



HAL
open science

Interventions psycho-oncologiques : quelles approches innovantes ?

Sylvie Dolbeault, Johanna Terrasson, Aude Rault, David Malinowski, Ambroise Meyer Bisch, Ophélie Soulié, Anne Brédart

► **To cite this version:**

Sylvie Dolbeault, Johanna Terrasson, Aude Rault, David Malinowski, Ambroise Meyer Bisch, et al.. Interventions psycho-oncologiques : quelles approches innovantes ?. Bulletin du Cancer, 2022, 109 (5), pp.548-556. <10.1016/j.bulcan.2022.03.001>. <hal-03772589>

HAL Id: hal-03772589

<https://hal.science/hal-03772589v1>

Submitted on 22 Jul 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC 4.0 - Attribution - Non-commercial use - International License

Interventions psycho-oncologiques : quelles approches innovantes?

Psycho-oncological interventions : what type of psychotherapeutic innovations?

Sylvie Dolbeault^{1,2*}, Johanna Terrasson¹, Aude Rault¹, David Malinowski¹, Ambroise Meyer Bisch¹, Ophélie Soulié¹, Anne Brédart^{1,3}.

¹ Institut Curie, Supportive Care Department, Psycho-Oncology and Social Service, PSL University, 26 rue d'Ulm, Paris, 75005 Paris Cedex 05, France

² CESP, University Paris-Sud, UVSQ, INSERM, University Paris-Saclay, 16 Avenue Paul Vaillant-Couturier, 94807, Villejuif Cedex, France

³ University of Paris, 71 Avenue Edouard Vaillant, Boulogne-Billancourt, 92774, France

*** Auteur correspondant :** Sylvie Dolbeault

Institut Curie, Supportive Care Department, Psycho-Oncology and Social Service, PSL University, 26 rue d'Ulm, Paris, 75005 Paris Cedex 05, France

e-mail : sylvie.dolbeault@curie.fr

We have no Conflict of Interest

Résumé

La psycho-oncologie évolue au rythme des progrès de la cancérologie et de sa complexité croissante, mais aussi celui des évolutions organisationnelles des soins en oncologie. Aux côtés des prises en charge psycho-oncologiques plus classiques, soutien ou psychothérapie verbale d'inspiration diverse (psycho-dynamique, intégrative, systémique, existentielle) et des approches à médiation corporelle permettant d'accompagner le patient dans la continuité de son parcours de soins, la psycho-oncologie profite aujourd'hui du développement de certains modèles d'interventions de type structuré, souvent brèves, centrées sur une situation ou un symptôme précis. Cet article passe en revue quelques-unes de ces stratégies d'intervention qui se développent beaucoup dans le monde anglo-saxon, mais aussi en France, en particulier la prise en charge par les TCC de la troisième vague de la peur de la récurrence, la thérapie ACT ou plus récemment encore le recours à l'EMDR pour les situations psycho-traumatiques. Nous en décrivons ici les principes, les indications principales en oncologie et le bénéfice clinique à en attendre. Il présente par ailleurs les outils d'aide à l'optimisation de la relation issus de la recherche en psycho-oncologie dans le champ de la communication entre le patient et ses professionnels de santé, qui constituent en eux-mêmes un autre mode d'intervention.

Mots-clés : psycho-oncologie - interventions psychothérapeutiques - peur de la récurrence - EMDR ACT - Communication

Abstract

Psycho-oncology is evolving in line with oncology progress and increasing complexity, but also with change in cancer care organization. Alongside the more traditional psycho-oncological interventions, such as the support or verbal psychotherapy of various inspirations (psychodynamic, integrative, systemic, existential) and body-mediated approaches, that allow the patient to be accompanied throughout his/her cancer care trajectory, psycho-oncology is now benefiting from the development of more structured interventions, often brief and targeted at a specific situation or symptom. This article reviews three of these new psychotherapeutic approaches, which are largely developed in the Anglo-Saxon world: the management of fear of recurrence by CBT third wave strategies, ACT therapy; or more recently EMDR to answer to psychotraumatic situations. We describe here the principles, the main indications in oncology patients and the expected clinical benefits. It also presents tools such as Questionnaire Prompt Lists for optimizing the communication between patients and health professionals, which constitute a psychotherapeutic intervention by itself.

Keywords: psycho-oncology - interventions- fear of recurrence- EMDR Acceptance and Commitment Therapy – Communication

La psycho-oncologie est un champ désormais bien identifié et intégré au sein des soins de support, dont elle constitue l'un des champs d'application de ce qui définit notre domaine comme l'« ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie », proposés en association avec les traitements spécifiques contre le cancer (<https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Soins-de-support/Definition>). Elle s'adresse aussi aux proches des patients. Elle répond à un modèle de soins [1, 2] issu du domaine de la psychologie et la psychiatrie de liaison, ses intervenants (psychologues cliniciens, psychiatres, infirmiers de liaison) bénéficient d'une formation spécifique et sont immergés dans l'univers médical

oncologique puisque leur travail clinique de “psys” s’intègre par essence dans la prise en charge globale du cancer. Deux chapitres récents ont permis de décrire l’organisation du travail psycho-oncologique en France, ses spécificités [3] et ses principaux domaines d’application [4].

Comme les autres domaines des soins de support, la psycho-oncologie est soumise aux impératifs d’adaptation des pratiques aux évolutions de la cancérologie et à sa complexité croissante, qu’il s’agisse des innovations thérapeutiques ou bien des modèles et des organisations de soins. Elle doit aussi répondre aux exigences de l’EBM (*Evidence Based Medicine*), ce d’autant que les travaux de recherche portant sur l’évaluation de l’efficacité des interventions, en quantité et qualité croissante [1], permettent des adaptations et comparaisons de modèles au sein de notre culture francophone tout autant qu’à l’échelle internationale.

Les interventions psycho-oncologiques visent à réduire l’intensité et la sévérité des troubles psychologiques survenant dans le contexte oncologique et dont la prévalence est importante [1, 5] liée à l’irruption du cancer - qui bouleverse la représentation de soi et de son statut de santé préalable -, aux effets indésirables des traitements, à des séquelles physiques, mais aussi à toutes ses conséquences psychosociales. Beaucoup de prises en charge psycho-oncologiques relèvent des approches historiques dites « classiques ». Elles restent toujours aussi pertinentes dans notre champ et constituent encore la majorité de l’offre de soins dans les services d’oncologie en France, qu’il s’agisse d’un soutien psycho-oncologique, d’une approche psycho-éducative ou d’une psychothérapie verbale dont l’inspiration reste diverse : psycho-dynamique, intégrative, systémique, existentielle... Avec une fréquence croissante, elle est associée à une offre d’approches à médiation corporelle visant la régulation du stress et des émotions, par exemple en relaxation, sophrologie, méditation ou hypnose [1].

Aux côtés de ces prises en charge « classiques », la psycho-oncologie profite aujourd’hui du développement de certains modèles d’interventions de type structuré, souvent brèves, centrées sur une situation, un symptôme ou syndrome précis. Elles ne peuvent avoir la vocation d’une thérapie globale qui viendrait répondre aux problématiques psychopathologiques anciennes du patient, mais visent plutôt des situations où le patient se trouve en difficulté pour adhérer ou pour poursuivre ses soins oncologiques. Cet article est l’occasion de

présenter des stratégies d'intervention qui se développent beaucoup dans le monde anglo-saxon et s'implantent peu à peu aussi en France : prise en charge de la Peur de la Récidive (PDR) et thérapie ACT (*Acceptation and Commitment Therapy*) à partir de modèles issus des TCC de la troisième vague ; et plus récemment EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) pour les situations psychotraumatiques. Nous en décrivons les principes, les indications principales en oncologie et le bénéfice clinique à en attendre.

Cet article est aussi l'occasion d'évoquer l'investissement de la recherche en psycho-oncologie dans le champ de la communication entre le patient et ses professionnels de santé, et de présenter des outils d'aide à l'optimisation de la relation.

Prise en charge de la Peur de la Récidive

La peur de la récurrence (PDR) est désormais un syndrome bien identifié dans le champ de la psycho-oncologie et a fait l'objet de nombreuses études au cours des dix dernières années visant à le définir et le circonscrire, mais surtout à tester différents modes d'intervention, individuels ou de groupe, susceptibles d'aider le patient à en réduire l'impact psychique mais aussi en termes de qualité de vie socioprofessionnelle, d'investissement du futur ou de comportements de surveillance [6, 7].

La PDR est constituée par la crainte ou l'inquiétude que le cancer ne revienne ou qu'il ne s'aggrave [8]. Il s'agit d'un trouble fréquent touchant un patient sur deux, mais pouvant aller jusqu'à 72 % des survivants du cancer, d'intensité très variable qui s'étend sur un éventail allant de troubles mineurs, « adaptés » au contexte médical jusqu'à des troubles constitués et handicapants, avec risque pour sa santé [8 - 10]. Le risque de développer une PDR semble croître au fil de l'évolution des thérapeutiques en oncologie, marquée par l'allongement des durées de traitements et de la surveillance spécifique, mais aussi du fait de la remise d'informations de plus en plus précises sur le statut génomique du patient ou sur son pronostic [9].

Lorsque l'intensité de la PDR est élevée, elle est associée à une détresse mais aussi à une anxiété plus intense [10,11] susceptible d'entraîner chez le patient des attitudes extrêmes allant de l'hypervigilance symptomatique - avec demande itérative d'examen cliniques et complémentaires, et recours excessif aux ressources en soins -, jusqu'à l'abandon de la surveillance post-traitement, par incapacité à s'y confronter [7].

Les modèles d'intervention sur la PDR sont inspirés des thérapies cognitivo-comportementales de la troisième vague, qui incluent l'apprentissage de techniques cognitives, d'exercices comportementaux et d'une approche psychocorporelle. Ce sont des psychothérapies de type structuré, qui peuvent se décliner sur un mode individuel ou groupal. Les plus connus sont le programme *Conquer Fear* développé par Butow et coll [12] et le *FORT* de Maheu, Lebel et col [13]. De nombreux programmes ont aussi vu le jour sous forme web, bien sûr favorisés par la pandémie. Ils comportent plusieurs séances (souvent entre 6 et 12), avec des objectifs contractualisés à l'avance avec le patient. Cette approche lui permet de découvrir des « outils » (techniques de gestion du syndrome), de les acquérir en s'entraînant seul à son domicile entre deux séances dans le but de devenir autonome au moyen d'une pratique régulière. La thérapie de la PDR comprend un travail sur l'intégration de la notion d'incertitude, l'apprentissage de techniques pour gérer l'anxiété, la sélection de situations susceptibles de redonner du contrôle au patient, une réflexion sur les objectifs de vie et la mise au point de comportements de santé adaptés.

Les premiers essais thérapeutiques comparaient le modèle d'intervention PDR à un TAU (*treatment as usual*) ; par la suite, d'autres équipes ont proposé des comparaisons avec des psychothérapies à médiation corporelle, type relaxation, hypnose ou encore méditation au travers de programmes de MMBIs (*Mindfulness Meditation-Based Interventions*), qui s'appuient historiquement sur les approches de réduction du stress par la méditation, nommées MBSR, *Mindfulness-Based Stress Reduction* également très développés en oncologie [8, 14].

Les dernières données extraites de la littérature récente (synthèse des dernières méta-analyses et revue de MA) [12, 15] démontrent une efficacité en termes de réduction de l'anxiété générale et spécifique liée à la peur de la récurrence ; une amélioration de la qualité de vie globale en post-intervention avec maintien dans les mois suivants (trois à six mois selon les études).

L'effet de ces interventions est identifié comme robuste bien que de taille modeste, mais avec une tendance à son accroissement lorsque l'intervention se concentre sur les processus cognitifs (souci, ruminations, biais attentionnels) plutôt que sur les contenus de la peur, incitant alors le patient à modifier les processus cognitifs à l'œuvre [15].

L'envers du miroir est la lourdeur de ces programmes et la nécessité de moduler leur intensité selon le *stepped*

care model [2, 4]. Ce modèle rappelle la nécessité, en psycho-oncologie comme dans d'autres domaines des soins de support, de déterminer l'allocation des ressources en soins disponibles en fonction de la gravité et de l'intensité des symptômes identifiés. Selon ce principe, un patient présentant un état de détresse peu spécifique, réactionnel à un événement du parcours de soins (par exemple, l'annonce d'une mauvaise nouvelle oncologique) va bénéficier de l'accompagnement psychologique par son équipe médicale et paramédicale de première intention, sans recours nécessaire à l'expert en soins psychiques. À l'inverse, s'il présente un trouble psychopathologique spécifique d'intensité élevée, il sera orienté vers l'expert en santé mentale, ici le psycho-oncologue, pour évaluation et prise en charge du trouble avec recours à des modalités d'intervention spécifique répondant à sa problématique [16,17] .

En France, à notre connaissance, peu d'interventions groupales structurées sur le modèle de la PDR sont en place. En revanche, de plus en plus nombreux sont les psychologues et psychiatres en oncologie qui intègrent les principes dans leurs interventions individuelles. Pour leur part, les oncologues ont ici un rôle essentiel à jouer, en délivrant à chaque patient une information personnalisée susceptible de répondre à leurs besoins pendant mais aussi au décours des soins ; en explorant l'existence d'une PDR, en légitimant sa présence dans les cas « simples » et - lorsque le syndrome est caractérisé ou qu'il entraîne d'importantes conséquences fonctionnelles -, en adressant ces patients vers l'équipe de psycho-oncologie.

ACT : thérapie d'acceptation et d'engagement en oncologie

La deuxième approche à l'honneur, qui se développe dans le champ des interventions psychothérapeutiques en oncologie se nomme la thérapie d'acceptation et d'engagement, ACT (*Acceptance and Commitment Therapy*). Elle appartient aussi à la troisième vague des thérapies cognitivo-comportementales, et peut constituer une ressource thérapeutique particulièrement appropriée en oncologie [18]. De fait, diagnostic et traitements du cancer ont de nombreux impacts délétères potentiels : pensées, émotions négatives et sensations désagréables, ce qui peut amener le patient à abandonner ou à limiter son engagement dans des activités agréables et importantes pour lui ; si cette pratique peut avoir un effet de soulagement initial, elle réduit aussi les opportunités d'expériences positives, étayantes, que le patient valorisait jusque-là. Par ailleurs, le patient tente

d'éviter les vécus intérieurs désagréables afin de soulager la détresse qui les accompagne ; alors que l'évitement risque au contraire d'accroître la détresse [19].

La thérapie ACT a pour but de réduire l'évitement expérientiel et d'accroître l'engagement des patients dans les dimensions de leur vie qui émergent comme prioritaires et sont souvent revisitées à l'occasion du cancer et de ses traitements [20]. Elle repose sur la théorie des cadres relationnels (TCR). Cette théorie considère que le langage a la capacité de mettre en relation (d'équivalence, d'opposition, de hiérarchie, de condition, etc...) des événements ; ce qui conduit à ce que des réactions psychologiques soient renforcées indépendamment d'un facteur initial de réalité. En établissant des relations verbales, il est possible de créer des métaphores, de raconter des histoires imaginaires et se comporter en fonction de croyances qui ne reflètent pas la réalité d'un contexte [21]. Ainsi, étayée par des études expérimentales, la TCR postule que le langage crée la souffrance en partie parce qu'il mène à l'évitement de l'expérience [20]. Dès lors, ce que nous prenons pour des solutions à nos problèmes mène en réalité à une impasse, d'où notre souffrance. Par exemple, pour supprimer son stress, on veut faire disparaître les pensées et les sensations stressantes ; pour arrêter de fumer, on veut éliminer l'envie de cigarette. Or, ces attitudes peuvent au contraire renforcer la problématique identifiée. L'ACT considère que la douleur psychologique (souffrance) est normale, importante et qu'on ne peut s'en débarrasser mais seulement apprendre à ne pas l'amplifier artificiellement. Elle suggère qu'il n'est pas nécessaire de s'identifier à sa douleur ; qu'accepter sa douleur constitue une étape pour se débarrasser de sa souffrance ; et que l'on peut opter pour une vie pleine et entière, fondée sur des valeurs essentielles. Concrètement, l'ACT est une démarche thérapeutique qui vise à altérer les processus langagiers à l'origine de l'évitement expérientiel et à développer la flexibilité psychologique, c'est-à-dire la capacité à agir dans une direction valorisée, en acceptant l'apparition éventuelle d'événements psychologiques difficiles [20]. Ce faisant, cette thérapie s'inspire de techniques anciennes pour apprendre à changer d'attitude face à nos problèmes et à diriger notre vie. Il s'agit de la *mindfulness*, de l'acceptation (le lâcher prise et la bienveillance) et des valeurs grâce auxquelles on peut donner sens à sa vie. Pour augmenter la flexibilité psychologique, le thérapeute se réfère à l'*Heraflex*, une figure en six points regroupés en trois axes thérapeutiques comprenant : 1) le contact avec l'instant présent et le soi comme contexte, 2) l'acceptation et la défusion (modification de la relation aux pensées) et 3) les valeurs et l'action. Le

déroulement de la thérapie ACT ne se présente pas comme un protocole à suivre étape par étape. Le thérapeute s'adapte à chaque patient et situation particulière et utilise les axes thérapeutiques de l'*Heraflex* en proposant des exercices concrets convoquant l'expérience du patient [20, 21].

Ces dernières années ont vu se développer en oncologie des interventions ACT et des études visant à évaluer cette psychothérapie. Dès à présent, différentes revues de littérature suggèrent que cette approche peut être applicable en oncologie et avoir des effets bénéfiques sur le plan de la détresse et de la qualité de vie [22, 23]. L'ACT vise en particulier la flexibilité psychologique ; il s'agit de la capacité à vivre pleinement et consciemment le moment présent et à modifier ou maintenir des comportements selon qu'ils œuvrent ou non à l'accomplissement des objectifs valorisés par la personne. La flexibilité psychologique est établie par le biais de six processus distincts: l'acceptation, la défusion cognitive la présence, le soi comme contexte, l'engagement dans des actions valorisées.

À titre d'exemple, un essai randomisé contrôlé d'une intervention ACT à l'attention de patients en rémission de cancer colorectal a montré son efficacité en termes d'amélioration de l'activité physique, l'hygiène alimentaire et l'indice de masse corporelle [24]. L'intervention décrite dans un manuel était délivrée par téléphone sur six mois par des professionnels de la santé de niveau master (psychologue, infirmier(ère)) et formés spécifiquement à l'ACT. À douze mois, l'intervention a permis un effet significatif sur l'activité physique (objectif principal) tel que 16,4 % dans le groupe intervention versus 9,2 % dans le groupe contrôle ont pu se conformer aux recommandations de pratique d'activité physique.

Une autre étude (comparaison avec un groupe contrôle sur liste d'attente) a évalué les effets d'une version brève de l'ACT (une séance d'une heure) auprès de patientes atteintes de cancer du sein sur la détresse, le *coping* et la peur de la récurrence et a montré une taille d'effet importante en termes d'intensité et d'interférence de la peur de la récurrence à un et trois mois ; et sur la détresse et l'hypocondrie à un mois. Ainsi, le pourcentage de patientes présentant une détresse à l'échelle HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*), outil le plus fréquemment utilisé en oncologie de dépistage des troubles anxieux et/ou dépressifs, est passé de 100 % à 62 % à un mois et 50 % à trois mois [25].

Dans le contexte du cancer avancé, une étude a été élaborée pour tester une intervention ACT développée pour faciliter la transition des traitements spécifiques à la prise en charge palliative, période particulièrement sujette à l'incertitude et la peur [26]. L'approche méthodologique comprend à la fois des évaluations quotidiennes sur base de questionnaires et des entretiens qualitatifs. L'objectif est de permettre une évaluation à la fois des processus psychologiques et de leurs liens avec des effets sur la qualité de vie et la détresse. Une autre étude rapporte l'évaluation pilote d'un programme de formation à la communication basée sur l'approche ACT pour les professionnels de soins de support en oncologie [27]. L'apprentissage expérientiel et les informations portant sur les techniques de l'ACT ont été particulièrement appréciés par les participants. Des changements ont été observés au niveau de leur mode de communication (sur le nombre de 49 sujets évalués, 43 % rapportent utiliser les compétences acquises avec leurs patients) mais pas de leur flexibilité psychologique ; les auteurs attirent l'attention sur la nécessité d'une formation plus rigoureuse des formateurs eux-mêmes.

D'autres développements de cette thérapie sont à attendre dans le champ de la psychologie et psychiatrie de liaison, notamment en oncologie.

Thérapie EMDR

La psychothérapie EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*), en français « Désensibilisation et Retraitement par les Mouvements Oculaires » a été développée aux États-Unis dans les années 1980 par F. Shapiro, qui a d'abord élaboré l'efficacité de cette approche psychothérapeutique dans le traitement du Syndrome de Stress Post-Traumatique (SSPT) notamment chez les vétérans de guerre du Vietnam. Une des phases du traitement psychothérapeutique EMDR fait appel à des Stimulations Bilatérales Alternées (SBA, de gauche à droite et inversement) qui peuvent être visuelles (ce qui explique l'origine du nom), tactiles ou sonores. Cette nouvelle approche s'est répandue en France à la fin des années 90 (<https://www.emdr-france.org/>). Elle peut être pratiquée exclusivement par des experts en santé mentale (psychiatres, psychologues ou

psychothérapeutes dont le titre a été reconnu par une Agence Régionale de Santé ; formés dans l'un des lieux de formation reconnue en France).

Depuis plus de 30 ans, la psychothérapie EMDR a été soumise à différents processus d'évaluation et a aujourd'hui atteint un bon niveau de validation scientifique, principalement pour le traitement des états de stress post-traumatiques (ESPT) [28]. Elle a fait l'objet de plus de 650 publications d'investigations cliniques et d'études du mécanisme d'action des stimulations bilatérales alternées ainsi que de six méta-analyses (<https://www.ifemdr.fr/>). Elle est par ailleurs en cours d'évaluation pour d'autres troubles mentaux dans lesquels les mémoires d'expériences difficiles ont un effet dans le déclenchement ou le maintien des troubles : anxiété, dépression, phobies, troubles alimentaires ou sexuels, schizophrénie, etc. [29]. Des essais cliniques randomisés contrôlés confirment les effets positifs de la psychothérapie EMDR (obtention d'une diminution rapide des émotions négatives et des images perturbantes) dans le traitement de certains traumatismes émotionnels vécus par des patients atteints de cancer (<https://www.emdr-france.org/> et <https://www.ifemdr.fr/>). L'EMDR est aujourd'hui recommandée pour le traitement des états de stress post-traumatique par de nombreuses organisations comme l'Association Américaine de Psychiatrie (APA, 2004), le département des vétérans de guerre aux USA (2004, 2017), l'INSERM (2004), la Haute Autorité de Santé (HAS, 2007), l'Organisation Mondiale de la Santé (2012), l'Association Américaine de Psychologie (APA, 2017).

Le modèle théorique proposé par Shapiro [29] suggère que l'information spécifique au psycho-traumatisme resterait stockée de manière fragmentée au niveau cérébral (pensées, émotions, sensations, images, sons...) ce qui empêcherait son intégration dans la mémoire de manière fonctionnelle. Le fonctionnement normal du cerveau serait tout à fait capable de traiter des informations chargées émotionnellement, et on postule l'existence d'un système de traitement d'information spécifique, traitant les souvenirs traumatiques. Il a été fait l'hypothèse que dans certaines expériences traumatiques, le système de Traitement Adaptatif de l'Information (TAI) ne fonctionnerait pas, ou bien serait dépassé. L'efficacité de la psychothérapie EMDR, peut être expliquée par le fait que les stimulations bilatérales alternées activeraient ce système de traitement adaptatif de l'information. Il s'agit de l'une des hypothèses avancées mais d'autres sont en cours d'exploration [29]. Une

fois activé, ce système traiterait de manière accélérée le matériel traumatique. Ainsi, les affects négatifs sont désensibilisés et des informations adaptatives surgissent spontanément.

L'épreuve du cancer impose aux patients des aménagements psychologiques répétés en lien avec les différentes épreuves et événements auxquels les confronte une telle maladie. Un grand nombre de situations vécues de manière intense au fil du parcours de soins sont susceptibles de générer des troubles de type traumatique : annonces, examens complémentaires, actes chirurgicaux, traitements médicaux et leurs effets secondaires, séquelles, récurrence ou peur de la récurrence, situation palliative ou fin de vie... Certains patients présentent des troubles anxieux (trouble panique, phobies, ESPT, ESPT partiels, états de stress aigu...), des troubles dépressifs réactionnels, une plus grande sensibilité à la douleur et aux symptômes physiques, faisant suite au diagnostic ou lors des étapes du parcours de soins. Le caractère psycho-traumatique potentiel lié au cancer amène donc la pratique de la psychothérapie EMDR à se développer dans les services de psycho-oncologie [30, 31].

La détresse psychologique chez les patients atteints de cancer peut se manifester par l'émergence de troubles anxieux et dépressifs. Dans une publication très récente [32], une équipe italienne a réalisé une revue systématique de la littérature visant à évaluer l'effet de la thérapie EMDR sur la détresse psychologique liée au cancer. Dans sept études identifiées dans lesquelles la thérapie EMDR a été utilisée avec des patients atteints de cancer (représentant 140 patients au total), le diagnostic d'état de stress post-traumatique (ESPT) concernait trois études, celui de troubles anxio-dépressifs concernait les quatre autres. Malgré des schémas de traitement EMDR très hétérogènes (variabilité du nombre de séances allant de deux à douze, variabilité des durées de traitement), la thérapie EMDR a été jugée adéquate pour réduire les symptômes de détresse psychologique dans cette population. Un essai contrôlé randomisé réalisé en Iran en 2019 auprès de patients souffrant de douleurs cancéreuses modérées à sévères [33] a démontré l'efficacité de la thérapie EMDR sur l'intensité de la douleur et de la détresse subjective de patients. Soixante patients inclus, âgés de 30 à 60 ans, ont été assignés au hasard à un traitement EMDR ou à un groupe témoin. La thérapie a été administrée en six à huit séances quotidiennes d'une heure. L'étude montre une réduction significative de l'intensité moyenne de la douleur et du score de

détresse subjective dans le groupe expérimental ayant bénéficié de l'intervention EMDR par comparaison au groupe témoin.

Bien que les études d'évaluation de l'efficacité de l'intervention EMDR menées auprès de patients atteints de cancer soient encore très peu nombreuses et leur qualité méthodologique inégale, les données aujourd'hui disponibles suggèrent que la thérapie EMDR est un traitement prometteur pour répondre à la détresse psychologique de nos patients.

Le protocole de psychothérapie EMDR est basé sur un traitement en huit étapes, adaptables selon chaque problématique psychopathologique [29, 34]. Le premier temps explore la problématique actuelle et réalise l'anamnèse des troubles ; puis évalue la pertinence de l'EMDR à la situation présente ainsi que la capacité du patient à faire face aux souvenirs des événements traumatisants qui seront ravivés pendant la thérapie. Un plan de traitement est alors mis en place avec le patient, identifiant les différentes cibles mémorielles potentiellement traumatiques qui sont à retraiter. Après avoir pris le temps d'expliquer au patient le déroulement du traitement (à l'aide de métaphores notamment ou d'instructions spécifiques), le deuxième temps prépare le patient à se confronter mentalement à des souvenirs traumatisants, notamment au moyen de techniques psychocorporelles de régulation du stress ou des émotions (exercices de relaxation, méditation, technique du lieu sûr...). Un signal défini avec le patient lui permet de signifier son envie d'interrompre ou de faire une pause lors de la phase de désensibilisation (stimulations bilatérales alternées). Il importe en effet de ne pas re-traumatiser le patient lors du traitement en veillant à ce qu'il reste dans une zone d'activation optimale. Le troisième temps se concentre sur une cible mémorielle (mémoire d'un moment jugé traumatique) et met à jour par un questionnement les différentes composantes du souvenir : récit de l'événement, image qui représente encore le moment le plus difficile, les mots qui viennent à l'esprit et qui expriment une pensée négative sur soi (atteinte de l'estime de soi, de la sécurité intérieure, du contrôle, de la responsabilité), les mots qu'il serait préférable de se dire à la place avec une évaluation de leur validité actuelle sur une échelle numérique, les émotions ressenties avec une évaluation du niveau de perturbation actuel, et enfin les sensations corporelles ressenties encore aujourd'hui. Tout au long du traitement, le patient est amené à évaluer la validité de ses cognitions positives ainsi que le

niveau des perturbations émotionnelles et corporelles. C'est seulement lors de la quatrième phase, que commence la phase de désensibilisation. Le patient se concentre sur l'image traumatisante, la cognition négative (CN) et les sensations corporelles associées ; à l'aide des stimulations évoquées plus haut, on l'encourage à laisser venir les associations mentales qui émergent au fur et à mesure (pensées, souvenirs, sensations, émotions, images, sons...). Cette phase se poursuit jusqu'à extinction du ressenti de perturbations. La phase suivante permet au patient d'associer la cognition positive à ce qui reste du souvenir de l'événement traumatisant. Puis, il passe systématiquement en revue ses sensations corporelles tout en gardant à l'esprit l'événement traumatisant et l'idée positive à laquelle il a été associé durant la phase précédente. À la fin du cycle (septième phase), on demande au patient d'exprimer son ressenti et on lui propose éventuellement un exercice de relaxation pour l'aider à retrouver un état émotionnel stable. Avant la séance suivante, on lui demande d'observer son état émotionnel et son activité onirique (dont l'intensité peut être signe de l'évolution du traitement). La huitième et ultime phase consiste à vérifier avec le patient si la cible travaillée est toujours dénuée de détresse émotionnelle, associée à une cognition positive et à des sensations corporelles positives.

Différents protocoles peuvent être utilisés pour s'ajuster aux problématiques du patient, par exemple : choc de l'annonce, peur des examens de contrôle, aide à l'anticipation du futur à court terme, peur de la récurrence, impacts des signaux corporels, anticipation de la fin de vie ou de l'idée de sa mort...

La psychothérapie EMDR a su progressivement trouver une place de choix en œuvrant dans la réduction des symptômes réactionnels classiques (troubles anxieux, dépression, ESPT...) mais également en contribuant à améliorer la qualité de vie des patients, notamment en oncologie.

Recours au *Questionnaire Prompt Lists* pour améliorer la communication avec les patients

La communication est un enjeu majeur de la prise en charge des patients en oncologie. Les oncologues médicaux doivent en effet transmettre de nombreuses informations, les amenant quotidiennement à s'interroger sur les éléments à évoquer, le moment et la manière de le faire dans le respect des attentes et des besoins des patients.

Ces questions ont fait l'objet d'une abondante littérature permettant de mieux comprendre les enjeux, les besoins et les difficultés des patients et des médecins [35 - 37] lors de ces échanges. Dans ce contexte, des recommandations visant à « *aider les professionnels à améliorer leurs pratiques pour mieux répondre aux attentes des patients* » [38] ont été formulées. Toutefois, des limites à la mise en pratique de ces recommandations ont été soulignées [39]. En effet, si les oncologues ont le souci d'adapter l'information à chaque patient [40] ils peuvent avoir des difficultés à évaluer ce que les patients souhaitent connaître de leur maladie et de leur traitement [41]. Ils ont alors tendance à supposer que si le patient souhaite vraiment une information, il posera la question [36]. De plus, ils perçoivent l'ambivalence des patients quant à leur souhait d'information, notamment sur le pronostic et peuvent douter de l'utilité de transmettre une information à un patient submergé par l'émotion considérant qu'il ne serait pas en mesure de la traiter [40]. Ainsi, ils expriment des difficultés à trouver l'équilibre entre le devoir d'information sur la maladie et le traitement et leur volonté de maintenir l'espoir pour le patient et ses proches [35, 36]. Ces difficultés sont accentuées lorsqu'ils doivent transmettre des informations qu'ils savent profondément bouleversantes et parfois de nature incertaine et craignent alors d'exacerber la détresse émotionnelle de leurs patients [35]. De leur côté, les patients peuvent éprouver le sentiment que le médecin leur transmet toutes les informations nécessaires sans qu'ils aient à poser de questions [42], être ambivalents quant aux informations souhaitées [43] ou encore : oublier de poser leurs questions, ne pas se sentir légitimes ou exprimer de manière indirecte leurs préoccupations. Enfin, la mise en œuvre d'une communication patient-médecin claire et adaptée peut être contrariée par leurs émotions (e.g. colère, peur) et leurs mécanismes de défense (e.g. sidération, identification) [44].

Les recherches actuelles menées en psychologie visent à améliorer la communication entre les patients et leur médecin en tenant compte de la singularité et des aménagements psychologiques de chacun, tout autant que du contexte de la rencontre. Les études qui portent sur le développement et l'adaptation des listes de questions incitatives, les QPL (*Questions Prompt Lists*), s'inscrivent dans cette dynamique. Ils proposent aux patients une liste de questions que ceux-ci peuvent être amenés à se poser lors ou à la suite des consultations. L'objectif n'est pas pour les patients de poser toutes les questions qui apparaissent sur la liste mais de les encourager à réfléchir aux informations qu'ils souhaitent obtenir à ce moment précis de la prise en charge. L'utilisation de QPL peut

encourager les patients à poser leurs questions et ouvrir un dialogue sur les informations souhaitées. Les recherches menées sur ces outils mettent d'ailleurs en évidence que leur usage permet au patient de poser davantage de questions [45], et favorise le rappel des informations [46] sans augmenter le temps de consultation [46] ni l'anxiété des patients à long terme [45].

De nombreuses recherches sont en cours afin de favoriser le développement de QPL spécifiques à diverses pathologies et à différents stades de la maladie. Si en pratique de tels outils ne se substituent pas à la compréhension clinique qu'ont les médecins des besoins et attentes d'un patient lors d'une consultation, leur usage à certains moments clés du parcours de soins pourrait offrir un appui intéressant aux échanges patient-médecin.

En conclusion

La prise en charge psycho-oncologique des patients atteints de cancer poursuit un développement conséquent, intégrant avec pertinence des modèles d'intervention psychothérapeutique issus des grands courants théoriques de la psychothérapie. La parution récente du plan décennal de l'INCa, (février 2021) nous donne les grands axes sur lesquels des efforts doivent être réalisés pour améliorer encore la prise en charge de nos patients : prévention, limitation des séquelles et amélioration de la qualité de vie, prise en charge des cancers de mauvais pronostic, et lutte contre les inégalités d'accès aux soins. Comme les autres domaines des soins de support, la psycho-oncologie contribue à cet effort en adaptant sans cesse ses modalités d'intervention psychothérapeutiques et en proposant des modèles qui répondent aux impératifs de la cancérologie moderne.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts

Références

- 1 Psycho-oncologie. Concepts théoriques et interventions cliniques. Sous la direction de Razavi D et Delvaux N, 2019, Ed Elsevier Masson SAS, 758p
- 2 Institut national du Cancer. Repérage et traitement précoce de la souffrance psychique des patients atteints de cancer - Avis d'experts. Recommandations et référentiels / Référentiels organisationnels, janvier 2018.
- 3 Dauchy S, Brédart A, Dolbeault S. La psycho-oncologie, un modèle d'intégration des soins psychiques en maladie somatique. Psychiatrie de liaison (coordonné par C. Lemogne, P. Cole, S. M. Consoli, F. Limosin), chapter 8, pages 72-79. Lavoisier, 2018.
- 4 Dolbeault S, Brédart A, Dauchy S. Le travail avec des unités spécifiques : la liaison en cancérologie. Psychiatrie de liaison (coordonné par C. Lemogne, P. Cole, S. M. Consoli, F. Limosin), chapter 39, pages 405-416, Lavoisier, 2018.
- 5 Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol.* 2011;12(2):160-74.
- 6 Lebel S, Ozakinci G, Humphris G, Mutsaers B et al. From normal response to clinical problem: Definition and clinical features of fear of cancer recurrence. *Support Care Cancer*, 2016, 24(8), 3265–3268.
- 7 Hall DL, Jimenez RB, Perez GK, Rabin J, et al. Fear of cancer recurrence: A model examination of physical symptoms, emotional distress, and health behavior change. *Journal of Oncology Practice*, 2019, 15(9), e787–e797. <https://doi.org/10.1200/JOP.18.00787>.
- 8 Butow P, Sharpe L, Thewes B, Turner J et al. Fear of Cancer Recurrence: A Practical Guide for Clinicians. *Oncology*, 2018 Jan 15;32(1):32-8.
- 9 Maheu C, Singh M, Lam Tock W et al. Fear of Cancer Recurrence, Health Anxiety, Worry, and Uncertainty: A Scoping Review About Their Conceptualization and Measurement Within Breast Cancer Survivorship Research. *Front Psychol*, 2021 Apr 12;12:644932.
- 10 Simard S and Savard J. Fear of Cancer Recurrence Inventory: Development and initial validation of a multidimensional measure of fear of cancer recurrence. *Support Care Cancer*, 2009, 17, 241–251. <https://doi.org/10.1007/s00520-008-0444-y>.
- 11 Mehnert A, Koch U, Sundermann C, Dinkel A. Predictors of fear of recurrence in patients one year after cancer rehabilitation: A prospective study. *Acta Oncol*, 2013, 52(6), 1102–1109. <https://doi.org/10.3109/0284186X.2013.765063>.
- 12 Butow PN, Turner J, Gilchrist J et al. Randomized trial of conquer fear: a novel, theoretically based psychosocial intervention for fear of cancer recurrence. *J Clin Oncol* 2017;35(36):4066-77.
- 13 Maheu C, Lebel S, Courbasson C et al. Protocol of a randomized controlled trial of the fear of recurrence therapy (FORT) intervention for women with breast or gynecological cancer . *BMC Cancer* (2016) 16:291
- 14 Simard S, Thewes B, Humphris G, Dixon M et al. Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: A systematic review of quantitative studies. *Journal of Cancer Survivorship*, 2013, 7, 300–322. <https://doi.org/10.1007/s11764-013-0272-z>.
- 15 Tauber N, O'toole MS, Dinkel A, Galica J et al. Effect of Psychological Intervention on Fear of Cancer Recurrence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Oncol*, 2019 Nov 1;37(31):2899-2915.
- 16 Bower P, Gilbody S. Stepped care in psychological therapies access, effectiveness and efficiency.narrative literature review. *Br J Psychiatry*. 2005. PMID: 15630118 Review.
- 17 Pradhan P, Sharpe L, Menzies RE. Towards a Stepped Care Model for Managing Fear of Cancer Recurrence or Progression in Cancer Survivors. *Cancer Manag Res*. 2021 Dec 1;13:8953-8965. doi: 10.2147/CMAR.S294114. eCollection 2021.PMID: 3488067
- 18 Monestès J-L, Villatte M. La thérapie d'acceptation et d'engagement: Elsevier; 2011.

- 19 Brédart A, Dick J, Cano A, Dolbeault S. How to facilitate psychosocial adjustment in women tested for hereditary breast or ovarian cancer susceptibility? Insights from network analysis. *Psychooncology*. 2020;29(3):550-6.
- 20 Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther*. 2006;44(1):1-25.
- 21 Monestes Monestès J-L, Villatte M. *La thérapie d'acceptation et d'engagement*. Elsevier,2011.
- 22 Hulbert-Williams NJ, Storey L, Wilson KG. Psychological interventions for patients with cancer: psychological flexibility and the potential utility of Acceptance and Commitment Therapy. *European journal of cancer care*. 2015;24(1):15-27.
- 23 Gonzalez-Fernandez S, Fernandez-Rodriguez C. Acceptance and Commitment Therapy in Cancer: Review of Applications and Findings. *Behav Med*. 2019;45(3):255-69.
- 24 Hawkes AL, Chambers SK, Pakenham KI, Patrao TA, Baade PD, Lynch BM, et al. Effects of a telephone-delivered multiple health behavior change intervention (CanChange) on health and behavioral outcomes in survivors of colorectal cancer: a randomized controlled trial. *J Clin Oncol*. 2013;31(18):2313-21.
- 25 Gonzalez-Fernandez S, Fernandez-Rodriguez C. Acceptance and Commitment Therapy in Cancer: Review of Applications and Findings. *Behav Med* 2019; 45: 255-269.
- 26 Hulbert-Williams NJ, Norwood S, Gillanders D, Finucane A, Spiller J, Strachan J, et al. Brief Engagement and Acceptance Coaching for Community and Hospice Settings (the BEACHeS Study): Protocol for the development and pilot testing of an evidence-based psychological intervention to enhance wellbeing and aid transition into palliative care. *Pilot Feasibility Stud*. 2019;5:104.
- 27 Hulbert-Williams NJ, Hulbert-Williams L, Patterson P, Suleman S, Howells L. Acceptance and commitment therapy (ACT)-enhanced communication skills: development and evaluation of a novel training programme. *BMJ Support Palliat Care*. 2021;bmjspcare-2020-002786.
- 28 Haerizadeh M, Sumner JA, Birk, JL et al. Interventions for posttraumatic stress disorder symptoms induced by medical events: A systematic review. *J Psychosom Res*. 2020 February ; 129: 109908. doi:10.1016/j.jpsychores.2019.109908.
- 29 Tarquinio, C. Tarquinio, P. *L'EMDR : préserver la santé et prendre en charge la maladie*. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson, 2015.
- 30 Capezzani et al. EMDR and CBT for cancer patients: Comparative study of effects on PTSD, anxiety, and depression. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2013, 5, 2-13.
- 31 Jarero, I., Givaudan, M., Osorio, A. Randomized Controlled Trial on the Provision of the EMDR Integrative Group Treatment Protocol Adapted for Ongoing Traumatic Stress to Female Patients with Cancer-Related Posttraumatic Stress Disorder Symptoms. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2018, 12(3), 94-104.
- 32 Portigliatti Portigliatti Pomeri A, Carletto S, Oliva F, Ostacoli L. EMDR in Cancer Patients: A Systematic Review. *Front Psychol*. 2021 Jan 18;11:590204 doi: 10.3389/fpsyg.2020.590204. eCollection 2020.
- 33 Malekzadeh AN, Fereidouni M, Behnammoghadam Z, Zaj M et al. Efficacy of EMDR therapy on the pain intensity and subjective distress of cancer patients. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2021, 15(1), 18-28. doi: 10.1891/EMDR-D-20-00036
- 34 Baltenneck, N. Souche, L. *Mieux comprendre la thérapie EMDR : 13 études de cas. Une approche interactive pour accélérer le traitement des souvenirs traumatiques*. Paris, France, 2019, 2^{ème} édition actualisée, Broché.
- 35 Mack J, Smith T. Reasons why physicians do not have discussions about poor prognosis, why it matters, and what can be improved. *J Clin Oncol*. 2012;30(22):2715-7.

- 36 Bousquet G, Orri M, Winterman S, Brugière C, Verneui L, Revah-Levy A. Breaking bad news in oncology: A metasynthesis. *J Clin Oncol*. 2015;33(22):2437–43.
- 37 Libert Y, Reynaert C. Les enjeux de la communication médecin-patient et l'importance des caractéristiques psychologiques du médecin. *Psycho-Oncologie*. 2009;3(3):140–6.
- 38 HAS. Annoncer une mauvaise nouvelle. 2008.
- 39 Pujol J-L, Bruere Dawson C, Tirefort J-F. Le dispositif d'annonce. Du concept à la pratique. *Rev Mal Respir*. 2008;25:3S48-3S54.
- 40 Butow P, Dowsett S, Hagerty R, Tattersall M. Communicating prognosis to patients with metastatic disease: What do they really want to know? *Support Care Cancer*. 2002;10(2):161–8.
- 41 Elkin EB, Kim SHM, Casper ES, Kissane DW, Schrag D. Desire for Information and Involvement in Treatment Decisions : Elderly Cancer Patients ' Preferences and Their Physicians ' Perceptions. *J Clin Oncol*. 2007;25(33):5275–80.
- 42 Back A, Arnold R, Baile W, Tulsky J. Approaching Difficult Communication Tasks in Oncology. *CA Cancer J Clin*. 2005;55(3):164–77.
- 43 Back A, Arnold R. Discussing Prognosis : “ How Much Do You Want to Know ?” Talking to Patients Who Do Not Want Information or Who Are Ambivalent. *J Clin Oncol*. 2006;24(25):4214–7.
- 44 Terrasson J, Brédart A, Mellah L El, Doz F, Seigneur E. Enjeux émotionnels de la communication parents-pédiatre lors de l'annonce de mauvaises nouvelles en oncologie pédiatrique : un état de la question. *Bull Cancer*. 2021;108(4):399–414.
- 45 Keinki C, Momberg A, Clauß K, Bozkurt G, Hertel E, Freuding M, et al. Effect of question prompt lists for cancer patients on communication and mental health outcomes—A systematic review. *Patient Educ Couns*. 2021;104(6):1335–46.
- 46 Licqurish SM, Cook OY, Pattuwage LP, Saunders C, Jefford M, Koczwara B, et al. Tools to facilitate communication during physician-patient consultations in cancer care: An overview of systematic reviews. *CA Cancer J Clin*. 2019;69(6):497–520.