

Troubles psychotiques en cancérologie

Date : 27/02/2014

Sommaire

Troubles psychotiques en cancérologie

○ Introduction	<u>p 3</u>
○ Définitions	<u>p 4</u>
○ Données épidémiologiques	<u>p 6</u>
○ Dépistage/alertes	<u>p 7</u>
○ Les fausses idées sur la psychose	<u>p 8</u>
○ Diagnostic différentiel	<u>p 10</u>
○ Spécificités cliniques	<u>p 12</u>
○ La douleur chez le patient psychotique	<u>p 13</u>
○ Information, consentement aux soins, refus de soins du patient psychotique	<u>p 14</u>
○ Cas particuliers de patients psychotiques sous mesure de protection juridique	<u>p 15</u>
○ Prise en charge d'un patient psychotique en oncologie	<u>p 16</u>
○ Rappel sur le traitement pharmacologique des psychoses	<u>p 18</u>
○ Effets indésirables somatiques principaux des neuroleptiques et APA	<u>p 19</u>
○ Les molécules les plus utilisées en France	<u>p 20</u>
○ Les antipsychotiques en oncologie : en pratique	<u>p 21</u>
○ Interactions antipsychotiques et agents anticancéreux	<u>p 22</u>
○ Arbre décisionnel	<u>p 23</u>
○ Coordination des soins autour du patient psychotique	<u>p 24</u>
○ Annexes	<u>p 25</u>
○ Bibliographie	<u>p 31</u>
○ Contributeurs	<u>p 37</u>

INTRODUCTION

Les psychoses = groupe d'affections psychiatriques qui s'accompagnent d'un handicap psychosocial important pouvant entraver l'adaptation du patient à son cancer et son accès aux soins tant psychiques qu'oncologiques.

Les psychoses comportent typiquement des éléments délirants et/ou hallucinatoires, mais ces pathologies psychiatriques (environ 1 % de la population) sont cependant à différencier des syndromes confusionnels, eux aussi générateurs d'éléments hallucinatoires et/ou délirants mais qui sont beaucoup plus fréquents en cancérologie et qui traduisent une souffrance neurologique.

La mortalité par cancer des patients psychotiques est plus élevée que la population générale en raison :

- **des affections somatiques associées mais dépistées et prises en charge tardivement**
- **des facteurs de risque cumulés tels que surpoids, tabagisme, sédentarité...**
- **des difficultés d'accessibilité aux soins somatiques.**

DEFINITIONS (1)

Le terme de psychotique renvoie à l'existence d'idées délirantes et/ou d'hallucinations prononcées sans reconnaissance par le sujet de leur caractère pathologique ou à « une perte des limites du moi » et une « altération marquée de l'appréhension de la réalité »
(classification DSM-IV-TR).

On retrouve essentiellement deux tableaux :

Psychoses schizophréniques :

Durée d'évolution d'au moins 6 mois (DSM) ou 1 mois (CIM 10)

Association, durant au moins 1 mois, d'au moins deux des symptômes suivants :

– Symptômes positifs :

- **idées délirantes** (mécanismes interprétatif, hallucinatoire, intuitif ou imaginatif, thématique persécutive, mégalomaniacale, d'influence, passionnelle, mystique ou hypochondriaque)
- **hallucinations** (le plus souvent acoustico-verbales, cénesthésiques, olfactives, plus rarement visuelles)
- **discours ou comportement désorganisé** (incohérence, hermétisme, bizarrerie, affects inappropriés)

– Symptômes négatifs (émoussement affectif, pauvreté du discours ou perte de motivation et d'intérêt, détachement, incurie)

DEFINITIONS (2)

Dans les psychoses schizophréniques, il existe toujours une altération du fonctionnement social ou professionnel.

On distingue plusieurs types :

- paranoïde (idées délirantes ou hallucinations auditives prononcées avec fonctionnement cognitif ou affectif conservé)
- hétéro- ou désorganisé (discours, comportement désorganisés, affect abrasé ou inapproprié)
- catatonique (perturbation psychomotrice importante telle que hyperactivité, négativisme, mutisme, bizarrerie gestuelle).

NB : pour ce diagnostic, on exclut le fait que la symptomatologie soit due à une affection médicale générale (AMG).

Troubles schizo-affectifs :

Exigent la présence d'une période ininterrompue associant symptômes schizophréniques et épisode dépressif majeur, maniaque ou mixte.

Des idées délirantes ou hallucinations ont été présentes sans perturbation thymique majeure pendant au moins 2 semaines.

Les perturbations thymiques sont présentes durant une partie conséquente des troubles.

Frontières floues entre la schizophrénie et la bipolarité.

DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES DES CANCERS PARMI LES PATIENTS SOUFFRANT DE SCHIZOPHRÉNIE

- Les données épidémiologiques concernant **l'incidence** et **la prévalence** des cancers chez les patients souffrant de schizophrénie sont controversées :
 - Incidence accrue
[*Lichtermann D et al, 2001*](#) ; [*Mc Ginty EE et al, 2012*](#)
 - Incidence diminuée
[*Cohen M et al, 2002*](#) ; [*Grinshpoon A et al, 2005*](#) ; [*Preti A et al, 2011*](#)
 - Similaire aux chiffres de la population générale
[*Goldacre MJ et al, 2005*](#) ; [*Dalton SO et al, 2005*](#)
- La mortalité est due à :
 - des morts prématurées par suicide (10 à 13 % des patients schizophrènes avec un risque 16 fois plus élevé que dans la population générale)
[*Limosin F et al, 2007*](#) ; [*Besnier N et al, 2009*](#)
 - des morts prématurés par accidents, infections, cancers évolués par retard au diagnostic.
[*Dolbeault S, 2007*](#) ; [*Limousin S, 2010*](#)
- La **mortalité par cancer** dans cette population est majorée avec une prédominance du cancer du sein chez la femme et du poumon chez l'homme. [*Tran E et al, 2009*](#)

DEPISTAGE / ALERTES

Un patient qui inquiète d'emblée

- Patient « bizarre », « inquiétant »
- Patient au contact difficile, « il ne vous regarde jamais en face »

Un comportement parfois peu adapté

- « Il ne tolère pas qu'on l'examine »
- « Il fait n'importe quoi »
- « Il ne veut pas rester allongé »
- Patient incurique
- Existence d'un retard important au diagnostic, tumeurs ou plaies négligées

Des indices sociaux qui peuvent refléter la maladie et le handicap

- Mesure de protection juridique
- Difficultés d'insertion socio-professionnelle ou travail en milieu protégé
- Isolement socio-familial ou à l'inverse absence d'indépendance

Des traitements qui devraient interpeller

- Antiparkinsoniens
- Notion d'injection à action prolongée

LES FAUSSES IDÉES SUR LE PATIENT ATTEINT DE TROUBLES PSYCHOTIQUES (1)

C'est un problème psychiatrique qui ne concerne que les psychiatres et les psychologues

➔ NON

- Car lorsqu'un patient psychotique est atteint d'une maladie somatique comme un cancer il a besoin d'une coordination étroite entre les équipes de psychiatrie et d'oncologie (importance de la pluridisciplinarité de la prise en charge...)
- Car même un patient psychotique peut présenter au milieu de symptômes d'origine psychiatrique, des symptômes pseudo-psychiatriques d'origine neurologique (tumeur cérébrale ou métastases cérébrales) ou un syndrome confusionnel d'origine médicamenteuse.

Les patients psychotiques sont dangereux et imprévisibles

➔ NON

- La majorité des patients psychotiques manifestent une souffrance psychique majeure (angoisse ++) sans aucun caractère de dangerosité pour autrui. Les rares cas de passages à l'acte fortement médiatisés ne doivent pas contribuer à généraliser des *a priori* discriminatoires pour ces patients qui sont le plus souvent victimes de méfaits et violences.

Ces patients ne seraient responsables que de 0,16 cas d'homicide pour 100 000 habitants.

([Senon JL et al, 2006](#))

LES FAUSSES IDÉES SUR LE PATIENT ATTEINT DE TROUBLES PSYCHOTIQUES (2)

Les patients psychotiques ne peuvent pas être traités comme les autres

→ NON

- Car ces patients sont traités en milieu somatique et il a été montré ([Mateen FJ et al, 2008](#)) qu'une bonne collaboration des équipes psychiatriques et oncologiques permet à ces patients de bénéficier des mêmes traitements que les patients sans handicap psychiatrique.
- Par contre, le cas échéant, en accord avec l'équipe psychiatrique de secteur, il peut être souhaitable d'adapter le traitement psychiatrique en fonction des problèmes somatiques rencontrés (collaboration interdisciplinaire).

Les patients psychotiques présentent une déficience intellectuelle

→ NON

- Les troubles cognitifs et la symptomatologie déficitaire ou négative entravent parfois la compréhension de l'information médicale, sans que le patient psychotique ne présente de déficit intellectuel.

NB : le contexte émotionnel et anxiogène peuvent parfois rendre plus problématique chez ces patients leur compréhension et leur discernement de la situation médicale.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL (1)

Syndrome confusionnel dû à une affection médicale générale

- Symptômes fluctuants dans la journée, d'apparition rapide (mais pouvant persister plusieurs mois), avec altération de la mémoire, baisse de l'état de conscience, de la vigilance et désorientation temporo-spatiale
- Hallucinations le plus souvent visuelles (mais aussi auditives, tactiles, gustatives et olfactives) mais pas constantes
- Perturbation du cycle veille-sommeil
- Perplexité anxieuse.

Trouble psychotique dû à une affection médicale générale (cancer, méningite carcinomateuse, lésions cérébrales...) ou à une démence :

les hallucinations ou les idées délirantes sont dues aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale mais ne surviennent pas exclusivement dans un contexte de la confusion. Ce diagnostic est rare.

Trouble psychotique induit par une substance (intoxication, sevrage, médicaments)

➔ Cf. référentiel guidant le diagnostic et la prise en charge du syndrome confusionnel (disponible sur le site de l'AFSOS).

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL (2)

Les arguments en faveur d'une étiologie somatique sont :

- première apparition de symptômes délirants, hallucinatoires ou dissociatifs chez une personne de plus de 40 ans (les troubles schizophréniques débutent en général avant cet âge)
- bon niveau d'adaptation psychosociale (souvent au moins en partie dégradé dans la psychose)
- absence d'antécédents familiaux de troubles psychotiques
- présence d'un état somatique connu pour provoquer des symptômes confusionnels (postopératoire par exemple)
- notion d'un abus de substance actuel ou d'un sevrage
- présentation clinique évoquant une souffrance neurologique
 - hallucinations visuelles, olfactives, gustatives et tactiles, souvent plus élémentaires
 - déficit cognitif et signes de focalisation neurologique
 - niveau de conscience anormal ou fluctuant
 - contexte d'altération de l'état général...
- **résolution complète et rapide des symptômes avec la résolution du facteur organique supposé.**

➔ même en cas d'antécédents de psychose connue, l'apparition ou la réapparition d'idées délirantes ou des phénomènes hallucinatoires chez un patient atteint de cancer doit faire rechercher une étiologie organique ou iatrogénique (tumeur cérébrale, corticothérapie, sunitinib, ziconotide intrathécal...).

SPECIFICITES CLINIQUES POUR LA PRISE EN CHARGE

Dans certains cas, la difficulté du patient psychotique à identifier ses symptômes et leur signification pathologique peut faire retarder la prise en charge.

La présence de troubles de l'image du corps (morcellement, dysmorphophobie...) peut entraîner des difficultés importantes dans l'approche clinique (examen physique) et para-clinique (acceptation des examens complémentaires) de ces patients.

Les prises de décision peuvent être compliquées en raison d'une ambivalence et d'une indécision pathologique.

Pour tout patient psychotique connu : avis psychiatrique systématique y compris en l'absence de décompensation.

LA DOULEUR CHEZ LE PATIENT PSYCHOTIQUE

Un constat : elle est encore trop souvent ignorée ou banalisée

Enquête nationale ([Serra E et al, 2008](#)) : 75 % des équipes psychiatriques ne sont pas formées à la prise en charge de la douleur.

De fausses croyances ont fait croire à l'insensibilité des patients psychotiques à la douleur, mais ils souffriraient autant que les sujets sains ([Autié A et al, 2009](#)).

L'évaluation et la quantification de cette douleur sont par contre rendues complexes en raison des troubles de communication et du fonctionnement du patient.

Un patient insensible ou n'exprimant pas sa douleur doit faire suspecter une décompensation délirante.

Recommandation : l'évaluation de la douleur et de son soulagement chez le patient psychotique doit être renforcée.

Intérêt de l'utilisation d'outils de dépistage de la Douleur adaptée à cette population : EVA, Echelle numérique, Echelle des 6 visages (« Faces Pain Scale »)
(EVA d'usage limité chez les patients schizophrènes ([Saravane D, 2013](#)))

INFORMATION, CONSENTEMENT AUX SOINS, REFUS DE SOINS DU PATIENT PSYCHOTIQUE

Information « claire, loyale, adaptée et compréhensible ».

Nécessité d'évaluer, en concertation avec les équipes de psychiatrie, les troubles cognitifs du patient et sa capacité à décider, et d'identifier les personnes ressources dès le début de la prise en charge (infirmier de secteur, psychiatre, psychologue...).

Le consentement comme le refus ne sont éclairés que si le patient a compris et intégré l'information donnée.

Intérêt des décisions médicales collégiales.

Les soins sans consentement (Loi du 5 Juillet 2011) ne sont licites que pour des soins psychiatriques.

(Reich M, 2013)

CAS PARTICULIERS DES PATIENTS PSYCHOTIQUES SOUS MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE (TUTELLE, CURATELLE, MANDAT DE PROTECTION FUTURE)

La **mesure de protection juridique** est destinée à la protection tant de la personne que de ses intérêts patrimoniaux.

La loi maintient le droit pour le majeur protégé de recevoir lui-même de son médecin une **information sur son état de santé** ([Article L1111-2](#)), d'une manière adaptée à ses facultés de discernement, et de participer à la prise de décision le concernant. Le tuteur reçoit également l'information.

Le **consentement du majeur sous tutelle** doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision ([Article L1111-4](#)).

Les dispositions relatives à la **personne de confiance** ([Article L1111-6](#)) ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée.

Les personnes majeures faisant l'objet d'une mesure de protection légale ou hors d'état d'exprimer leur consentement ne peuvent être sollicitées pour des **recherches biomédicales** ([Article L1121-8](#)) que dans certaines conditions.

([Cf. Annexe 2 - mandat de protection future](#))

PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT PSYCHOTIQUE EN ONCOLOGIE : ÉTAPE INITIALE

Évaluation psychiatrique recommandée avant l'instauration du traitement oncologique, y compris en l'absence de décompensation psychiatrique pour prévenir les complications éventuelles :

- établissement d'un lien thérapeutique avec le patient
- clarification du diagnostic psychiatrique et du projet thérapeutique, médicamenteux et psychosocial
- liens avec l'équipe de secteur
- évaluation de la compréhension du patient et de sa capacité de décision éclairée : le cas échéant compléter l'information
- information et sensibilisation de l'équipe oncologique
- lutter contre les *a priori* en donnant des informations sur la pathologie mentale

Intérêt des réunions pluridisciplinaires lors des RCP entre le psychiatre et les différents intervenants en oncologie : oncologue, chirurgien, chimiothérapeute, radiothérapeute.

Associer en premier lieu les soignants de l'équipe psychiatrique référente, puis le curateur, le tuteur, le mandataire ou la personne de confiance et si opportun, l'entourage en accord avec le patient.

PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT PSYCHOTIQUE EN ONCOLOGIE : SUIVI

Staffs de service réguliers avec l'équipe soignante pour éclairer les spécificités de la prise en charge des patients psychotiques (informations théoriques et pratiques sur les attitudes à adopter) et les résistances éventuelles de certains soignants (à priori, peurs, lenteur de la mise en route des soins).

Désignation si possible d'un médecin et d'un soignant infirmier(e) référents pour les examens cliniques et soins somatiques au quotidien.

Adaptation éventuelle du traitement psychotrope et dans tous les cas éviter toute interruption brutale.

Maintien d'une information de qualité de la part des équipes d'oncologie pour le patient tout le long de sa prise en charge.

RAPPEL SUR LE TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE DES PSYCHOSES

Il existe deux types de médicaments indiqués dans le traitement de la schizophrénie et les autres troubles psychotiques :

- les neuroleptiques dits de première génération (NLP)
- les antipsychotiques atypiques (APA) ou neuroleptiques de seconde génération.

Les APA se distinguent des neuroleptiques de première génération par :

- des mécanismes pharmacodynamiques différents
- des effets extrapyramidaux rares ou absents aux doses thérapeutiques
- une action qui semble significative sur les symptômes négatifs de la schizophrénie
- ils respectent mieux les fonctions cognitives.

Ils permettent le traitement symptomatique du délire et des hallucinations.

Le consensus actuel préconise l'utilisation d'un antipsychotique atypique en première intention dans la schizophrénie et les autres troubles psychotiques.

Les antipsychotiques peuvent aussi être utilisés dans certains cas comme régulateurs de l'humeur chez des patients bipolaires non psychotiques.

NB : les NLP : cyamémazine (TERCIAN®) et lévomépromazine (NOZINAN®) sont réservés à l'anxiolyse et la sédation ; leur action hallucinolytique est faible.

EFFETS INDÉSIRABLES SOMATIQUES PRINCIPAUX DES NEUROLEPTIQUES ET APA

Signes neurologiques : rares aux doses thérapeutiques pour les APA

Dystonie aiguë et dyskinésies tardives/syndrome parkinsonien /akathisie

Crise convulsive par abaissement du seuil épileptogène.

Signes cardiaques : allongement du QT et risque de torsades de pointe et de mort subite

Hypotension artérielle surtout orthostatique.

Effets anticholinergiques : sécheresse buccale, trouble de l'accommodation, constipation, glaucome par fermeture de l'angle.

Syndrome métabolique : prise de poids/dysrégulation glucidique/dyslipidémie.

Hyperprolactinémie et trouble de l'activité sexuelle.

Syndrome malin des NLP : très rare, associe hyperthermie, sueurs profuses, pâleur, hypertonie extrapyramidale, trouble de la conscience, déshydratation, tachycardie, rhabdomyolyse (augmentation de la fraction MB des CPK)

➔ Urgence médicale et transfert en unité de soins intensifs car risque léthal.

LES MOLÉCULES LES PLUS UTILISÉES EN FRANCE

Troubles psychotiques en cancérologie

	DCI molécule Nom commerciaux	Posologie journalière moyenne	Voie d'administration	En plus des effets secondaires communs aux APA et NLP, quelques précisions utiles
A T Y P I Q U E	olanzapine ZYPREXA® ZALASTA® ZYPADHERA®	5-20 mg	PO/IM si agitation	Syndrome métabolique à surveiller, somnolence diurne, hypotension orthostatique
	risperidone RISPERDAL® RISPERDALCONSTA®	2-8 mg	PO IM/15jours	Signes extrapyramidaux si >6 mg
	aripiprazole ABILIFY®	10-30 mg	PO/IM si agitation	Akathisie, insomnie
	quetiapine XEROQUEL®	300-800 mg	PO	Somnolence diurne, vertiges, céphalées, syndrome métabolique, sécheresse buccale
	clozapine LEPONEX®	300-900mg	PO	Pas en première intention Risque d'agranulocytose 1-2 % Crise comitiale à >450 mg
	amisulpride SOLIAN®	400-1200mg	PO/IM	Hyperprolactinémie
N L P	haloperidol HALDOL®	5-15 mg	PO/IM	Allongement de l'intervalle QT, syndrome extra pyramidal
	zuclopenthixol CLOPIXOL®	50-150 mg	PO/IM	Abaissment du seuil épileptogène
	flupentixol FLUANXOL®	80-200mg	PO/IM	Hypotension orthostatique, prise de poids, syndrome extrapyramidal, allongement espace QT

LES ANTIPSYCHOTIQUES EN ONCOLOGIE : EN PRATIQUE

Chez un patient présentant une psychose chronique stabilisée, dans la grande majorité des cas, il n'y a pas lieu de modifier ou d'arrêter un traitement bien toléré et efficace.

Il est nécessaire de renforcer la surveillance de la toxicité de certains traitements antipsychotiques :

- NLP classiques : ECG de base systématique, ainsi qu'en cas de coprescription susceptible d'allonger le QT
- antipsychotiques : glycémie à jeun et bilan lipidique de base / surveillance attentive de la prise de poids
- clozapine : majoration du risque d'agranulocytose.

Il existe d'autres indications aux NLP et traitements antipsychotiques en cancérologie que les psychoses :

- prescription à visée symptomatique en cas de confusion mentale ou d'agitation psychomotrice et ce, toujours après une recherche étiologique (Cf. référentiel confusion mentale) et traitement de la cause
- prescription à visée antiémétique : bien connue pour l'halopéridol, en cours d'évaluation pour les antipsychotiques dans le cas de nausées et/ou vomissements réfractaires aux thérapeutiques habituelles (ex. de l'olanzapine) (Srivastava M et al, 2003).

INTERACTIONS ANTIPSYCHOTIQUES ET AGENTS ANTICANCEREUX

- ➔ Majoration des toxicités et effets secondaires cutanés, hématologiques, cardiaques.
- ➔ Interaction par des phénomènes d'inhibition ou d'induction au travers des voies métaboliques médiées par le cytochrome P450.

Peu de littérature sur le sujet : [Yap KY et al, 2011](#)

chlorpromazine : action synergique avec le tamoxifène en majorant son effet cytotoxique par une médiation au travers des récepteurs œstrogéniques

[Yde CW et al, 2009](#)

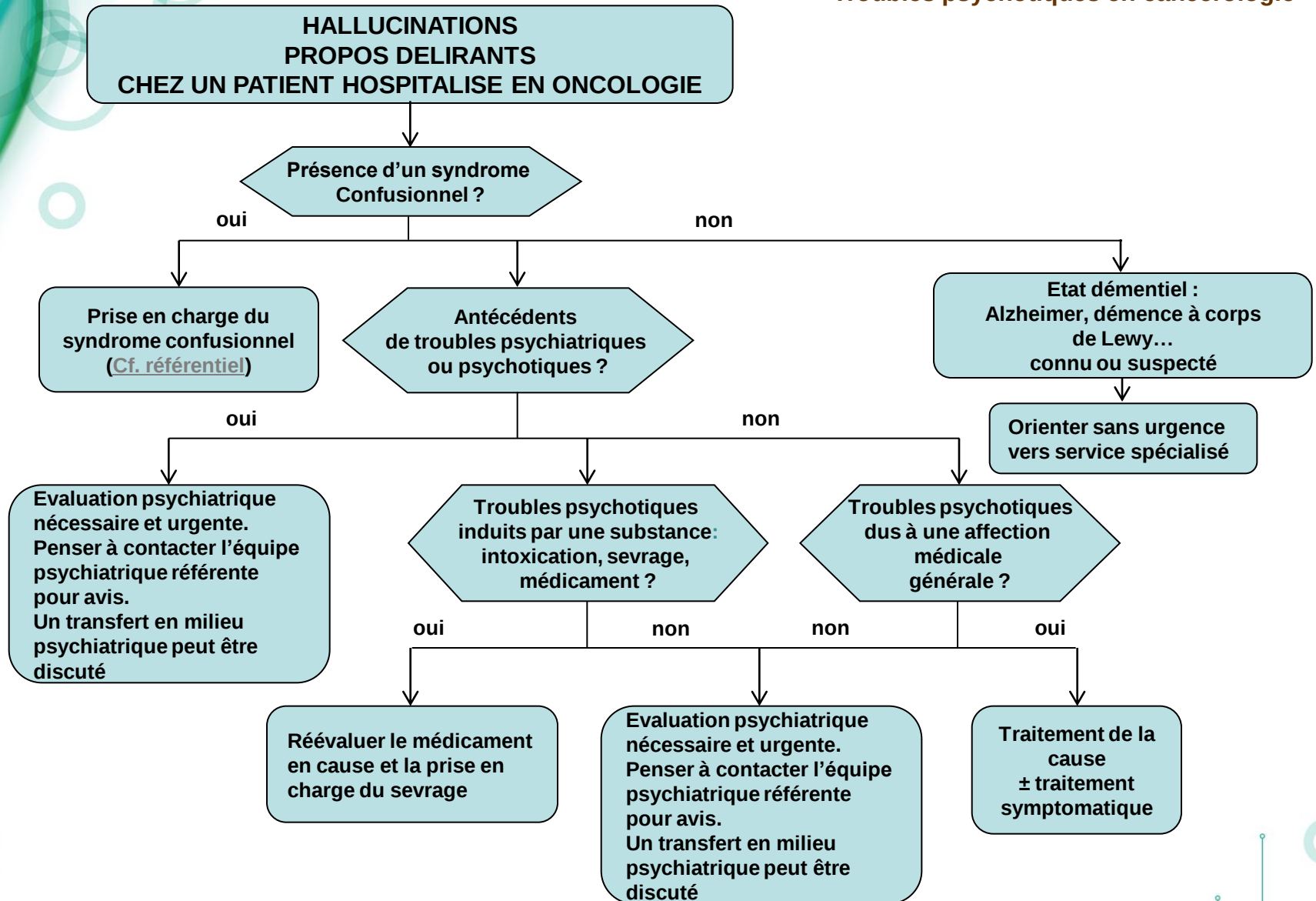
clozapine : majore le risque de toxicité hématologique en association avec des antinéoplasiques myélosuppresseurs (taxanes, methotrexate, cyclophosphamide, mephalan, procarbazine, sels de platine, inhibiteurs de la topoisomérase, trastuzumab : agranulocytose, neutropénie par un effet myélosuppressif additif

[Goulet K et al, 2008](#)

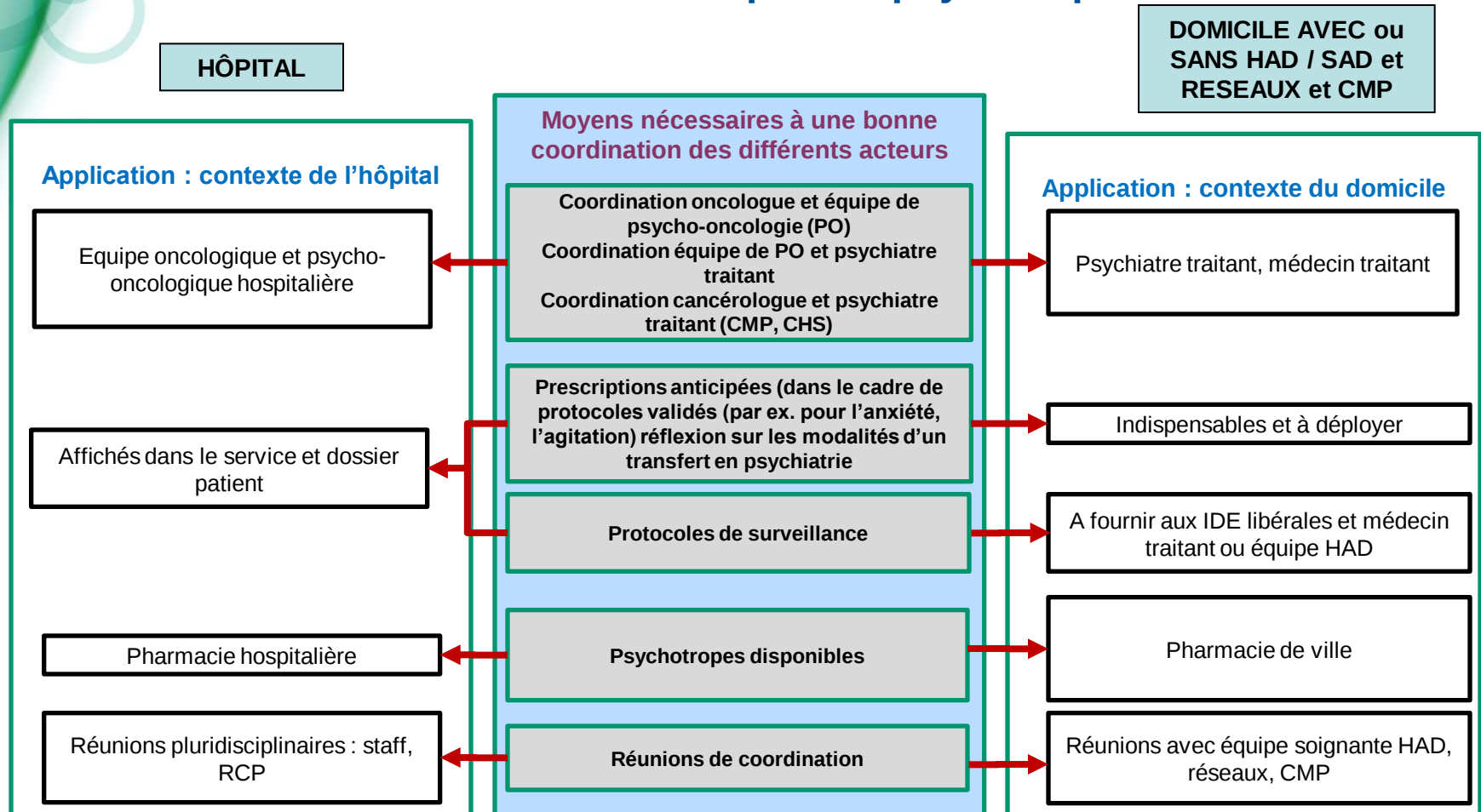
haloperidol : interaction avec le méthotrexate avec majoration d'un effet photosensibilisant, risque de majoration de torsades de pointe et allongement de l'espace QT

[Thami GP et al, 2002](#)

Troubles psychotiques en cancérologie



Coordination des soins autour du patient psychotique



ANNEXES

Annexe 1 - Bonnes pratiques pour la gestion des patients psychotiques en oncologie et soins palliatifs

p 26

Annexe 2 - Mesures de protection juridique

p 27

ANNEXE 1

Bonnes pratiques pour la gestion des patients psychotiques en oncologie et soins palliatifs (adapté de Reich M & Gaudron C, Bull Cancer 2009)

- **Approche préventive des décompensations psychotiques**
 - Maintien du contact avec l'équipe psychiatrique de référence (sur le secteur ou en CMP)
 - Maintien ou reprise précoce de toutes les médications antipsychotiques habituellement pris par le patient
 - Favoriser les visites, les courriers de liaison et les rencontres entre l'équipe médicale et l'équipe psychiatrique de secteur (infirmière référent en psychiatrie)
 - Création d'un climat de confiance tout en respectant cadre et limites.
- **Approche symptomatique**
 - Cibler les traitements sur le contrôle des symptômes : agitation, hallucinations, délire , anxiété, thymie
 - Hydratation et nutrition à maintenir surtout en période de forte chaleur
 - Vigilance si utilisation de corticostéroïdes
 - Vigilance quant au bon contrôle des douleurs physiques pas forcément clairement exprimées par le patient
 - Utilisation de molécules antipsychotiques en association, si nécessaire à des anxiolytiques
 - Adaptation du traitement psychotrope aux conditions somatiques (insuffisance rénale, hépatique) et éviter tout arrêt intempestif (risque de sevrage ou d'exacerbation des troubles)
 - Pas d'introduction d'antidépresseur sans avis psychiatrique lors des moments féconds (délire).
- **Approche environnementale**
 - Assurer la sécurité du patient, de l'entourage et des soignants
 - Désignation si possible d'un médecin et d'un soignant infirmier(e) référents pour les examens cliniques et soins somatiques au quotidien
 - Staffs réguliers de service avec l'équipe soignante oncologique pour apporter des informations théoriques et pratiques sur les attitudes à adopter et dépister les résistances éventuelles
 - En fin d'hospitalisation en soins oncologiques, transmission aux équipes psychiatriques du secteur d'un compte rendu médical reprenant par écrit les soins et rendez-vous préconisés, destiné au patient.
- **Approche des soins oncologiques**
 - Échanges, lors des RCP, entre le psychiatre et les différents intervenants en oncologie : oncologue, chirurgien, chimiothérapeute, radiothérapeute
 - Évaluation permanente du ratio bénéfices/risques tant des investigations que des traitements étiologiques à proposer
 - Nécessité d'évaluer les troubles cognitifs du patient et sa capacité à décider, dès le début de la prise en charge.
- **Approche « supportive » (soutien et accompagnement)**
 - Débriefing auprès des équipes médicales en cas de décompensation aiguë et de transfert sous mode d'une hospitalisation sous contrainte.

ANNEXE 2

Mesures de protection juridique (1)

La mesure de protection juridique est destinée à la protection tant de la personne que de ses intérêts patrimoniaux. La mesure de protection juridique est instaurée et assurée dans le respect des libertés individuelles, des droits fondamentaux et de la dignité de la personne. Elle a pour finalité l'intérêt de la personne protégée et favorise, dans la mesure du possible, l'autonomie de celle-ci. La loi donne le droit à la personne protégée de participer aux décisions la concernant, elle insiste sur le respect de la personne protégée, le respect de sa parole et le recueil de l'expression de sa volonté.

Extrait Code de la Santé Publique, Article L1111-2

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. [...] Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des dispositions de l'article L1111-5. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle.

Extrait Code de la Santé Publique, Article L1111-4

Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. [...] Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.

ANNEXE 2

Mesures de protection juridique (2)

Extrait Code de la Santé Publique, Article L1111-6

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance [...] Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois, le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci.

Code de la Santé Publique, Article L1121-8

Les personnes majeures faisant l'objet d'une mesure de protection légale ou hors d'état d'exprimer leur consentement ne peuvent être sollicitées pour des recherches biomédicales que si des recherches d'une efficacité comparable ne peuvent être effectuées sur une autre catégorie de la population et dans les conditions suivantes :

- soit l'importance du bénéfice escompté pour ces personnes est de nature à justifier le risque prévisible encouru
- soit ces recherches se justifient au regard du bénéfice escompté pour d'autres personnes placées dans la même situation. Dans ce cas, les risques prévisibles et les contraintes que comporte la recherche doivent présenter un caractère minimal.

ANNEXE 2

Mesures de protection juridique (3)

Extrait Code de la Santé Publique, Article L1122-2

Lorsqu'une recherche biomédicale est effectuée sur une personne mineure ou majeure sous tutelle, l'autorisation est donnée par son représentant légal et, si le comité mentionné à l'article L. 1123-1 considère que la recherche comporte, par l'importance des contraintes ou par la spécificité des interventions auxquelles elle conduit, un risque sérieux d'atteinte à la vie privée ou à l'intégrité du corps humain, par le conseil de famille s'il a été institué, ou par le juge des tutelles.

Une personne faisant l'objet d'une mesure de sauvegarde de justice ne peut être sollicitée aux fins de participer à une recherche biomédicale.

Lorsqu'une recherche biomédicale est effectuée sur une personne majeure sous curatelle, le consentement est donné par l'intéressé assisté par son curateur. Toutefois, si la personne majeure sous curatelle est sollicitée en vue de sa participation à une recherche dont le comité mentionné à l'article L. 1123-1 considère qu'elle comporte, par l'importance des contraintes ou par la spécificité des interventions auxquelles elle conduit, un risque sérieux d'atteinte à la vie privée ou à l'intégrité du corps humain, le juge des tutelles est saisi aux fins de s'assurer de l'aptitude à consentir du majeur. En cas d'incapacité, le juge prend la décision d'autoriser ou non la recherche biomédicale.

ANNEXE 2

Mesures de protection juridique (4)

Extrait du code de Procédure Civile, Article 1258 et suivant
Arrêté du 23 décembre 2009 relatif à la notice d'information jointe au modèle de mandat de protection future sous seing privé

Le mandat de protection future permet de désigner, de manière anticipée, un mandataire ou plusieurs mandataires, chargé(s) de veiller au patrimoine et/ou à la personne du mandant au moment où son état de santé physique ou cognitif ne lui permettra plus de le faire et un contrôleur qui vérifiera la bonne exécution de ce mandat. Le mandat de protection future peut être constitué sous seing-privé ou par acte notarié. Toute personne majeure peut rédiger ce mandat, sous réserve de discernement sauf les majeurs sous tutelle. Il peut donc être rédigé par une personne sous sauvegarde de justice ou sous curatelle, pour cette dernière à condition d'être accompagnée de son curateur.

Un enfant majeur, malade ou handicapé, dont la charge affective et financière est assurée par ses parents, non placé sous mesure de protection, peut néanmoins bénéficier de ce type de protection. Ses parents peuvent en effet souscrire un mandat de protection future pour autrui, obligatoirement notarié, qui désignera les mandataires qui prendront soin de ce jeune majeur sous réserve que son état de santé le justifie dans le cas où ils décèderaient ou deviendraient inaptes. Le contrôleur étant le notaire dès que l'on est en présence d'un acte notarié.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES (1)

Autié A, Montreuil M, Moulier V, Braha S, Wojakiewicz A, Januel D.

Douleurs et schizophrénie : mythes et réalités

[Encephale. 2009;35\(4\):297-303](#)

Besnier N, Gavaudan G, Navez A, Adida M, Jollant F, Courtet P, Lançon C.

Approche clinique du suicide au cours de la schizophrénie (I). Identification des facteurs de risque

[Encephale. 2009;35\(2\):176-181](#)

Boyette-Davis J, Fuchs PN.

Chronic administration of phencyclidine produces decreased sensitivity to mechanical stimulation in the absence of altered affective behavior: Implications for pain processing in schizophrenia.

[Neurosci Lett 2011;498\(2\):153-157](#)

Bushe CJ, Bradley AJ, Wildgust HJ, Hodgson RE.

Schizophrenia and breast cancer incidence: a systematic review of clinical studies.

[Schizophr Res 2009;114\(1-3\):6-16](#)

Cohen M, Dembling B, Schorling J.

The association between schizophrenia and cancer: a population-based mortality study.

[Schizophr Res 2002;57\(2-3\):139-146](#)

Dalton SO, Mellemkiaer L, Thomassen L, Mortensen PB, Johansen C.

Risk for cancer in a cohort of patients hospitalized for schizophrenia in Denmark, 1969-1993.

[Schizophr Res 2005;75\(2-3\):315-324](#)

Dolbeault S, Dauchy S, Brédart A, Consoli SM

Le patient psychotique atteint de cancer. La psycho-oncologie, ed John Libbey

[Eurotext, 2007, p124-131](#)

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES (2)

Dupoiron D, Bore F, Lefebvre-Kuntz D, Brenet O, Debourmont S, Dixmerias F, Buisset N, Lebrech N, Monnin D.
Ziconotide

Adverse events in patients with cancer pain: a multicenter observational study of a slow titration, multidrug protocol.

[Pain Physician 2012;15\(5\):395-403](#)

Freiri T.

Maintaining clozapine treatment during chemotherapy for non-Hodgkin's lymphoma.

[Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2008;32\(6\):1611-1612.](#)

Galasko D, Kwo-On-Yuen PF, Thal L.

Intracranial mass lesions associated with late-onset psychosis and depression.

[Psychiatr Clin North Am 1988;11\(1\):151-66](#)

Gavaudan G., Besnier N, Lançon C.

Suicide et schizophrénie : évaluation du risque et prévention.

[Ann Méd Psychol 2006;164\(2\):165-175](#)

Goldacre MJ, Kurina LM, Wotton CJ, Yeates D, Seagroatt V.

Schizophrenia and cancer: an epidemiological study.

[Br J Psychiatry. 2005;187:334-338](#)

Goulet K, Grignon S.

Case report: clozapine given in the context of chemotherapy for lung cancer.

[Psychooncology. 2008;17\(5\):512-516](#)

Grinshpoon A, Barchana M, Ponizovsky A, Lipshitz I, Nahon D, Tal O, Weizman A, Levav I.

Cancer in schizophrenia: is the risk higher or lower?

[Schizophr Res 2005;73\(2-3\):333-341](#)

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES (3)

Kenna HA, Poon AW, de los Angeles CP, Koran LM.

Psychiatric complications of treatment with corticosteroids: review with case report.

[Psychiatry Clin Neurosci 2011;65\(6\):549-560](#)

Kolli V, Denton K, Borra D, Pulluri M, Sharma A.

Treating chemotherapy induced agranulocytosis with granulocyte colony-stimulating factors in a patient on clozapine.

[Psycho-Oncology 2013; 22\(7\):1674-1675](#)

Kunene V, Porfiri E.

Sunitinib-induced acute psychosis: case report.

[Clin Genitourin Cancer 2011;9\(1\):70-72](#)

Lichtermann D. Ekelund J. Pukkala E. Tanskanen A. Lönngvist J.

Incidence of cancer among persons with schizophrenia and their relatives.

[Arch Gen Psychiatry 2001;58\(6\):573-578](#)

Limosin F, Loze JY, Philippe A, Casadebaig F, Rouillon F.

Ten-year prospective follow-up study of the mortality by suicide in schizophrenic patients.

[Schizophr Res. 2007;94\(1-3\):23-28](#)

Limousin S.

Prise en charge d'un patient psychotique atteint de cancer : réfuter la perte de chance d'une double pathologie.

[Psycho-Oncol 2010;4\(1\):17-21](#)

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES (4)

Loas G, Azi A, Noisette C, Yon V.

Mortalité et causes de décès dans la schizophrénie : étude prospective entre dix et 14 ans d'une cohorte de 150 sujets.

[Encephale. 2008;34\(1\):54-60](#)

Lopez C, Dauchy S.

Trouble bipolaire et cancer : particularités de la prise en charge.

[Psycho-Oncol 2010;4\(1\):28-35](#)

Marchand S, Saravane D, Gaumond I

Santé mentale et douleur.

[Paris 2013 : Springer,242p.](#)

Mateen FJ, Jatoi A, Lineberry TW, Aranguren D, Creagan ET, Croghan GA, Jett JR, Marks RS, Molina JR, Richardson RL.

Do patients with schizophrenia receive state-of-the-art lung cancer therapy? A brief report.

[Psychooncology. 2008;17\(7\):721-725.](#)

Mc Ginty EE, Zhang Y, Guallar E, Ford DE, Steinwachs D, Dixon LB, Keating NL, Daumit GL.

Cancer incidence in a sample of Maryland residents with serious mental illness.

[Psychiatr Serv 2012;63\(7\):714-717](#)

Ouma JR.

Psychotic manifestations in brain tumour patients: 2 case reports from South Africa.

[Afr Health sci 2004;4\(3\):189-193](#)

Preti A, Wilson DR.

Schizophrenia, cancer and obstetric complications in an evolutionary perspective-an empirically based hypothesis.

[Psychiatry Investig 2011;8\(2\):77-88](#)

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES (5)

Reich M, Gaudron C.

Caractéristiques et prise en charge du patient psychotique en cancérologie.

[Bull Cancer 2009 ; 96 \(2\) : 227-237](#)

Reich M, Bonneterre J.

De l'information au consentement « éclairé » chez le patient atteint de cancer et présentant une pathologie mentale.

[Oncologie 2013 15:10-16](#)

Rhondali W., Perceau E, Filbert M.

Soins palliatifs et situations psychiatriques chroniques : questionnement à partir d'un cas clinique.

[Médecine Palliative 2010 ; 9 \(4\) : 177-183.](#)

Saravane D.

La perception et l'évaluation de la douleur chez le schizophrène

[Oncologie 2013; 15:4-9](#)

Schellekens AF, Mulder SF, van Eijindhoven PF, Smilde TJ, van Herpen CM.

Psychotic symptoms in the course of sunitinib treatment for advanced renal cell cancer. Two cases.

[Gen Hosp Psychiatry 2011;33\(1\):83.e1-83.e3](#)

Senon JL, Manzanera C, Humeau M, Gotzamanis L.

Les malades mentaux sont-ils plus violents que les citoyens ordinaires ?

[L'Information Psychiatrique 2006 ; 82 \(8\) : 645-652](#)

Serra E, Saravane D, de Beauchamp I, Pascal JC, Peretti CS, Boccard E.

La douleur en santé mentale : première enquête nationale auprès des PH chefs de service de psychiatrie générale et de pharmacie.

[L'Information psychiatrique 2008 ; 84 : 67-74](#)

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES (5)

Sirois F.

Steroid psychosis a review.

[Gen Hosp Psychiatry 2003;25\(1\):27-33](#)

Srivastava M, Brito-Dellán N, Davis MP, Leach M, Lagman R.

Olanzapine as an antiemetic in refractory nausea and vomiting in advanced cancer.

[J Pain Symptom Manage. 2003;25\(6\):578-582](#)

Stiefel FC, Breitbart WS, Holland JC.

Corticosteroids in cancer : neuropsychiatric complications.

[Cancer Invest 1989;7\(7\):479-491](#)

Thami GP, Kaur S, Kanwar AJ.

Delayed reactivation of haloperidol induced photosensitive dermatitis by methotrexate.

[Postgrad Med J 2002;78\(916\):116-117](#)

Tran E, Rouillon F, Loze JY, Casadebaig F, Philippe A, Vitry F, Limosin F.

Cancer mortality in patients with schizophrenia.

[Cancer 2009;115\(15\):3555–3562](#)

Yap KY, Tay WL, Chui WK, Chan A.

Clinically relevant drug interactions between anticancer drugs and psychotropic agents

[Eur J Cancer Care \(Engl\). 2011;20\(1\):6-32](#)

Yde CW, Clausen MP, Bennetzen MV, Lvkkesfeldt AE, Mouritsen OG, Guerra B.

The antipsychotic drug chlorpromazine enhances the cytotoxic effect of tamoxifen in tamoxifen-sensitive and tamoxifen-resistant human breast cancer cells.

[Anticancer Drugs 2009;20\(8\):723-735](#)

CONTRIBUTEURS

Coordination

DAUCHY Sarah (ONCORIF), REICH Michel (ONCO NORD PAS DE CALAIS)

Membres du groupe de travail

BEZY Olivier (ONCAUVERGNE), DUFLOT Etienne (ONCOLOR), FARSI Fadila (RESC-RA), FRY-VERNIER Julie (ONCO NORD PAS DE CALAIS), MONTAUT Thierry (ONCOLOR), THIRRY Dominique (RESC-RA)

Coordination méthodologique

BLOCK Véronique (ONCOLOR), BRUNET Majid (RESC-RA), RHOUNI Samia (ONCOLOR)

Relecture

DOLISY Isabelle (ONCOCHA), FOUBERT Virginie (RESC-RA), PIOLLET Isabelle (ONCOPACA), SALTEL Pierre (RESC-RA)

Approbateurs

Relecteurs et participants aux ateliers des J2R du 19 décembre 2013

BARBAULT Yveline (RESC-RA), BARRUEL Florence (ONCORIF), BILLARD David (ONCORIF), BLOCK Véronique (ONCOLOR), CHRYSOSTOME Marion (RESC-RA), COLOMBANO Claire (ONCOCENTRE), COUDERT Agnès (RESC-RA), DELPORT Joëlle (ONCORIF), DESCHENES Carole (ONCOCENTRE), Etienne DUFLOT (ONCOLOR), ECHERNIER Roxane (RESC-RA), FROIDURE Camille (RESC-RA), GENIN Colette (RESC-RA), MONFORT Michelle (ONCOLOR), Thierry MONTAUT (ONCOLOR), PROT Stéphanie (RESC-RA), RHOUNI Samia (ONCOLOR), Dominique THIRRY (RESC-RA)