, et les stratégies thérapeutiques adoptées qui en résultent, représentent des stress itératifs auxquels les patients, leur entourage, mais aussi leurs soignants, auront à faire face.

Outre la prise en compte de la douleur physique, la dimension de souffrance psychique devient de ce fait un enjeu majeur qui concerne tous les partenaires du soin.

Néanmoins, les concepts et les méthodes qui permettent d'explorer le champ de la détresse psychologique en cancérologie restent mal définis. Ainsi le diagnostic de dépression en cancérologie et les modalités de sa prise en charge posent encore question.

Quoi qu'il en soit, ce sera la qualité de l'approche relationnelle et de la communication entre le patient et ses soignants qui sera décisive en termes de qualité de prise en charge et de satisfaction du patient et de la famille.

Souffrance et Dépression

Les travaux les plus récents proposent une approche pragmatique à partir du concept de « détresse psychologique » (« psychological distress »).

Jimmie Holland (Holland) définit ce concept comme suit : « la détresse est une expérience émotionnelle désagréable, de nature psychologique (émotionnelle, cognitive, comportementale), sociale, et spirituelle, qui influe sur la capacité à « faire face », de façon efficace, au cancer et à ses traitements. La détresse psychologique s'inscrit sur un « continuum » allant des sentiments « normaux » de vulnérabilité, tristesse, craintes, jusqu'à des difficultés pouvant devenir invalidantes, telles que l'anxiété, la dépression, l'isolement social et la crise spirituelle ».

Le choix de ce terme est lié à son caractère moins stigmatisant que les termes à connotation psychopathologique, plus acceptable et plus facile à utiliser pour le soignant qui interroge le patient sur son état émotionnel.

Soulignons le fait que cette approche est calquée sur la démarche déjà appliquée à la prise en charge de la douleur et qu'elle permet, de la même façon, d'objectiver et de quantifier les besoins.

Elle permet de préciser les différentes dimensions du concept de détresse psychologique, en ayant souci de ne pas hiérarchiser ses différents aspects. Cette approche assume l'existence d'un continuum entre les états allant du « normal » au « pathologique ». Elle ne signifie pas pour autant la banalisation des difficultés observées.

La réflexion conduite par les anglo-saxons à partir du concept de « détresse psychologique » observée en oncologie est une illustration remarquable de ce en quoi consiste la démarche psycho-oncologique, où chaque partenaire du soin est concerné et doit se positionner pour intervenir ou non, en fonction de sa spécificité professionnelle et du domaine de compétences requises. Ceci s'applique bien à l'abord de la détresse psychologique, dont l'origine peut être de plusieurs ordres, psychologique, mais aussi médical, social, spirituel, existentiel.

Cette approche doit débiter par une redéfinition des rôles de chacun, un repérage des zones de recouvrement de compétences entre deux champs, un apprentissage de l'utilité et des limites de l'autre.

En effectuant une démarche par paliers, où sont utilisés l'entretien individuel ou familial, l'exploration des différents domaines de la vie du patient, et en utilisant les outils de dépistage simples (comme les échelles de qualité de vie adaptées au cancer), on facilite le choix du bon intervenant et une approche multidisciplinaire de qualité.

A l'opposé d'une approche qui assume l'existence d'un continuum entre les états allant du « normal » au « pathologique », le point de vue psychopathologique soulignerait plutôt la notion de rupture : dans les situations où le fonctionnement psychique apparaît en rupture manifeste avec les modalités antérieures, on peut alors évoquer des troubles authentiquement psychiatriques.

Des troubles de l'adaptation... à la dépression ?

Les efforts d'adaptation que les patients vont devoir développer sont l'expression d'un travail psychique ayant pour objet de préserver l'intégrité psychique et corporelle, récupérer ce qui est réversible et compenser ce qui est irréversible, mais aussi et surtout atténuer la dimension de souffrance psychique et de douleur physique.

En d'autres termes, il s'agit du concept anglo-saxon de « coping ».

On peut qualifier de « normales » les réactions de nature émotionnelle, cognitive, comportementale, auxquelles ces efforts d'adaptation vont donner lieu, dans la mesure où celles-ci conduiront à l'obtention du niveau de détresse le plus bas possible. Mais l'échec de tels efforts pourra aussi conduire les patients à éprouver des difficultés, voire à extérioriser des troubles, qualifiés par les auteurs anglo-saxons de troubles de l'adaptation (« adjustment disorders »). Ceux-ci sont décrits comme étant transitoires, situationnels, fluctuants, et d'intensité variable. Ils n'en sont pas moins source de souffrance, et susceptibles d'avoir des implications majeures sur la vie familiale et sociale.

Dans un contexte somatique tel que la cancérologie, où le patient est exposé à un cours évolutif chronique comportant les stress itératifs que représentent : le risque de récurrence et/ou d'extension métastatique, l'incertitude du pronostic (syndrome de l'épée de Damoclès), les stratégies thérapeutiques successives, la question du moment de survenue des troubles de l'adaptation et surtout de leur durée possible est posée. En effet, comme le souligne J. Strain (Handbook of P.-O., 1998), ces troubles devaient (par définition) se résoudre dans un laps de temps de six mois après le « stress », délai au delà duquel un autre diagnostic psychiatrique devait être posé. Ce n'est qu'à partir du D.S.M. IV (1994) qu'une distinction a été introduite entre troubles de l'adaptation aigus (de durée inférieure à six mois après le stress), et chroniques (de durée supérieure à six mois après le stress), prenant en compte le fait qu'une affection somatique chronique et les traitements qui en résultent sont source de stress itératifs.

Les troubles dépressifs (« depressive disorders »), quant à eux, sont évoqués lorsque la permanence des symptômes atténue la probabilité de leur résolution spontanée, et entrave gravement les capacités d'élaboration des difficultés concrètes auxquelles le patient doit faire face, dans le contexte de sa pathologie cancéreuse (Marx) (Razavi).

Diagnostic de Dépression

Les écarts de prévalence observés, en termes de symptômes dépressifs, sont considérables puisqu'ils vont de 4,5 % (6 % selon Derogatis) (Derogatis) jusqu'à 58 %.

Ces écarts peuvent être attribués à la diversité des populations étudiées :

- s'agit-il de repérer la dimension dépressive chez des patients cancéreux, quelque soit l'âge du patient, le siège du cancer, son stade évolutif (qu'il y ait ou non récurrence et/ou extension métastatique), et les stratégies thérapeutiques adoptées ? On ne peut que souligner l'absence d'homogénéité des populations sur lesquelles ont porté ces études de prévalence.
- s'agit-il d'évaluer cette dimension chez des patients d'ores et déjà « sélectionnés », que ce soit sur des critères psychologiques (les patients adressés à une consultation de psychiatrie de liaison ou de

psycho-oncologie), ou somatiques (siège du cancer (Mc Daniel)); situation des patients, suivis en ambulatoire ou hospitalisés , en sachant que l'hospitalisation n'est pas toujours synonyme de gravité), voire sur des critères thérapeutiques.

Ces écarts peuvent aussi être expliqués par la diversité des outils de mesure.

Citons les résultats contrastés de deux études portant sur la prévalence des troubles anxio-dépressifs en cancérologie.

- M.J. Massie et J.C. Holland (M.J. Massie, Handbook of P.-O.) décrivent l'étude multicentrique conduite par Derogatis et al. (JAMA, 1983), réalisée au sein du « Psychosocial Collaborative Oncology Group » (PSYCOG), portant sur une population de 215 patients cancéreux hospitalisés ou traités en ambulatoire, suivis et traités dans trois centres de lutte contre le cancer aux U.S.A. Ces auteurs, à l'aide d'un système de classification diagnostique internationale (D.S.M. III), ont évalué la prévalence des troubles « psychiatriques » au sein de cette population. Il en résulte le fait que : 53 % s'adaptaient « normalement » aux stress que représentent le cancer et les traitements qui en résultent ; alors que 47 % présentaient des troubles « psychiatriques » : en fait, plus des 2/3 (68 %) de ceux-ci extériorisaient une dimension anxieuse et/ou dépressive réactionnelle (troubles de l'adaptation avec humeur anxieuse ou dépressive), 13 % répondaient aux critères d'un état dépressif majeur, 8 % présentaient un trouble psychopathologique d'origine organique, 7 % un trouble de la personnalité, et 4 % un trouble anxieux préexistant...

- Kathol et al. (1990), cités par Sellick et al (PO 99) relativisent les résultats obtenus en termes de prévalence. Ces auteurs ont réalisé un « screening » portant sur 808 patient(e)s, à l'aide de l'H.R.S. (échelle d'Hamilton) et du B.D.I. (Beck depression inventory). 152 (19 %) patient(e)s faisaient état de symptômes dépressifs. Autour de 1/3 de ces 152 patient(e)s répondaient aux critères des troubles dépressifs majeurs (M.D.D.), en se référant à 4 systèmes de classification diagnostique internationale : le D.S.M. III (38 %), le D.S.M. III-R (30 %), les R.D.C. ou Research Diagnostic Criteria (25 %), et les critères de substitution d'Endicott (36 %). On observe le fait que les résultats sont variables en fonction du système auquel on se réfère (taux de prévalence plus bas lorsque les critères diagnostiques sont plus restrictifs), mais sont comparables (1/3). Surtout, si l'on prête attention aux pourcentages évoqués, ce sont 33 % de 19 %, c'est à dire 6,27 % des patient(e)s, qui répondent aux critères de dépression (M.D.D.), soit un taux de prévalence comparable à celui observé au sein de la population générale.

Rappelons en effet que la prévalence de la dépression observée au sein de la population générale serait d'au moins 6 %, en fait semble -t-il plus élevé. « 15 % des Français seraient dépressifs, mais un sur deux ne le sait pas... » (Le Monde du 23.09.99) : il s'agit là des résultats de l'enquête intitulée « prévalence et prise en charge médicale de la dépression en 96-97 », réalisée par le CREDES (Centre

de recherche, d'étude, et de documentation en économie de la santé) ; près de 7 % des personnes interrogées disent être « dépressives », et 8 % seraient dépistées comme telles sans qu'elles aient perçu le trouble dépressif dont elles souffrent.

En cancérologie, les différents diagnostics susceptibles d'être évoqués, selon M.J. Massie et J.C. Holland (1994), sont : les troubles dépressifs majeurs (Major Depressive Disorder) ; les troubles de l'adaptation avec humeur dépressive (Adjustment Disorder with Depressed Mood) ; les troubles dysthymiques (Dysthymic Disorder). Ces auteurs rapportent un taux de prévalence de dépression (plus) élevé lorsque les patients sont hospitalisés (25 %) : en fait, l'hospitalisation n'est pas toujours synonyme de gravité, en termes carcinologiques.

Le P.T.S.D. (état de stress post traumatique) est un diagnostic différentiel.

La question posée est celle de la perspective, dépistage de la dépression au sein d'une population, ou recherche, dans laquelle on s'inscrit.

Quatre approches ont ainsi été décrites (Cohen-Cole et al) :

- inclusive, où tous les symptômes sont repérés, que ceux-ci soient liés ou non à la dimension d'organicité (approche sensible et peu spécifique, adaptée au dépistage) ;
- à l'opposé, exclusive, où ne sont retenus que les critères sans ambiguïté liée au contexte somatique, tels que : anorexie, amaigrissement, fatigue (approche peu sensible et spécifique, appropriée à la recherche qui implique des critères plus restrictifs) ;
- étiologique, où chaque symptôme est « interprété » comme étant de nature psychologique ou somatique : on se réfère ici aux critères d'un système de classification diagnostique internationale, tel que le D.S.M. IV ;
- substitutive : l'ambiguïté des symptômes somatiques a incité certains auteurs comme Endicott, à les remplacer par des critères « psychologiques » jugés plus spécifiques dans ce contexte d'organicité.

En fait, les écarts de prévalence traduisent la difficulté à définir les critères diagnostiques de la dépression en cancérologie : plus le terme est défini avec précision, plus le taux de prévalence observé est bas.

La question posée est de savoir comment établir une distinction entre : repérer des symptômes, objectiver un authentique syndrome dépressif, poser la question d'une dépression (au sens de la maladie dépressive), en particulier en situation de passage à la chronicité ?

En cancérologie, l'accent doit être toujours mis sur des symptômes psychologiques plutôt que somatiques (Massie) : humeur dépressive, sentiments d'impuissance et de désespoir, perte de l'estime de soi, sentiments d'inutilité et de culpabilité, anhédonie, idées de « mort souhaitée » voire de suicide, et en termes de comportement : irritabilité, agressivité.

Les recommandations élaborées à partir des travaux de l'ANAES (ANAES), portant sur le suivi de patientes atteintes d'un cancer du sein non métastatique et visant à identifier les troubles dépressifs, proposent le recours à un entretien clinique structuré qui recherche les neuf symptômes susceptibles de s'inscrire dans le cadre d'un Episode Dépressif Majeur, au sens du DSM IV : humeur dépressive, anhédonie, fluctuations du poids corporel, troubles du sommeil, agitation ou ralentissement psychomoteur, anergie, sentiment de dévalorisation ou de culpabilité, troubles de la concentration et de l'attention, idées noires ou suicidaires.

En pratique, l'évaluation de la dimension dépressive s'inscrivant dans un contexte d'organicité, il est souvent difficile de différencier les symptômes de la dépression de ceux pouvant être liés à l'évolution de la maladie cancéreuse et aux effets secondaires des traitements.

Endicott a ainsi proposé des critères de substitution remplaçant les items somatiques par des items « psychologiques », certes non validés mais semblant plus spécifiques. Ainsi, à l'item « perte ou gain de poids significatif », est substitué « angoisse ou apparence dépressive du visage ou du corps (posture) » : l'item « insomnie ou hypersomnie » est remplacé par le « retrait social » ; à la « fatigue ou perte d'énergie » est substitué « rumination, apitoiement sur soi, ou pessimisme » ; l'item « diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer » est remplacé par le fait de « ne pouvoir reprendre courage... ».

On s'attachera en particulier à rechercher les sentiments d'impuissance et de désespoir (« helplessness – hopelessness »), qui sont souvent décrits dans ce contexte.

En fait, la reconnaissance de la détresse psychologique en oncologie dépasse le repérage et l'évaluation de la dimension dépressive ; on peut aller jusqu'à dire que les outils de mesure de la dépression objectivent une réalité qui apparaît très en deçà de la souffrance psychologique dont le cancer et ses implications thérapeutiques sont à l'origine.

L'approche clinique est essentielle, et en pratique, repose sur les questions qui ont été évoquées.

Mais dans le contexte hospitalier, il existe un risque de non-reconnaissance du diagnostic, lié à la courte durée des séjours, à la réticence des patients à évoquer leur détresse et à la crainte des soignants à entendre celle-ci s'exprimer, le discours ambiant étant souvent de tonalité combative et positive...

On peut alors avoir recours à des outils de « screening », les plus utilisés en cancérologie étant deux échelles d'auto-évaluation :

- l'HAD (Hospital Anxiety and Depression Rating Scale), constituée de 14 items, ayant pour objet de dépister les troubles anxieux et dépressifs,
- et le GHQ (General Health Questionnaire) dont il existe une forme abrégée de 12 items.

Ces deux outils ne comportent pas d'items somatiques, et constituent des instruments de dépistage largement utilisés dans le champ somatique, en particulier en cancérologie.

L'H.A.D. est une échelle d'auto-évaluation, comportant 14 items (quotés de 0 à 3) ayant pour objet de dépister chez les patient(e)s hospitalisé(e)s en médecine, la symptomatologie anxieuse et dépressive, et d'en évaluer la sévérité ; elle est constituée de deux sous-échelles, chacune comportant 7 items, une pour l'anxiété, l'autre pour la dépression ; mais cette structure en deux sous-échelles n'est pas constamment utilisée dans les divers travaux (en particulier, dans l'étude de validation en français réalisée par D. Razavi sur une population de patients cancéreux) (réf.). L'H.A.D. ne comporte pas d'items somatiques.

Le G.H.Q. est un auto-questionnaire utilisé pour le dépistage de troubles psychiatriques en médecine générale. Il existe plusieurs versions du G.H.Q.

En particulier, le G.H.Q. – 28 (cf. Dr A. Gauvain-Piquard, ANAES, 1998) comporte 4 facteurs de 7 items chacun, évaluant respectivement : les symptômes somatiques, l'anxiété et l'insomnie, le dysfonctionnement social, la dépression sévère.

La forme abrégée, constituée de 12 items, ne comporte pas d'items somatiques.

En termes d'échelles d'auto-évaluation, l'H.A.D. pourrait être préférée au G.H.Q., sur les arguments suivants : elle comporte moins d'items ; à l'opposé du G.H.Q., elle évalue un état, et non une modification d'état ; et surtout, elle est centrée sur l'évaluation de l'anxiété et de la dépression.)

La détermination des scores-seuil (« cut off ») est là aussi fonction de la perspective dans laquelle on s'inscrit, dépistage ou recherche.

Doit aussi être posée la question de l'acceptabilité, par les patient(e)s, de devoir participer à cette auto-évaluation.

Suicide

Le patient atteint de cancer a un risque relatif de suicide deux fois supérieur à celui observé dans la population générale (Breitbart). Les facteurs de risque identifiés sont les suivants : maladie évoluée et pronostic péjoratif ; douleur non contrôlée ; syndrome confusionnel ; dépression et surtout sentiment de désespoir ; antécédents psychiatriques (en particulier tentatives de suicide antérieures) ;

isolement social. Le sexe masculin et l'âge avancé accentuent aussi ce risque. Certaines localisations exposeraient à un risque dépressif (Mc Daniel) et suicidaire accru (pancréas, ORL, poumon).

Dépression et Douleur

L'évaluation de la dimension anxio-dépressive ne peut être réalisée de façon rigoureuse qu'après prise en compte du contexte possiblement algique, et ce d'autant que le patient atteint de cancer est susceptible d'attribuer une signification péjorative à ses douleurs. La prise en charge de la douleur pourra le plus souvent conduire à la résolution de symptômes de tonalité dépressive, en prêtant une attention particulière à l'irritabilité, l'insomnie, l'agressivité et l'agitation, la non compliance aux soins.

Dépression et fatigue

La fatigue représente une plainte extrêmement fréquente en oncologie. Peut-il s'agir d'un critère de dépression chez des patients atteints d'une affection somatique ? Existe-t-il une relation de causalité entre fatigue et dépression ? Dans quelle mesure celles-ci influent-elles sur la qualité de vie ? Une réponse affirmative à la première question peut être nuancée : fatigue et dépression ne suivent pas le même cours évolutif ; la relation de cause à effet entre ces deux dimensions n'est pas établie ; mais celles-ci influent l'une et l'autre sur la qualité de vie.

Dépression et facteurs organiques

La symptomatologie dépressive peut être liée à des facteurs organiques : à la localisation tumorale (tumeur cérébrale primitive ou secondaire, cancer du pancréas, ...), à un dysfonctionnement hormonal (dysthyroïdie, ...), à un trouble métabolique ou hydro-électrolytique. Il peut aussi s'agir de facteurs iatrogènes : les corticoïdes, l'interféron ou l'interleukine, d'utilisation fréquente, mais aussi certaines substances antinéoplasiques (vincristine, vinblastine, procarbazine, L-asparaginase, ... et surtout le tamoxifène). L'identification du facteur incriminé permet si possible sa correction ou sa suppression.

Dépression et fin de vie

La prévalence de la dépression en phase avancée du cancer est élevée et augmente avec l'altération croissante de l'état général. Le diagnostic peut être difficile dans des situations psycho-organiques souvent complexes. Il s'agit de différencier une dépression symptomatique, réactive aux psychotropes (antidépresseurs et/ou psychostimulants) et ainsi d'améliorer la qualité de vie du patient, quel que soit son âge, d'une « demande d'euthanasie », souvent mise en avant par le patient ou son entourage.

Les implications éthiques et médico-légales sont essentielles dans le contexte actuel de médiatisation de la question posée du « suicide médicalement assisté », lequel ne saurait être assimilé à une conduite suicidaire sous-tendue par une dépression non diagnostiquée.

II - DEPRESSION ET CANCER, CAUSE OU CONSEQUENCE ?

L'influence sur la santé de ce qu'il est convenu d'appeler le "moral" est une croyance volontiers admise. Néanmoins, la nature des facteurs psychologiques qui le déterminent est difficile à préciser.

En cancérologie, les interrogations portant sur les liens entre dépression et apparition ou évolution des cancers sont très anciennes (depuis Galien !); en fait, elles accompagnent depuis toujours les étapes de l'évolution du savoir, dans le champ de la psychologie et de la psychiatrie.

L'un des enjeux, important pour les cliniciens, réside bien sûr dans l'influence que de telles conceptions peuvent avoir sur la relation soignante, tant la notion de "croyance partagée" est décisive dans notre champ. Des études d'opinion réalisées auprès de cancérologues ont d'ailleurs révélé le fait que ces croyances sont partagées par plus d'un tiers d'entre eux et varient selon leurs fonctions (F Chauvin).

De nombreuses études ont été conduites, tentant de répondre à ces questions. Nous évoquerons les travaux les plus souvent cités.

1 - Dans une perspective épidémiologique :

. diverses études prospectives ont recherché l'existence d'une possible corrélation entre d'une part, les résultats d'évaluation quantifiée de facteurs psychologiques tels que "symptômes " ou "traits de caractère" dépressifs, et d'autre part, la survenue de maladies cancéreuses. La méta-analyse réalisée par McGee conclue à une association, en fait statistiquement peu significative, entre dépression et risque de développement ultérieur d'un cancer.(\$\$).

Plus récemment, deux études suscitent d'autres réflexions.

- l'étude de Knekt (1996), a été menée en Finlande auprès de 7000 hommes et femmes : après 14 ans de suivi, 605 personnes ont développé un cancer. Un score de "dépressivité" avait été établi au moment de l'inclusion à l'aide du GHQ. 57% des patients présentant des symptômes dépressifs répondaient dans cette étude aux critères d'une forte "dépressivité"; alors que seulement 29% présentaient des symptômes de dépression clinique. Une distinction est ainsi établie entre la notion de "dépressivité" et celle de dépression clinique. Le risque global de cancer est augmenté chez les sujets ayant un fort score de "dépressivité" (risque relatif : 2,5), mais la corrélation n'est pas significative pour le cancer du sein. Chez les fumeurs, le risque relatif est beaucoup plus élevé (plus de 20 fois) comparé à ceux qui n'ont pas un tel score de "dépressivité".

- l'étude de Penninx, réalisée auprès de sujets âgés (4825 personnes de plus de 71 ans) utilise l'échelle CES.D au cours de 3 évaluations successives (tous les 2 ans). Chez les patients présentant à chaque évaluation un score supérieur à 20, le risque de survenue d'un cancer est augmenté (risque relatif : 2).

Dans ces deux études, c'est ainsi la conjonction de deux facteurs de risque, la dépression d'une part, le tabagisme ou l'âge d'autre part, qui peut se révéler statistiquement significative.

. En termes pronostiques, d'autres travaux ont tenté d'évaluer l'influence des facteurs psychologiques, non pas sur la survenue mais sur l'évolution des maladies cancéreuses.

La publication par Derogatis (1979) des résultats d'une étude révélant une corrélation entre état émotionnel et/ou (\$\$) modalités d'adaptation psychologique et la durée de survie chez 35 patientes

atteintes d'un cancer du sein métastatique, a ouvert un nouveau domaine de recherche. Des scores significativement plus élevés sur l'échelle SCL-90, en particulier les items d'anxiété, d'hostilité, étaient retrouvés chez les patientes toujours en vie plus d'un an après le bilan psychologique initial. Ainsi, les manifestations émotionnelles et l'extériorisation des affects même négatifs semblaient augurer d'une meilleure évolution.

Cette constatation semble plutôt confirmée par des travaux ultérieurs.

Puis d'autres auteurs se sont attachés à préciser l'impact des différentes modalités d'adaptation psychologique sur la survie, en particulier Greer et Watson; alors que leurs premiers travaux évoquaient la possibilité d'un impact positif d'attitudes dites d'esprit combatif ("fighting spirit") ou de déni sur le pronostic du cancer du sein, leur dernière publication (1999) conclue à des résultats différents. En effet, le suivi pendant cinq ans de 578 femmes atteintes de formes précoces de cancer du sein ne confirme pas l'impact sur la survie de l'attitude dite de "fighting spirit" évaluée pendant la période qui suit la fin des traitements (1 an environ). Cette hypothèse avait pourtant sous-tendu de nombreux programmes de soutien psychologique à ces patientes. Ils observaient néanmoins une diminution sévère de la durée moyenne de survie chez les patientes présentant des scores élevés de dépression mesurés à l'aide de l'HADS (risque relatif : 3,59) (\$\$). Ce résultat est nuancé car 2% seulement de la population étudiée présentaient de tels scores.

2 - Perspective psychopathologique

2-1 L'école psychosomatique de P. Marty :

La maladie somatique grave est considérée par cet auteur comme la conséquence possible d'une décompensation de nature psychologique survenant souvent après une perte, une expérience de séparation chez un individu dont l'équilibre se maintenait jusqu'alors à l'aide d'un mécanisme prévalent de "répression des affects", d'une autre nature que le "refoulement" (Marty 88).

Les différents auteurs issus de cette école s'intéressent au fonctionnement mental en termes d'économie psychique, et en particulier à la place du fantasme. L'attention est portée sur la qualité de la "mentalisation" (richesse du préconscient, fluidité des représentations, permanence du fonctionnement associatif) dont le défaut ou l'absence exposerait au risque de "dépression essentielle".

Ce terme de "dépression essentielle" rend compte d'une clinique qui se caractérise par le "manque" : de tout tonus libidinal mais aussi de toute extériorisation de la souffrance psychique qui permettrait une évolution, ne serait ce que par la mobilisation de l'entourage. Un tel état pourrait être à l'origine d'une désorganisation profonde des processus psychiques qui aboutirait à une somatisation plus ou moins grave. Selon ces auteurs, toute pathologie somatique peut être analysée comme étant

l'expression d'une somatisation, sans que soit discuté ce par quoi un tel processus conduirait plutôt à une pathologie vasculaire que cancéreuse. D'autres écoles ont différencié ces deux modalités de "décompensation".

2-2 L'école cognitivo-comportementale :

Une étude de Kneier et Temoshok (1984) compare le mode d'expression spontanée des émotions chez des patients cancéreux à celui de patients atteints de maladies cardio-vasculaires. Leur état de tension anxieuse étant comparable, ces derniers expriment beaucoup mieux leur désarroi par la parole ou par les attitudes. Temoshok va développer cette observation en proposant d'individualiser un style de personnalité exposant au risque de cancer. A l'opposé des personnalités de type "A" considérées comme exposées au risque cardio-vasculaire et décrites comme impatientes, actives, attirées par la compétition voire plutôt "hostiles", l'auteur définit un type "C" caractérisé de la façon suivante : sujet coopératif, non conflictuel, affable; adoptant peu d'attitudes assertives et soumis aux contraintes externes; exprimant peu d'émotions négatives.

Selon cet auteur, un tel mode d'adaptation exposerait, dans les situations de stress, à l'aggravation d'une maladie cancéreuse. Il s'agit là du mécanisme dit de "répression des affects", inhérent à ce type de personnalité, et qui comporterait un risque d'ordre psychosomatique.

D'autres auteurs vont explorer ces hypothèses, en particulier Eysenk et Grossarth-Maticek (1988); ceux-ci individualisent deux types de personnalité exposés au risque de cancer, caractérisés : pour le type 1, par l'attitude de soumission et le sentiment d'impuissance; pour le type 5, par le caractère rationnel, "anti-émotionnel".

Deux études récentes utilisent aussi une méthodologie ayant recours aux inventaires de personnalité.

- L'étude de Ratcliffe (1998) explore la propension à la dissimulation des sentiments et des affects, à l'aide du questionnaire "Eysenk Personality Inventory " (EPI\$) auprès de patients atteints de lymphomes hodghkiniens ou non. L'auteur ne retrouve pas de corrélation entre les scores du questionnaire et ceux de l'échelle HADS explorant les dimensions anxieuse et dépressive. La survie de ces patients se révèle néanmoins corrélée, 5 ans plus tard, avec les scores initiaux à l'EPI \$\$\$; ces scores sont certes dépendants de l'âge du patient, mais resteraient prédictifs quand l'analyse statistique prend en compte ce facteur. De plus, des scores élevés à la sous-échelle dépression de l'HADS seraient statistiquement corrélés à la survie.

- L'étude de Bleiker (1996), menée auprès d'une population sollicitée dans le cadre du dépistage de cancer du sein (sur 9700 femmes, le diagnostic de cancer sera posé chez 131 d'entre elles), n'observe qu'une très faible corrélation entre les scores de l'item dit "anti-émotionnel"^a du questionnaire S.A.Q.N (élaboré pour ce travail) et le risque de cancer (risque relatif : 1.19).

3 - Etudes de Qualité de Vie

L'évaluation de la qualité de vie est une pratique qui tend à se généraliser en cancérologie, en particulier lors d'essais cliniques.

- Une première étude (Coates, 1993) a été menée sur une population de patients atteints de mélanome métastatique dans le cadre d'un essai clinique randomisé évaluant les effets de l'interféron. Elle conclue à une corrélation statistiquement significative entre les scores obtenus par des échelles de qualité de vie (échelles Lasa et QL-index de Spitzer) et la durée de vie. Ce résultat est conforté par une deuxième publication (Coates 1999), où la même équipe, après une évaluation plus large des facteurs psychosociaux (attentes à l'égard des traitements, stratégies d'adaptation) chez 125 patients atteints de la même pathologie, retient comme facteurs prédictifs de la survie le score global de qualité de vie, mais aussi l'idée que le patient se fait au début du traitement des objectifs de celui-ci. Il lui était en effet demandé d'indiquer quel était, selon lui, le but du traitement : guérison complète, rémission prolongée, rémission brève, réduction des symptômes à visée palliative. Cinq ans plus tard, la courbe de survie se révèle significativement plus favorable chez les patients ayant "choisi" les deux premières options. Un tel résultat ferait donc du "moral", ou tout au moins de "l'optimisme", un facteur pronostique...

4 - Etat des lieux et perspectives

Les cancers sont d'origine multifactorielle et leur évolution dépend d'une dynamique globale, les facteurs impliqués étant multiples. Quelques observations isolées réalisées par les cancérologues au quotidien les amènent volontiers à accepter une possible influence de facteurs psychoaffectifs et de la dépression, dans la survenue et l'évolution de la maladie.

Pourtant, les résultats de nombreux travaux scientifiques qui ont tenté de préciser les déterminants éventuels dans ce domaine, sont restés jusqu'alors peu concluants. Quelque soient la méthodologie ou les positions théoriques sous-tendant ceux-ci, quelques observations sont néanmoins soulignées dans la littérature :

- la "dépression" comme expérience psychopathologique survenant sous la forme d'épisodes cliniques ne semble pas avoir d'influence;
- la "dépression" comme dimension de la personnalité, pouvant avoir une influence dans deux directions opposées.

Le pronostic serait plus péjoratif lorsqu'il existe des sentiments d'impuissance et/ou de désespoir ("helplessness/hopelessness"). A l'opposé, la dimension "d'optimisme" (Carver et Scheir), alors assimilée à une disposition constitutionnelle, pourrait participer à l'adaptation psychologique à une situation éprouvante ainsi qu'à l'évolution de certaines pathologies.

En d'autres termes, la capacité du patient à persévérer dans ses projets et activités est ici considérée comme un critère déterminant; alors que le désengagement dans les épreuves pourrait conduire à des affects dépressifs et représenter un facteur pronostique péjoratif. Il n'existe cependant pas de travaux ayant validé cette hypothèse.

Après avoir été mises en évidence dans des situations de deuil (Bartrop, 1977), les conséquences des états dépressifs sur l'activité du système immunitaire ont été décrites dans de nombreux travaux. L'étude de Fawzy (1992) conduite auprès de patients atteints de mélanome, témoigne de l'impact possible de techniques de soutien psychologique (participation à un groupe psycho-éducatif) sur des paramètres immunitaires. Néanmoins, les différences de survie observées 6 ans plus tard entre le groupe ayant bénéficié du soutien psychologique et le groupe témoin ne semblent pas liées à l'évolution des facteurs immunitaires. Par ailleurs, la proportion de patients perdus de vue limite la validité de ces résultats.

Il apparaît ainsi que les nombreuses observations citées conduisent à des résultats partiels, souvent contradictoires, ayant néanmoins pour objet de reconnaître le possible déterminisme psychologique dans la survenue et/ou l'évolution de certains cancers. Ceci amène à poser la question de savoir si, quand, et jusqu'où le système immunitaire est impliqué.

IV- LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

La prise en charge de la dépression en cancérologie pose deux questions : institution d'un traitement psychotrope et/ou bien-fondé d'une approche psychothérapique.

1 - Approches psychopharmacologiques

1a - Les antidépresseurs

De nombreux auteurs se sont attachés au fait de résoudre les problèmes thérapeutiques liés à la situation de comorbidité, la dépression s'inscrivant ici dans un contexte carcinologique. Il s'agit de prendre en compte les questions d'ordre pharmacocinétique, pharmacodynamique, et les possibles interactions et potentialisations médicamenteuses. Ceci nécessite l'adaptation des modalités habituelles de prescription

des antidépresseurs à ces situations complexes (Cunningham, J Clin Psy, 94) (Strain, PO, 98), (Kalash, PO, 98) (Newport, 98).

(Evans, Dep et Anx, 97), (Mc Coy, J. Fam., 96/97) (Mc Daniel Archives, 95), (Massie, Gagnon, J Pain 94). Dans un tel contexte, il peut en résulter une meilleure compliance.

Il importe de rechercher le meilleur compromis efficacité/tolérance, en d'autres termes le meilleur compromis bénéfices/risques.

(Lovejoy Cancer Nursing, 1996), (Massie, PO 94), (Petitto, Sem Clin O, 98).

(Psycho-Oncology, 1998 7, 4, "Special edition - Psychopharmacology in cancer medicine") Kalash (Kalash, Psycho-Oncology, 1998,)

Certains auteurs (Strain, Psycho-Oncology, 1998,) ont été jusqu'à proposer un modèle informatisé permettant de repérer

systématiquement pour les éviter, les interactions néfastes entre psychotropes et autres molécules.

Est aussi posée la question du choix de la classe d'antidépresseurs. Plusieurs auteurs préconisent les antidépresseurs de nouvelle génération, en particulier les sérotoninergiques, considérés comme étant d'efficacité comparable, mais générant moins d'effets secondaires que les tricycliques ou a fortiori les IMAO (Schwenk, 98). En fait, la complexité du contexte somatique implique une adéquation de la prescription prenant en compte la singularité de chaque situation. Ainsi, on évitera le recours aux tricycliques chez un patient en situation sub-occlusive ou posant le problème de métastases cérébrales ; de même, on prêter attention à la tolérance digestive des sérotoninergiques au cours d'une chimiothérapie.

tableaux () :

types d'AD et leur avantages/inconvénients respectifs

indications spécifiques en fonction du tableau clinique

Les études ayant testé l'efficacité des antidépresseurs en cancérologie sont peu nombreuses (ANAES). Costa (Costa, 1985), dans une étude portant sur 73 femmes hospitalisées, montre l'efficacité et la bonne tolérance de la miansérine (Athymil*) à faible dose (20 mg) versus placebo. Van Heeringen (Van Heeringen, 1996) confirme cet effet significatif de la miansérine sur le placebo à la dose de 60 mg, chez 55 femmes en cours de radiothérapie pour cancer du sein.

Dans une étude non randomisée, Evans compare l'efficacité de l'imipramine (Tofranil*) à la dose de 150 mg/jour chez 22 patients déprimés dont la compliance au traitement psychotrope est variable : les résultats sont significativement meilleurs dans le groupe compliant.

(Razavi , 1996), cependant, dans une étude randomisée multicentrique portant sur 115 patients et tous sites de cancer, ne retrouve pas d'efficacité supérieure de la fluoxétine (Prozac*) à la dose de 20 mg/j versus placebo. Une des hypothèses avancées est que le groupe était constitué de divers diagnostics, dont une part importante de troubles de l'adaptation. Un autre suggestion concerne la durée de traitement dans cette étude (5 semaines) qui pourrait s'avérer insuffisante pour observer une amélioration patente de la dépression. Plus récemment, Holland (Holland, 1998) compare la fluoxétine et la desipramine dans une étude randomisée concernant 40 femmes atteintes d'un cancer du sein en phase avancée : les deux psychotropes se révèlent efficaces sur la symptomatologie dépressive, bien tolérés, mais la fluoxétine permet une amélioration supérieure de plusieurs composantes de la qualité de vie.

En pratique, de nombreux auteurs s'accordent sur des modalités de prescription que l'on pourrait qualifier de «règles d'habitude»: début de traitement à doses très faibles, augmentation progressive des doses, traitement de fond à doses inférieures à celles requises dans d'autres contextes, surveillance étroite des effets secondaires puisque les patients seraient plus à risque, du fait d'un métabolisme hépatique et/ou d'une fonction rénale perturbés (Stiefel (Cancer, 1994) (Levine, Oncology, 1993).

En fait (ANAES), il n'existe actuellement aucun argument pour prescrire en cancérologie les antidépresseurs selon des modalités différentes de celles en cours dans toute autre situation somatique.

Une autre question posée est de savoir à qui incombe la responsabilité de la prescription de l'antidépresseur. Schulberg et son équipe (Schulberg H.C., Arch Gen P, 96) ont mené une étude originale consistant à comparer, dans un groupe de 283 patients déprimés repérés en médecine générale, l'efficacité du traitement de la dépression institué par des professionnels à la prise en charge délivrée par le médecin traitant. Les résultats indiqueraient une différence significative en faveur de la prise en charge réalisée par des professionnels.

Si l'épisode dépressif majeur chez le patient atteint de cancer implique le recours consensuel aux antidépresseurs, il n'en est pas de même des troubles de l'adaptation avec symptômes dépressifs, dont la prise en charge n'est toujours pas codifiée, donnant lieu à une prescription plus empirique des antidépresseurs.

En cancérologie, l'utilisation des antidépresseurs en cancérologie peut d'ailleurs être motivée par des troubles autres que dépressifs : douleur, anxiété chronique, insomnie rebelle , ... Ainsi, la présence d'un antidépresseur sur l'ordonnance d'un patient atteint de cancer n'est pas synonyme de traitement de la dépression (Stiefel).

Globalement, il est vraisemblable que les antidépresseurs demeurent sous-utilisés, si l'on se réfère aux taux de prévalence de la dépression, quelque soient les écarts constatés \$\$\$\$. Les motifs invoqués sont divers : non reconnaissance du diagnostic; crainte des interactions médicamenteuses, d'une mauvaise tolérance, en particulier chez le sujet âgé. On peut aussi penser que la réticence à l'égard des antidépresseurs est aussi liée aux représentations que le médecin a de la dépression et de sa prise en charge, mais aussi à la résistance du patient à se reconnaître déprimé. Enfin, dans la relation subtile qui se noue entre le malade et son médecin, il peut exister une volonté, délibérée ou préconsciente du patient de maîtriser l'expression de sa détresse émotionnelle, par peur de décevoir son médecin ou même de lui faire perdre son temps !

Il apparaît ainsi que la prescription des antidépresseurs comporte aussi sa part de subjectivité...

(Chaturvedi Psycho-oncology, 1994)

(Cullivan Psycho-oncology, 1998)

1b- Les hypnotiques et anxiolytiques

La pratique clinique en cancérologie rapporte la fréquence de prescription et d'utilisation des anxiolytiques et des hypnotiques, souvent initiée par des médecins somaticiens. Les études portant sur la prescription des benzodiazépines (\$\$) confirment le fait que les patients atteints de maladies organiques font partie des « grands consommateurs », les prescriptions étant souvent initiées à l'hôpital et reconduites au long cours sans réévaluation clinique ultérieure.

Levine, dans une revue de la littérature (Levine, Oncology, 1993), rapporte des chiffres très élevés : plus de 50 % des patients traités pour

cancer recevraient soit un anxiolytique (souvent à titre systématique), soit un hypnotique, soit une association des deux. A l'inverse, le pourcentage de patients bénéficiant d'un traitement antidépresseur est très faible, de l'ordre de 1 % \$\$\$

Il est vraisemblable que de nombreux patients présentant des symptômes dépressifs bénéficient de traitements "symptomatiques" (troubles de l'appétit ou du sommeil, manifestations somatiques de l'anxiété ...) et que, par là-même, le diagnostic de dépression peut ne jamais être posé (Stiefel).

1c psychostimulants

Alors qu'ils sont régulièrement utilisés dans les pays anglo-saxons, les amphétaminiques (méthylphenidate, dextroamphétamine, pemoline) ont toujours une indication marginale en France, écartés par la communauté médicale du fait des risques présumés (addictifs). Dans une revue de la littérature (Reich, Bull Cancer, 1996), dont les résultats sont nuancés par l'absence d'études randomisées, Reich et Razavi montrent pourtant l'intérêt potentiel de ces substances dans certaines indications. Les psychostimulants peuvent améliorer la vigilance et atténuer les troubles cognitifs observés dans la dépression en phase terminale et/ou chez les patients douloureux recevant un traitement antalgique lourd. Ceux-ci sont d'efficacité rapide, par opposition aux antidépresseurs, et sont globalement bien tolérés. On prêtera néanmoins attention à la survenue possible de troubles du comportement (état d'excitation ou délirant), de troubles cardio-vasculaires ou gastro-intestinaux (nausées, diarrhée) (Newport, 98).

Les amphétaminiques peuvent être utilisés, soit en association avec un antidépresseur, soit même en remplacement de celui-ci.

Il importe donc de pouvoir disposer de ces substances, et ainsi de mettre en place des études contrôlées qui permettraient d'affiner la connaissance des amphétamines et de souligner leur place en cancérologie.

Approches psychothérapeutiques

Différents types d'intervention

Les approches à visée "psychothérapique" sont de diverses natures (Sellick) (Fawzy, 95) (Massie, chapitre 98) (Greer). Celles-ci recouvrent un large éventail de modalités et peuvent être catégorisées de diverses manières.

- Les approches psycho-éducationnelles :

celles-ci privilégient l'information, l'éducation aux soins, et le "counselling": clarification de l'information donnée sur le plan médical, aide à la recherche d'informations, formulation et explicitation des réactions émotionnelles et cognitives du patient confronté à la maladie et aux stratégies thérapeutiques adoptées, mais aussi conseils portant sur les réaménagements à effectuer au quotidien.

Cet abord participe à la restauration, pour le patient, d'un sentiment de contrôle sur les événements, lui permettant de mieux faire face aux implications psychosociales du cancer.

- Les approches "psychothérapeutiques" :

celles-ci sont multiples, allant du soutien à l'orientation psychodynamique. Dans le contexte de la maladie cancéreuse, ces psychothérapies sont d'abord orientées sur une cible spécifique et prennent alors place dans le contexte d'une crise. Elles donnent la possibilité au patient d'extérioriser ses émotions, ses craintes, son agressivité souvent liée à son anxiété. Ceci est favorisé par une écoute interactive. Elles ont aussi pour objet d'évoquer les pertes inhérentes au cancer : altération de l'intégrité corporelle, de l'estime de soi, incertitude pesant sur l'espérance de vie, mise à mal du support familial, implications socio-économiques et professionnelles.

Elles tendent à faciliter l'intégration de la maladie actuelle, et l'inscription d'une pathologie grave, chronique, dans sa trajectoire vitale.

- Les approches cognitivo-comportementales

Celles-ci sont cognitivo-comportementales, ou exclusivement comportementales, pouvant comporter des techniques de relaxation corporelle, de visualisation ou d'imagerie mentale.

Greer et Moorey ont développé une technique qu'ils jugent adaptée au contexte du cancer, l'APT (Adjuvant Psychological Therapy) (Moorey,) (Greer) mais ne s'applique pas spécifiquement à la dépression. Cette approche est sous-tendue sur le plan théorique par le fait que les troubles psychologiques liés au cancer dépendent certes des conséquences physiques du cancer et des traitements qui en résultent, mais aussi de deux facteurs cruciaux : la signification personnelle que la patiente donne à sa maladie et les stratégies de « coping » qu'elle adopte. Ces facteurs sont influencés en retour par la qualité du soutien social disponible.

Les buts recherchés par ces auteurs visent à : réduire l'anxiété, la dépression, et les autres dimensions de la détresse psychologique ; améliorer l'adaptation au cancer en favorisant une attitude combative (« fighting spirit »); favoriser le sentiment de contrôle sur sa vie ; apprendre de nouvelles stratégies de « coping » efficaces, permettant de faire face aux problèmes liés ou non au cancer; encourager l'extériorisation de sentiments tels que la colère ; améliorer la communication entre la patiente et son conjoint.

Ces traitements nécessitent une motivation et une coopération actives du patient, qui recouvre ainsi un sentiment de contrôle sur son corps et de maîtrise sur sa maladie.

Axées sur des traitements courts, ces approches visent à contrôler un symptôme particulier, jugé invalidant. Dans le cadre de la dépression, le travail comporte une restructuration cognitive des pensées dites "négatives". Après mise en évidence des distorsions cognitives par des méthodes précises (telle que celle du questionnement socratique), ces techniques visent à obtenir des représentations plus opérantes, et une modification du fonctionnement mental.

Ces approches, décrites sur le mode individuel, peuvent être réalisées sous forme de groupe (Fawzy) (Spiegel). Donnons pour exemple les travaux de Spiegel, portant sur les effets d'une psychothérapie de groupe conduite chez les patientes atteintes d'un cancer du sein métastatique, fondée sur le soutien et l'expression des émotions (« supportive/expressive»), à un rythme hebdomadaire sur une durée d'un an. Les sept thèmes développés par cet auteur résident dans le fait de : encourager le soutien mutuel, faire face au processus du « mourir », développer un projet de vie, réaménager le réseau social, travailler sur la relation patiente/ médecin, favoriser le soutien familial, contrôler la douleur.

Quelque soient les modalités d'intervention décrites, toutes ces approches doivent être adaptées au contexte de la maladie cancéreuse et des traitements qui en résultent, prenant en compte la dimension somatique. Il s'agit souvent de prises en charge de courte durée, nécessitant l'adoption par le thérapeute d'une attitude plus active que dans un autre contexte.

Certaines de ces interventions présentent l'avantage de pouvoir être assumées par les divers partenaires du soin : psychiatre et psychologue, tout autre soignant formé à celles-ci, en relation avec le médecin traitant et le réseau de soutien psycho-social.

En effet, l'environnement familial et social participe de façon décisive à la prise en charge globale du patient.

Famille

L'entourage du patient est particulièrement sollicité en situation dépressive. Il représente un important support de la prise en charge : sans se substituer aux soignants, il assume néanmoins au quotidien un rôle d'écoute et de soutien.

L'entourage peut aussi être fragilisé par l'émergence d'une dépression dans le contexte médical déjà lourd du cancer et des traitements.

Il importe donc d'évaluer d'emblée la situation familiale du patient, et de prendre en compte son environnement. Ceci peut conduire à une prise en charge systémique, s'adressant au patient et à son entourage. En présence d'un contexte familial volontariste mais fragilisé, il peut aussi être proposé une prise en charge psychothérapique de l'entourage, indépendante du patient.

(Blanchard Oncology, 1997), (Baider)

Soignants

On se doit de souligner le rôle joué par tous les soignants dans la prise en charge des patients cancéreux mais aussi dépressifs. Outre le rôle de repérage symptomatique, le travail d'accompagnement quotidien en situation d'hospitalisation implique des soignants sensibilisés et formés, en mesure d'appréhender les signes cliniques fondamentaux permettant le diagnostic de

dépression, mais aussi ses conséquences sur la relation patient-soignant. La reconnaissance de l'impact émotionnel, affectif, et comportemental de la dépression sur les relations interpersonnelles est le garant d'une prise en charge mieux appropriée aux besoins du patient.

Réseaux associatifs

La présence de bénévoles dans le contexte hospitalier, et le développement de réseaux associatifs participe à ce mouvement. Très développée dans les pays anglo-saxons, la pratique des groupes de soutien et d'échange menés par les patients eux-mêmes, commence à prendre forme en France.

Efficacité des méthodes de type psychothérapique

Les résultats des travaux décrivant les approches psychothérapiques réalisées en cancérologie semblent porteurs (Greer et Moorey), (Watson), (Fawzy), (Spiegel). L'évaluation de leur efficacité est fondée sur la réduction de la détresse psychologique, l'amélioration des capacités d'adaptation, la restauration d'une meilleure estime de soi et du sentiment de maîtrise sur son corps et sur sa vie.

D'autres travaux conduits de façon prospective s'intéressent à l'effet des approches psychothérapiques réalisées avant la possible survenue de troubles psychopathologiques particuliers.

Cette évaluation se heurte toujours, sur le plan méthodologique, aux critères diagnostiques controversés de la dépression en cancérologie, mais aussi au fait de savoir si l'on évalue la dépression, la détresse psychologique, la qualité de vie...

Une revue de la littérature récente (Sellick, 1998) analyse l'efficacité des approches psychothérapiques sur la dépression en cancérologie. Les dix études randomisées retenues sont réparties en trois catégories : approches psychothérapiques individuelles; approches cognitivo-comportementales centrées sur le développement de compétences spécifiques et techniques de résolution de problèmes inhérentes au traitement de la dépression; approches comportementales pures : relaxation et imagerie mentale.

La moitié de ces études révèle un effet significatif de forte intensité.

Si les études visant à évaluer l'efficacité des psychothérapies objectivent une amélioration de la symptomatologie dépressive et de la qualité de vie du patient, celles portant sur leurs implications en termes de survie demeurent controversées, et nécessitent la plus grande prudence quant à leur extrapolation (Spiegel, 89), (Fox, 98).

Les associations de traitements :

Soulignons l'intérêt de la conjonction des divers traitements décrits. En effet, plusieurs travaux confirment l'efficacité supérieure de l'association d'un traitement psychotrope instituée à visée antidépressive et d'une approche psychothérapique, sur chacune de ces modalités thérapeutiques prises séparément (Schulberg, 1996) (Katon, 1996).

Les thérapies «non conventionnelles »

On se doit d'évoquer la multiplicité des autres interventions auxquelles les patients ont recours, souvent sans en informer leurs soignants. Plutôt que de les ignorer ou de tenter en vain de s'y opposer, quelques psycho-oncologues, surtout dans les pays anglo-saxons, prennent l'initiative d'intégrer à leur département certaines de ces "approches complémentaires » (Holland, handbook). Cette attitude demeure prudente, prêtant attention à l'hygiène de vie (prise en charge corporelle et diététique), et s'appuyant sur des techniques telles que relaxation, visualisation, imagerie mentale, méditation... pouvant d'ailleurs être pratiqués par des intervenants extérieurs à la structure hospitalière.

En conclusion :

La clinique de la dépression en cancérologie est une illustration remarquable des questions posées par la relation existant entre la dépression et les comorbidités organiques.

La démarche psycho-oncologique se propose désormais d'aborder la détresse psychologique dans sa globalité et d'en affiner les dimensions. L'abord de la dépression en cancérologie conduit ainsi à établir des critères diagnostiques précis impliquant des modalités de prise en charge spécifiques. L'approche diagnostique et thérapeutique de situations comorbides souvent complexes implique la prise en compte de la multifactorialité (dépression et douleur, dépression et fatigue, ...).

De nombreuses questions demeurent posées dans le champ de la neuro-psycho-immunologie, et c'est avec la plus grande prudence que l'on analysera les hypothèses portant sur la psychogenèse du cancer.

Le diagnostic de la dépression en cancérologie représente ainsi une priorité pour tous les partenaires du soin. En effet, sa prise en compte s'inscrit dans le contexte plus vaste de l'approche de la détresse psychologique, une meilleure adaptation psychosociale aux stress itératifs que représentent le cancer et ses implications thérapeutiques, une amélioration de la qualité de vie.