



Avoir un cancer est toujours traumatique. Le patient est confronté à l'angoisse de mort.

La souffrance psychique se manifeste à toutes les étapes de l'évolution et dépend de l'interaction de multiples facteurs :

- **Cliniques** : contraintes et complications des traitements.
- **Psychologiques** : personnalité sous jacente et stratégies d'ajustement.
- **Environnementaux** : relation soignants/soigné, support social, contexte socio-économique.

La souffrance en cancérologie est largement lié aux difficultés de communication :

- **Pour le médecin** : de "dire ce qu'il n'a pas envie de dire, à un patient qui n'a pas envie de l'entendre".
- **Pour le patient** : de tenir son entourage des propos qui pourraient mettre mal à l'aise ou faire fuir.
- **Pour les proches et soignants** : d'exprimer critique, lassitude.

La souffrance ou l'absence de souffrance apparente pose problème lorsqu'elle retentit sur la qualité de vie :

- Lorsqu'elle fait obstacle à la compliance.
- Lorsqu'elle devient source de souffrance chez les proches.
- Lorsqu'elle contamine, épuise et démobilise les professionnels de santé (burn out).

A cette souffrance la patiente va opposer des mécanismes d'ajustement, d'adaptation, de coping qui dépendent de la conjonction entre facteurs psychologiques et sociaux. Mécanisme

s conscients ou inconscients, maintien dans la conscience ou évacuation des pensées perturbatrice

:

- **Toute puissance** : révolte, revendication, déni, minimalisation, banalisation.
- **Intermédiaire** : responsabilisation, évitement ou déplacement sur d'autres préoccupations.
- **Impuissance** : renoncement, délégation du pouvoir, idéalisation de la médecine.

Au diagnostic l'idée "j'ai un cancer" peut apparaître de façon brusque ou s'installer progressivement :

- Toujours traumatique (sidération).
- Transformation du mot cancer en fonction des stratégies d'ajustement.

Diagnostic toujours entendu quelque part mais utilisera le mot qui suscitera le moins d'angoisse.

Transformation des craintes avec le temps.

Caractère invasif des méthodes toujours source d'angoisse.

1 - Au moment de l'information :

Prêter autant attention à l'absence d'anxiété qu'à une anticipation dramatisée : les deux prédictifs d'un vécu plus difficile.

Information répétée est essentiellement pour atténuer l'angoisse.

- **Traitements chirurgicaux**

angoisse suscitée par l'anesthésie
la perspective d'une mutilation
la crainte de douleurs post opératoires

- **Chimiothérapie** :

effets secondaires
vomissements anticipatoires

- **Radiothérapie** :

vécu comme traitement palliatif
vécu claustrophobique de l'appareil

2 - Survenue d'une rechute :

- Réactivation du traumatisme initial.
- Stratégies d'ajustement mises à l'épreuve, amplifiées, mises en échec.

Il faut aider la patiente à accepter cette nouvelle étape, retrouver un certain espoir

3 - Le temps de la guérison :

Issue à long terme difficile à évaluer.
Ambiguïté retentit sur le vécu.

4 - A l'arrêt du traitement :

Moment dépressif, peur d'être abandonnée, de la rechute

- entretenue par surveillance, attente des résultats
- sentiment de vulnérabilité (*Damoclès*)
- difficultés à retrouver un statut de personne en bonne santé (*Lazarre*)

Il faut prévenir les difficultés par information, écoute.