




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



Aspects psycho-oncologiques des cancers urologiques chez le sujet âgé

Psycho-oncological aspects of urological cancers in the elderly subject

P. Saltel*, C. Terret, C. Dionne

Centre Léon Bérard, 28, rue Laënnec, 69373 Lyon cedex 08, France

MOTS CLÉS

Onco-gériatrie ;
Urologie ;
Psycho-oncologie ;
Communication

Résumé

La maladie cancéreuse affecte les conditions du vieillissement que l'on considérera comme un processus dynamique d'adaptation au phénomène biologique de la sénescence. La communication avec la personne âgée nécessite une attention particulière aux interactions entre les répercussions émotionnelles et les capacités cognitives afin de faciliter sa compréhension et obtenir l'expression de son consentement aux soins. Malgré la fréquence des morbidités et des symptômes, les personnes âgées conservent habituellement, une auto évaluation favorable de leur Qualité de vie après la fin des traitements.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Aging;
Elderly;
Urology;
Psycho oncology;
Communication

Abstract

Cancer affects aging conditions, which are considered a dynamic process of adaptation to the biological phenomenon of senescence. Communication with the elderly individual requires particular attention to the interactions between the emotional repercussions and the patient's cognitive capacities so that comprehension is facilitated and the patient expresses consent to care procedures. Despite the frequency of morbidities and symptoms, the elderly usually favorably evaluate their quality of life after treatment.

© 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : saltel@lyon.fnclcc.fr

Introduction

L'implication des psycho-oncologues dans le soin aux personnes âgées s'inscrit dans la dimension de pluridisciplinarité que recommande instamment le récent rapport de l'INCA (mai 2009) consacré à l'oncogériatrie. Ils rencontrent cependant, comme chacun des métiers convoqués, la question de la spécificité et de la délimitation de ce champ, d'autant plus que la psychologie insiste sur le caractère intemporel du Désir, ressort essentiel de la vie psychique qui paraît dénier la finitude de l'existence !

Ces dernières années, de nombreux travaux ont su faire évoluer une conception excessivement biomédicale du vieillissement qui s'attachait jusque-là, surtout à l'observation de la dimension déficitaire, de la dégradation irréversible de certaines performances confortant la formule célèbre du « Général » : « La vieillesse est un naufrage ! ». On distinguera aujourd'hui plus nettement d'une part, un processus physiologique, dit de sénescence qui est largement infraclinique et suffisamment complexe pour maintenir longtemps une homéostasie, d'une autre dimension, celle d'une « transformation » progressive, elle aussi équilibrée, conduisant au changement global des attitudes, des capacités et des représentations psychiques et qui fait le vieillissement. Il permet une adaptation progressive aux modifications biologiques, avec ce que cela suppose de créativité, d'utilisation plus ou moins optimisée de ses ressources. Chacun observe que ce processus est extrêmement individuel et l'âge à l'évidence, n'en est qu'un des critères. Il n'est donc pas possible de distinguer de manière trop clivée les deux déterminismes, biologique et psychique, quel que soit leur « état de fonctionnement » respectif, ils interagissent et s'influencent de manière décisive ! Ainsi l'abord clinique du sujet âgé sera surtout attentif à considérer le vieillissement comme l'effort, la capacité plus ou moins réussie de répondre aux exigences de cette dernière phase de la vie pour laquelle, encore plus que pour les précédentes, la « normalité » sera la capacité si vivante, à changer de « normes » et à s'adapter !

La survenue d'une maladie cancéreuse peut venir perturber un tel processus d'Adaptation, tant elle met en question plusieurs des conditions qui le favorisent : la relation aux proches, l'image ou l'estime de soi-même, le sentiment d'un contrôle possible sur sa destinée... Ce sont ces enjeux qui vont justifier plus particulièrement l'attention du psycho-oncologue ainsi qu'en collaboration avec les autres soignants, l'évaluation délicate des symptômes tels que les troubles cognitifs, les troubles de la vigilance souvent intriqués à l'anxiété, la dépression... Ces manifestations plus ou moins réversibles peuvent en effet dépendre de comorbidités, mais aussi survenir dans un contexte d'inquiétudes, d'interrogations non formulées sur l'état de santé, le devenir prévisible et ainsi participer d'un refus latent des « changements » à envisager... Cependant, de nombreuses études de Qualité de vie s'accordent pour indiquer le maintien d'une certaine sérénité et de la conservation du « bien être » chez la majorité des patients âgés (au-delà de 75 ans), ceci pendant les étapes du traitement comme après leur fin. Ils font preuve au début, d'autant de détermination que des patients plus jeunes et ont, ensuite, moins de désarroi émotionnel tout au long de la prise en charge [1]. On relève, par contre, pendant

la période de rémission, souvent plus de préoccupations exprimées à l'égard du risque de récurrence, un grand souci des répercussions possibles sur l'équilibre de vie du conjoint et la crainte de devenir dépendant [2]. Cette inquiétude pour le conjoint sera d'ailleurs parfois un facteur de banalisation de certains symptômes, au risque qu'ils soient ainsi négligés (douleur, anorexie...). Ceci sera fréquent chez les patients âgés ayant été traités, par exemple, pour un cancer de la prostate, dont on sait que seulement 12 % d'entre eux n'ont pas d'autres symptômes ou comorbidités [3].

Ce sont probablement les aménagements spontanés ou plus systématisés, de l'organisation des soins pour cette catégorie de patients, en particulier le maintien facilité à domicile, qui permet ce constat favorable ainsi qu'une relation soignante habituellement très attentive, sinon soucieuse ! La plus grande fréquence des réunions de service à leur sujet, des interrogations anticipées sur leur projet de soin que l'on peut observer, selon certaines études de qualité des soins (étude SUPPORT), limitent le risque de malentendus et facilitent les changements indispensables ! [4].

L'implication des soignants libéraux du domicile est donc essentielle, ils seront des soutiens indispensables pour les patients mais aussi les proches. Néanmoins, leurs difficultés fréquentes à être informés des discussions et des arguments ayant conduit aux choix thérapeutiques peuvent les amener à des jugements critiques à propos de décisions dont ils surestiment parfois les répercussions sur la qualité de vie à moyen terme !

Il n'est pas rare aujourd'hui de rencontrer des personnes âgées, ayant eu auparavant un autre type de cancer, qui sont considérées comme « guéries ». Si, bien souvent, cette nouvelle épreuve leur apparaît comme particulièrement injuste, elles l'abordent habituellement avec une certaine confiance, fortes des résultats précédents.

Les exigences de toutes ces situations, évoquées ici trop rapidement, justifient une attention particulière à la dimension d'information et de consentement qui peut être délicate du fait des difficultés cognitives ou psychologiques des personnes âgées. Nous en présenterons les enjeux principaux avant de décrire brièvement les principales manifestations cliniques de souffrance psychologique participant souvent à la catégorie des troubles, définis dans le DSM IV, comme « Troubles de l'Adaptation ».

Annnonce du diagnostic et sujet âgé

Les travaux récents montrent que, la plupart des patients âgés occidentaux, s'ils étaient atteints d'un cancer, souhaiteraient être informés du diagnostic, de sa gravité, des options thérapeutiques et de leurs effets secondaires potentiels. Dans une étude anglaise, 315 personnes âgées (âge moyen : 79 ans) non atteintes de cancer ont été interrogées sur le niveau d'information qu'ils souhaiteraient : 88 % des personnes souhaiteraient être informées du diagnostic [5]. Cependant, un âge plus avancé était associé à une moindre volonté d'information. Dans le groupe de patients souhaitant être informés, 62 % voulaient « tout savoir » et 70 % voulaient que leur famille soit informée. Il n'y avait pas de différence entre les femmes et les hommes ni selon le mode de vie, solitaire ou en couple. Une étude italienne décrit les

mêmes tendances : 75 % souhaitaient des informations sur le diagnostic et 66 % sur la gravité de leur maladie [6]. Les patients âgés expriment donc largement une volonté d'information.

En revanche, les médecins et l'entourage des patients ont souvent une idée erronée des demandes en information des patients âgés. L'étude d'Elena Elkin, révèle que la perception par les médecins des souhaits des patients en termes d'informations pronostiques et de participation à la décision thérapeutique n'était concordante que dans moins de la moitié des cas [7]. D'autres travaux rapportent aussi une inadéquation entre les attentes d'information du patient âgé et la connaissance qu'en a l'« aidant naturel », le plus souvent un membre de sa famille.

Un autre interlocuteur : l'entourage

Le rôle de l'entourage près d'une personne âgée atteinte d'un cancer est extrêmement variable. Il dépend des liens de parenté, de la proximité à la fois physique et affective des individus et de leur passé commun. On peut aussi bien rencontrer des sujets âgés totalement isolés que des personnes dont l'entourage est omniprésent, pouvant interférer avec la relation "médecin - malade".

Une étude récente a montré que la plupart des patients âgés se retournent vers leur entourage pour trouver un support affectif et social lors d'une maladie sévère. La majorité a souhaité être accompagnée lors des consultations médicales par un membre de leur famille [8]. Toutefois, cette présence peut modifier la relation entre le médecin et son patient : on observe que les sujets âgés accompagnés sont plus passifs, posent moins de questions et s'impliquent moins dans le processus décisionnel. Néanmoins, pour les sujets ayant des troubles cognitifs, le rôle de l'« aidant naturel » est un facteur important dans la transmission des informations et l'adhésion au plan de soins proposé.

Spécificités de la communication chez le sujet âgé

Il peut exister une différence appréciable entre ce que le patient désire connaître et ce qu'il est en mesure de comprendre. Plusieurs éléments peuvent interférer. En

premier lieu, la surdité et les défauts de vision sont très fréquents et souvent négligés, alors qu'ils peuvent compromettre considérablement les capacités de compréhension du patient. D'autre part, on observe souvent un certain degré de ralentissement de la vitesse de gestion de l'information même si la capacité décisionnelle est habituellement conservée [9]. Il faut prévoir un temps de consultation médicale suffisamment long pour permettre au patient de recevoir correctement les informations.

La prévalence des syndromes démentiels (démence de type Alzheimer, principalement) se situe aux environs de 40 % chez les plus de 80 ans. Malheureusement, ces troubles cognitifs sont le plus souvent non diagnostiqués. Afin de les suspecter, le clinicien doit demander au patient, et non son entourage, de répondre aux questions et que celles-ci n'appellent pas une réponse uniquement par oui ou par non. Le tableau 1 expose quelques signes qui peuvent laisser présager une cognition détériorée.

Capacité décisionnelle

Malgré un déclin cognitif, une personne âgée peut comprendre suffisamment d'informations et donner un avis par rapport aux examens et au traitement proposés [10]. Par exemple, un sujet atteint d'une maladie d'Alzheimer peut ne pas se souvenir du diagnostic de cancer, mais accepter de se faire opérer. Plusieurs instruments de mesure évaluant la capacité à prendre des décisions ont été validés, mais ils sont habituellement utilisés en recherche clinique. En pratique courante, il est capital de vérifier la compréhension et la capacité décisionnelle de tous les patients, quel que soit leur statut cognitif. Le tableau 2 présente des exemples de questions permettant de s'assurer que le patient âgé est apte à prendre une décision. Il n'est pas nécessaire qu'il réponde à toutes les questions et certains paramètres peuvent être évalués indirectement (Tableau 3).

Suggestions pratiques

Le tableau 4 expose quelques moyens simples pour optimiser la transmission de l'information au cours de la consultation. De par sa complexité, l'oncologie pratiquée chez les sujets âgés mérite d'être pratiquée en interdisciplinarité.

Tableau 1. Signes laissant suspecter une altération des fonctions cognitives

Observation directe du patient	À l'interrogatoire
Il tourne la tête vers le tiers pour obtenir une réponse ou validation	Difficulté avec la gestion des médicaments ou financière
Accompagnant répond à sa place	Egare ses objets personnels
Réponses imprécises ou inadéquates (ex. sur les antécédents, médicaments)	Manque du mot, pauvreté du vocabulaire
Désorientation temporelle	Propos ou questions répétitifs

Tableau 2. Validation de la compréhension et de la capacité décisionnelle.

Domaine évalué	Évaluation directe*
Compréhension	Dites-moi, dans vos propres mots, ce que le docteur vous a (ou je vous ai) dit au sujet : du problème de santé de son traitement recommandé, ses bénéfices et risques alternatives avec les bénéfices et risques escomptés bénéfices et risques de l'abstention thérapeutique
Appréciation de la situation et de ses impacts	Pensez-vous avoir besoin d'un traitement ? Selon vous, quel sera l'effet du traitement ? Pourquoi pensez-vous que nous vous proposons un traitement ?
Raisonnement	Comment avez-vous décidé d'accepter/refuser le traitement ? Pourquoi [l'option choisie] est-elle meilleure que [l'alternative] ?
Communication d'un choix	Suivrez-vous les recommandations de traitement ? Pouvez-vous me dire votre décision ? (ou ce qui rend le choix difficile ?)

*Adaptation d'après Appelbaum [11]

Tableau 3 Validation de la compréhension et de la capacité décisionnelle**Évaluation indirecte***Réactions non verbales (hochement de tête, *hum hum...*)Il reprend spontanément les propos du médecin (*J'ai un cancer ?*)Appréciation de l'information (*C'est grave, n'est-ce pas ?*)

Il anticipe les sujets qui seront abordés ou pose des questions pertinentes

* Adaptation d'après Rodin (2008)

Tableau 4 Moyens pour optimiser la transmission de l'information

Facteurs en cause	Suggestions
Compréhension globale	Simplification de l'information Information synthétique Répéter les points importants Utiliser le soutien des proches
Niveau de langage	Utilisation de mots simples S'adapter au vocabulaire du patient
Trouble visuel	Pièce bien éclairée Port des lunettes Informations écrites en gros caractères
Surdité	Eviter les environnements bruyants Parler distinctement et en face du patient Prothèses auditives en place

Il est possible de faire appel aux spécialistes des soins à cette population : les équipes de gériatrie ambulatoires et en milieu hospitalier. Elles peuvent notamment s'investir dans l'évaluation cognitive et dans l'élaboration de stratégies de communication.

Les principales manifestations de souffrance psychologique.

Elles sont un des éléments importants de l'évaluation de l'état de « fragilité » du patient (*Frailty*), ce concept prédictif utilisé par les gériatres, qui même s'il reste discuté, tente de distinguer au sein de la fréquente intrication des comorbidités et symptômes divers, ceux qui seront *réversibles* car ils relèvent plutôt d'un état transitoire de « crise » et ceux qui devenant *définitifs*, engageront plus gravement l'avenir et doivent influencer les décisions à prendre. Il oriente aussi les efforts pour agir sur les facteurs les plus mobilisables.

Symptômes anxieux

De tels troubles sont fréquents, ils s'expriment volontiers par des changements dans les conduites et en particulier souvent une certaine agitation, besoin de déambuler, préoccupations diverses pouvant exercer une vraie tyrannie sur l'entourage... dramatisation de toute éventualité de changement dans les habitudes ! Ces manifestations peuvent apparaître au cours d'une aggravation des déficiences cognitives et contribuent à les entretenir. Elles seront favorablement influencées par des aides à conforter un « cadre de vie » étayant et quelques activités de loisirs en réunion : rythmes d'activités quotidiennes fiables, habitudes dans les soins, psychomotricité, distractions et non « abandon » devant le robinet à images de la télé... Le recours aux médicaments anxiolytiques et hypnotiques peut être utile mais on sait combien la prescription en est trop « réflexe » et non régulièrement réévaluée ! Le retour de souvenirs douloureux très anciens, parfois traumatiques entretient une forme assez singulière de troubles de type « stress post-traumatique » et il est important dans un contexte de difficultés de mémoire immédiate, d'investiguer un tel phénomène et d'en encourager le partage avec l'entourage.

Symptômes dépressifs

Des interrogations sur la dimension dépressive de tel ou tel comportement ou syndrome sont très habituelles dans la clinique quotidienne et il sera souvent fort délicat de distinguer ce qui découle d'un processus de « deuil » (ils sont à cet âge multiples et répétés) ou d'un authentique trouble de l'humeur. Cette interrogation est essentielle car, outre qu'elle devrait déterminer l'indication d'un médicament dit « antidépresseur », elle permet d'en justifier la prescription auprès du patient et souvent de ses proches. Celui-ci déjà « poly médicamenteux », ne peut bénéficier de l'effet de ces molécules que s'il a pu se

sentir impliqué dans un choix habituellement ambivalent, y consentir sans trop risquer de le considérer comme une figure supplémentaire de ses incapacités ! Le risque de passage à l'acte suicidaire est augmenté surtout chez les hommes et il est efficacement prévenu par des questions « proactives » à ce sujet. Alors que les soignants hésitent souvent à les poser, on sait combien les personnes confrontées à la maladie grave l'envisagent comme une possibilité ultime de « fuite » et peuvent être soulagées d'en discuter avec leur médecin. Ceci peut les encourager à faire l'effort de chercher les mots pour exprimer leurs sentiments de nature dépressive ou de tristesse alors que l'on observe souvent une tendance à les manifester plutôt par des comportements de repli sur soi, d'anorexie, l'abandon de leurs activités plus habituelles, des plaintes sur la fatigabilité... Les « refus » de soin seraient plus rares que pour des patients plus jeunes qui revendiquent eux parfois de manière déterminée, leurs convictions quasi « idéologiques ». La fréquence des demandes euthanasiques par le patient ou la famille semblent, elles assez peu influencées par l'âge ! Par contre, l'arrêt des thérapeutiques « spécifiques » peut entraîner des difficultés partagées par le patient et ses proches pour continuer à communiquer entre eux et faire quelques projets... Le couple ou le noyau des proches risquent alors de s'enfermer dans un silence désespérant.

Les soignants redoutent légitimement les états dits de « glissement » que l'on peut rencontrer au cours d'hospitalisations un peu longues ou de situations particulièrement handicapantes. Ils peuvent survenir après une première phase restée méconnue de changements non assumés, de dépits par manque de contrôle perçu sur les événements et se caractérisent par un désintérêt massif du patient pour tous ses besoins vitaux, conduisant à une régression totale de l'autonomie qui met en jeu, le pronostic vital. Les médicaments antidépresseurs sont peu efficaces et les efforts de nursing souvent insuffisants pour améliorer la situation. C'est donc surtout la prévention de telles évolutions qui est essentielle en veillant à offrir au patient, à temps et de manière renouvelée, la possibilité de s'exprimer sur ses aspirations, les conditions de ses soins, sa perception de la relation avec l'entourage, en particulier l'inquiétude d'être devenu pour eux, uniquement un fardeau !

Ce sera d'ailleurs un motif fréquent d'intervention des psycho-oncologues que d'aider à l'explicitation de certains malentendus, tant au sein d'une famille qui à l'occasion de la maladie d'un aïeul peut se déchirer, qu'entre cette famille et les soignants en particulier à propos des discussions sur les lieux de soins.

Troubles de la vigilance

Toutes ces manifestations affectives peuvent être très fréquemment liées aux deux grands syndromes psychiatriques rencontrés en gériatrie, les syndromes déficitaires débutants et/ou l'installation assez soudaine (mais au début discrète) d'un état confusionnel. Nous nous limiterons à rappeler que ce trouble est fréquent en cancérologie (plus de 25 % des patients hospitalisés pour maladie métastatique), en particulier chez les hommes (deux fois plus) et d'en indiquer les

principaux facteurs de risques : l'âge (plus de 75 ans), ATCD de troubles déficitaires, suites postopératoires, infection... Le diagnostic précoce est difficile du fait de la variabilité des symptômes, l'état de vigilance étant particulièrement sensible aux stimulations par l'entourage.

Conclusion

Madame JH Rose conclue son article consacré à la spécificité des soins auprès des patients âgés, par le constat d'un dilemme que l'on pourrait résumer par une boutade : « Ils ne sont pas devenus sages ! » [4]. Elle s'étonne, en effet, de constater que ceux-ci, malgré la modestie « statistique » de leur espérance de vie et leur demande affichée de pas subir d'atteintes trop sévères de leur qualité de vie, gardent le souhait de prolonger des thérapeutiques spécifiques même d'une efficacité attendue bien relative, en revendiquant la possibilité de pouvoir participer à tel ou tel événement futur de leur vie personnelle... Cet apparent paradoxe doit rendre les soignants très attentifs, en effet, à la compréhension par les patients et leurs proches, des enjeux du choix, car ceux-ci risquent ensuite de se plaindre d'y avoir été abusivement entraînés...

L'évaluation toujours complexe de l'influence des divers facteurs impliqués dans le processus de décision restituée à l'art médical, dans ce contexte de l'oncogériatrie, une liberté qui peut sembler parfois écrasée par les divers « référentiels ». Cette « singularité » reconnue de chaque cas est la principale condition pour permettre à un patient vulnérable, malgré tous ses handicaps, d'exercer son libre arbitre et de lui garantir, ainsi, le respect de sa dignité.

Conflit d'intérêts : aucun.

Références

- [1] Pinquart M, Fröhlich C, Silbereisen RK. Change in psychological resources of younger and older cancer patients during chemotherapy. *Psycho-Oncology* 2007;16:626-33.
- [2] Bowman KF, Deimling GT, Smerglia V, Sage P, Kahana B. Appraisal of the cancer experience by older long term survivors. *Psycho-Oncology* 2003;12:226-38.
- [3] Deimling GT, Bowman KF, Sterns S, Wagner LJ, Kahana B. Cancer-related health worries and psychological distress among older adult, long-term cancer survivors. *Psycho-Oncology* 2006;15:306-20.
- [4] Rose JH, O'Toole E, Dawson N, Lawrence R, Gurley D, Thomas C et al. Perspectives, preferences, care practices and outcomes among older and middle-aged patients with late-stage cancer. *J Clin Oncol* 2004;22:4907-17.
- [5] Ajaj A, Singh MP, Abdulla AJJ. Should elderly patients be told they have cancer? Questionnaire survey of older people. *BMJ* 2001;323:1160.
- [6] Giacalone A, Blandino M, Talamini R, Bortolus R, Spazzapan S, Valentini M et al. What elderly cancer patients want to know? Differences among elderly and young patients. *Psycho-Oncology* 2007;16:365-70.
- [7] 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;25:5275-80.
- [8] Reppetto L, Pisella P, Raffaele M, Locatelli C. Communicating cancer diagnosis and prognosis: When the target is the elderly patient - a GIOGer study. *Eur J Cancer* 2009;45:374-83.
- [9] Salthouse TA. The processing-speed theory of adult age differences in cognition. *Psychology Review* 1996;103:403-28.
- [10] Kim SY. Current search on decision-making competence of cognitively impaired elderly persons. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 2002;10:151-65.
- [11] Appelbaum PS. Clinical practice: assessment of patients' competence to consent to treatment. *N Engl J Med* 2007;357:1834-40.