



La prise en charge psychologique des patients en cancérologie digestive

LAURENCE BARTHOD, PSYCHOLOGUE DU SERVICE DE GASTROENTEROLOGIE CHU BESANCON

PLAN

1. Propos introductif
2. L'annonce diagnostique
3. Au seuil de la rencontre
4. Effets psychologiques de la maladie cancéreuse digestive
5. Mécanismes de défense du patient (cf. Annexes)
6. Altération de l'image du corps
7. Conclusion
8. Annexe

Propos introductif

- Le psychologue en gastroentérologie intervient dans le parcours coordonné de soins ou pluridisciplinaire.
- Son appartenance aux sciences humaines spécifie aussitôt sa relation au malade et ses proches
- Ses interventions s'inscrivent dans une continuité, pendant la durée de la maladie.
- Un partage constant avec l'équipe pluridisciplinaire permet une meilleure prise en charge du patient.
- La formation initiale des soignants en cancérologie inclue les aspects psychosociaux même si son évaluation est encore en cours.

Propos introductif

La culture médicale et humaniste des 30 dernières années ont modifié l'approche du malade porteur d'un cancer. Les médecins oncologues hospitaliers sont **sensibilisés aux aspects psychologiques**, sociaux exprimés par le malade lors de son parcours de soins.

Ainsi, dès l'annonce diagnostique, une attention particulière est portée au malade et à son entourage. L'annonce est un **moment crucial** qui nécessite un accompagnement où le psychologue a, quand il est nécessaire, sa place. La rencontre inaugurale avec le malade facilite le suivi (Service de Gastroentérologie et Institut Fédératif du Cancer...).

L'annonce diagnostique en cancérologie digestive

Lors de l'annonce, le malade vit un **stress intense** puisqu'il bascule du statut de bonne santé à celui de malade.

Le cancer est une **maladie angoissante, hantée par la mort** et dans ce chaos initial les réactions vont de l'indifférence manifeste à l'effondrement. Des moments de sidération, de révolte, d'égarement sont observés et légitiment une prise en charge psychologique.

Martine Ruszniewski, psychologue écrit « Les témoignages de malades sont unanimes : au moment de l'annonce tout s'arrête, on n'entend plus, les mots se disent mais ne s'entendent pas, on parle, on ne se souvient pas, on se souvient d'un temps qui se suspend, d'un monde qui change. Il y a un avant et un après l'annonce. ».

L'annonce diagnostique en cancérologie digestive

Durant l'annonce diagnostique, le médecin va établir une **relation de confiance** avec son malade où il s'agira de parler de la maladie, des options thérapeutiques (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie...) et des partenaires de soins.

Néanmoins, malgré tous ses efforts explicatifs, sa bienveillance, son temps passé, il ne peut préjuger de la **réaction du patient** : colère, sidération, effroi, incompréhension voire déni.

Dans ce **moment crucial et complexe** de communication, le recours au psychologue peut devenir un moment de médiation qui permet une première rencontre et/ou la poursuite d'un suivi psychologique.

Les aspects psychologiques sont communs à tous les cancers: révélation parfois traumatisante, peur de la mort et des séquelles, opération mutilante et douloureuse, chimiothérapie.

Au seuil de la rencontre

Le **premier entretien** constitue un moment d'élection avec un patient soit dans le doute soit très lucide vis-à-vis de son état. Il identifie le psychologue comme la personne avec laquelle il pourra s'exprimer : parler, pleurer, exprimer ses peurs (souffrance, opérations, incertitudes, abandon), sa douleur globale. Une attention particulière est portée à cet entretien.

Le psychologue devient le **réceptacle d'une narration** : comment la maladie est arrivée, ce qui l'a provoquée, ce qu'elle engendre, ce qu'elle bouleverse. L'annonce de la maladie entraîne un retour sur l'histoire personnelle du patient. Les traumatismes vécus (perte d'un travail, divorce, décès, maltraitance...) sont aussitôt nommés. Ils sont parfois perçus comme l'origine de la pathologie ou bien comme participant à la situation actuelle.

La maladie est un **bouleversement du corps** (et de l'esprit) : temps d'arrêt, traitements, opérations, symptômes, douleurs... En attendant les peurs, doutes..., le psychologue aide le patient à adhérer à la stratégie thérapeutique proposée.

Effets psychologiques de la maladie cancéreuse digestive

Le psychologue est conscient que l'effraction sur le corps entraîne un **trouble intense**. Les repères habituels sont bouleversés, le malade se sent perdu et a le sentiment que **son corps l'a trahi**. Ainsi, le malade a l'impression de cohabiter avec une part d'étrangeté (le monstre, le truc, la masse, ça...) sur lequel il n'a pas de prise. Tous ces éléments exprimés ont lieu dans **l'intimité** et la **confidentialité**.

La maladie devient l'occasion d'échanger librement sans contraintes avec une professionnelle qui n'est pas affiliée aux soins techniques. Le vécu est abordé avec les aspects contraignants (perspective d'opération digestive mutilante, crainte du regard des proches). De même, la perte d'autonomie, l'altération de la libido et la transformation du corps (mutilation, amaigrissement, perte des cheveux...) isolent le patient qui ressent un **mal être** (blessure narcissique, sentiment d'injustice et de honte...).

Mécanismes de défense du patient

cf. Annexes

Les mécanismes de défense :

- sont des **stratégies adaptatives** nécessaires à la survie psychique du malade.
- dépendent de la personnalité préexistante et sont une réponse à l'angoisse face au cancer.
- doivent être **respectés**, en considérant qu'ils sont passagers et non dirigés ni vers les soignants, ni vers l'entourage.
- sont parfois **mal vécus par les soignants** (agressivité, régression, déni...) qui ont le sentiment d'être **mis en échec**.

Face à ces mécanismes de défense, la **solidarité pluridisciplinaire** est essentielle pour comprendre le malade sans le juger, sans le rejeter et sans rompre le lien thérapeutique.

Altération de l'image du corps

Les cancers digestifs sont susceptibles d'occasionner des chirurgies invasives, invalidantes pour exemple **les colostomies**. A ce titre, les répercussions psychologiques sont notoires :

- Modification de l'image du corps avec perte de contrôle des sphincters et ajout d'une « poche », laquelle devient un prolongement de soi, hors de soi qu'il va falloir accepter, intégrer, maîtriser.
- Impact très fréquent sur la sexualité.
- Peur de la fuite, des odeurs avec parfois un sentiment de honte.
- Atteinte à la confiance et à l'estime de soi.
- Répercussion sur la vie sociale.

Les répercussions seront différentes si la stomie est transitoire ou définitive.
Le psychologue aura en tête, l'existence de ces réalités pour mieux les traiter.

Altération de l'image du corps

Ainsi, dès l'instauration d'un suivi psychologique, il s'agira de permettre au patient d'adhérer à une **continuité des soins psychiques**. Le but étant de permettre au malade d'intégrer les différentes menaces réelles ou imaginaires qu'il traverse. Pour exemple, après une colostomie, le patient pourra, dans les échanges, tenter d'intégrer voire d'accepter l'image d'un corps modifié. Ce travail s'apparente au travail de deuil et de restauration d'une nouvelle image. Il passe par un **travail de parole nécessaire**.

En cancérologie, le corps **met à mal** le **sujet dans sa croyance en son immortalité** et contraint l'appareil psychique à s'en représenter ses modifications d'où la mise en place des mécanismes d'adaptation chez les patients. Le cancer et ses traitements contraignent l'individu à penser différemment le corps face à l'agression somatique (atteinte réelle du corps). Les conséquences sur ce corps atteignent le psychisme en sachant qu'il n'y a jamais véritablement de « réparation complète ».

Conclusion

Auprès du patient, le psychologue aide à reconnaître les pertes (bonne santé, autonomie...), il lui donne la possibilité d'évoquer son vécu par rapport à ses modifications corporelles, il inclut la prise en charge de la famille.

Aussi, il permet au patient, par la parole « d'élaborer » sa pathologie afin qu'il ne reste pas aliéné au cancer et au vécu traumatique qu'il induit nécessairement.

La prise en charge psychologique en cancérologie digestive ne peut être imaginée hors du dispositif pluridisciplinaire. Le psychologue fait partie de l'équipe.

Il est associé au dépistage des troubles psychiques et à leur prise en charge clinique. Il est vigilant aux mouvements émotionnels des membres de l'équipe, lesquels sont souvent très affectés par des situations extrêmes (jeunes patients, douleurs intenses, souffrance des familles...). Dans ce cas, le psychologue est à leur écoute.

Annexe : Mécanismes de défense du patient

Nous l'avons vu précédemment, le cancer génère des bouleversements psychologiques que l'équipe soignante prend en charge. Le psychologue, par sa formation, repère les mécanismes de défense développés par le malade :

- **L'annulation** ou **le déni**; le patient met en jeu une position psychique qui efface toute menace. Ce mécanisme radical nommé le déni est souvent ponctuel, déroutant pour les soignants qui pensent que « le patient n'a rien compris ». (p.39, vignette clinique)
- **La dénégarion**; le malade ne parvient pas à intégrer la menace générée par la pathologie, il la met à distance.
- **Le déplacement**; le malade transfère l'angoisse de la maladie sur un élément substitutif (situation sociale de la famille, travail...)

Annexe : Mécanismes de défense du patient

- **La maîtrise**; le malade ressent le besoin de maîtriser sa maladie, son environnement. Il imagine qu'avec rigueur, application, conviction; il pourra vaincre la maladie. Elle se manifeste de deux façons :
 - **Rationalisation**; le patient explique l'origine de sa maladie, trouve des justifications à son état.
 - **Rites obsessionnels**; le patient fait preuve d'une vigilance extrême avec des idées fixes, des rituels. Son comportement obstiné, volontaire l'amène à d'inévitables excès (heure fixe des médicaments, poids, nourriture, hygiène de vie).
- **La régression**; le malade se montre **dépendant** et **passif** avec un fort risque d'effondrement. Le patient sollicite les soignants pour un accompagnement inconditionnel. Ce mécanisme de défense peut être vécu par l'équipe comme une attitude puérile.

Annexe : Mécanismes de défense du patient

- **La projection agressive**; le malade est revendicateur, furieux, agressif, il conteste les soins prodigués. Il a le sentiment de ne pas être écouté, entendu, compris. Il ne parvient pas à s'adapter, il est dans la défiance. Pour l'équipe, il est souvent vécu comme un **patient tyrannique**. Le risque de cette attitude contestataire est la rupture de la communication ou **l'escalade du rapport de force**.
- **La sublimation**; le patient se convint que l'intense mobilisation de ses ressources psychiques contribuera à une amélioration sensible de son état de santé. Par le biais de l'imaginaire, il crée un **dispositif psychique où l'angoisse est maîtrisée**, la confiance, l'espoir, l'initiative et l'action ne peuvent que rassurer (y compris l'entourage).

Annexe : Soins de support

Si le patient présente une fragilité psychique, sociale, diététique, physique qui inquiètent le médecin référent, le patient est orienté vers les **soins de support**.

- Lorsque la préoccupation est essentiellement psychologique : angoisses, syndrome dépressif; les consultations externes auprès du psychologue dédié sont réalisés en externe sur le moyen terme.
- L'intervention psychologique comporte une évaluation qui inclut les besoins des familles, lesquelles peuvent être également prises en charge par le psychologue.
- En cas de décompensation psychique, le recours au psychiatre de liaison est réalisé, il adapte si besoin un traitement psychotrope.
- De même, les patients très âgés sont vus par l'équipe d'onco-gériatrie dans le même but.

(liaison entre psychologues : soins de support, gastroentérologie, oncologie)

Dans le cas d'une situation sans recours thérapeutiques, les soins palliatifs peuvent être sollicités.