



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2018

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Place des psychotropes dans un centre de lutte contre le cancer.
Étude prospective à propos de 179 patients.**

Présentée et soutenue publiquement le 2 octobre 2018 à 18h

Au Pôle Recherche

Par Xavier BONDENET

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Thierry DINE

Monsieur le Professeur Nicolas PENEL

Madame le Docteur Marie-Cécile LE DELEY

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Georges-Michel REICH

Avertissement

La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des Abréviations

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies 10^{ème} révision

DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition

AAP : Association Américaine de Psychiatrie

CLCC : Centre de Lutte Contre le Cancer

COL : Centre Oscar Lambret

UIRC : Unité Intégrée de Recherche Clinique

VADS : Voies Aérodigestives Supérieures

DARA : Département d'Anesthésie-Réanimation-Algologie

DIM : Département d'Information Médicale

ATC : Anatomique, Thérapeutique et Chimique

DPI : Dossier Patient Informatisé

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

ISRS : Inhibiteur sélectif de la recapture de sérotonine

IRSNa : Inhibiteur de la Recapture de Sérotonine et de Noradrénaline

SD : Standard Deviation = Ecart-type

SNC : Système Nerveux Central

Table des matières

Résumé	8
Introduction.....	10
Matériels et Méthodes	13
1. Design de l'étude.....	13
2. Accords réglementaires	13
3. Objectifs de l'étude	13
4. Population	14
5. Nombre de sujets nécessaires.....	15
6. Déroulement de l'étude et organisation du recueil de données.....	15
7. Critères de jugement et données recueillies.....	16
8. Méthodologie statistique	18
Discussion.....	30
Conclusion	36
Bibliographie	37
Annexes	42

Résumé

Contexte : Les modalités de prescriptions de psychotropes chez les patients atteints de cancer restent assez peu connues en milieu hospitalier. Notre objectif était donc de décrire la prévalence et les indications de prescription de psychotropes chez les patients atteints de cancer hospitalisés dans un centre de lutte contre le cancer.

Méthode : La proportion de séjours avec prescription de psychotropes a été évaluée sur une série de séjours consécutifs chez les patients hospitalisés au Centre Oscar Lambret (COL) à Lille du 8 janvier 2018 au 16 février 2018. Tous les patients âgés de 18 ans ou plus, présentant un diagnostic de cancer, quel que soit le stade, et hospitalisés au moins une nuit, ont été inclus, quel que soit le motif d'hospitalisation.

Résultats : Parmi les 179 patients inclus dans l'étude, 89 d'entre eux (soit 50 % des patients inclus ; intervalle de confiance à 95% : 42% à 57%) ont reçu au moins un psychotrope durant leur hospitalisation. 75 patients (soit 84% des patients sous psychotropes) n'en recevaient qu'un ou deux. La moyenne de psychotropes par patient était de 1.8 (SD = 1.1). Les anxiolytiques, principalement les benzodiazépines, étaient les psychotropes les plus couramment prescrits avec 32% des patients concernés, suivis des antidépresseurs (16%), des antipsychotiques (14%), des hypnotiques (11%) et enfin des thymorégulateurs (1%). Les principales indications étaient la détresse psychologique et les troubles du sommeil. Au total, 42 patients (23% des patients inclus) ont présenté au moins un trouble psychiatrique et 12 patients (7%) ont bénéficié d'un suivi psychiatrique durant leur hospitalisation. La pertinence de prescription de psychotropes a été jugée discutable chez seulement 10 patients (11%) ; il s'agissait principalement de prescriptions pour des troubles du

sommeil. Le psychiatre du COL n'était à l'origine que d'une seule prescription de psychotropes.

Conclusion : La majorité des patients de l'étude bénéficiait d'une prescription de psychotropes pour des indications variées. Les troubles psychiques étaient fréquents dans cette population. Ces résultats soulignent la nécessité d'améliorer l'accompagnement psychique du patient atteint de cancer notamment en renforçant la sensibilisation et la formation de l'ensemble des professionnels à détecter voire traiter la détresse psychique quand cela leur est possible.

Introduction

Le cancer est une pathologie dévastatrice associée à de profonds impacts psychologiques et comportementaux sur le patient et ses proches. Selon les études, entre 40 et 60% des patients atteints de cancer présentent une détresse émotionnelle nécessitant une évaluation clinique (1). On retrouve par ailleurs chez ces patients entre 25 et 32% de troubles psychiatriques (2-5) selon les définitions de la Classification Internationale des Maladies 10^{ème} révision (CIM-10), de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ou selon le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-5) de l'Association Américaine de Psychiatrie (AAP). Ces troubles incluent notamment dépression, trouble anxieux, trouble de l'adaptation, trouble du sommeil et syndrome confusionnel (6-10). Le risque de suicide est également augmenté, notamment au cours de l'année qui suit le diagnostic (11). En effet, toutes les différentes phases possibles de la trajectoire du cancer, du diagnostic initial à la survie à long-terme, de la récurrence à la phase avancée et la fin de vie, sont des sources potentielles de développement de détresse psychologique ou de troubles psychiatriques plus spécifiques.

Cette symptomatologie reste encore trop souvent négligée par les différents spécialistes du cancer qui sous-traitent ces comorbidités (12). Or, cette souffrance psychique a un impact négatif sur la qualité de vie, l'hygiène de vie, l'accès aux soins, la durée et l'adhésion au traitement mais aussi sur le taux de survie du patient (13-20). Cette population atteinte du cancer doit donc être surveillée tant sur le plan physique que psychologique et psychopathologique.

Le traitement des troubles psychiatriques et psychologiques fait donc partie intégrante de la pratique clinique quotidienne en oncologie et la psychopharmacothérapie y tient un rôle fondamental (21).

Pour rappel, selon Jean Delay en 1957, un psychotrope est une substance chimique d'origine naturelle ou artificielle ayant un tropisme psychologique, c'est-à-dire qui est susceptible de modifier l'activité mentale, sans préjuger du type de cette modification. En altérant de la sorte les fonctions du cerveau, un psychotrope induit des modifications de la perception, des sensations, de l'humeur, de la conscience ou d'autres fonctions psychologiques et comportementales.

De nouvelles données ont émergé en terme d'utilisation croissante de thérapies psychopharmacologiques dans les symptômes liés au cancer ou au traitement du cancer, tels que les bouffées vasomotrices, les douleurs neuropathiques, les nausées-vomissements, la fatigue, le prurit ou encore le hoquet (21-22). La prévalence et les habitudes de prescription des psychotropes chez les patients atteints de cancer ont été évaluées par de nombreuses études (23-27). Ces prévalences variaient de 33 à 90%. Les benzodiazépines étaient la classe de psychotropes les plus fréquemment prescrits.

En 2018, les données relatives à la prévalence de la prescription de psychotropes chez les patients atteints de cancer hospitalisés dans un centre de lutte contre le cancer (CLCC) restent encore mal connues ou sont trop anciennes. De même, la question des indications à la prescription de ces psychotropes et la question du lien entre localisation tumorale et consommation de psychotropes n'ont que très peu été étudiées dans les précédentes études.

Dans le but d'améliorer la prise en soins psychiques des patients hospitalisés atteints de cancer, il s'avère essentiel de clarifier les zones d'ombre restantes. Ainsi, notre objectif principal était de décrire cette prescription de psychotropes chez les patients atteints de cancer et hospitalisés dans un CLCC, notamment en estimant la prévalence de la prescription de psychotropes.

Matériels et Méthodes

1. Design de l'étude

Il s'agit d'une étude sur données, non interventionnelle, monocentrique, réalisée au Centre Oscar Lambret (COL) du 8 janvier 2018 au 16 février 2018. Tous les patients consécutifs répondant aux critères d'éligibilité hospitalisés sur la période de l'étude ont été inclus.

2. Accords réglementaires

L'étude a été réalisée en conformité avec la méthodologie de référence MR0003. Les données ont été collectées pour les patients ne s'opposant pas à l'utilisation de leurs données dans le cadre de la recherche qui avaient signé par écrit ou sur tablette électronique un formulaire de non-opposition. Les données collectées ont été anonymisées avant d'être transmises pour l'analyse statistique.

3. Objectifs de l'étude

Objectif principal :

- Décrire la prescription de psychotropes dans les services du COL, sur un échantillon représentatif de séjours hospitaliers en évaluant la proportion de séjours avec prescription de psychotropes.

Objectifs secondaires :

- Identifier les antécédents psychiatriques, troubles psychiatriques actuels et les consultations psychiatriques durant l'hospitalisation des patients.
- Décrire les données socio-démographiques des patients : âge, genre, statut marital.

- Décrire les psychotropes prescrits : type, classe et nombre de psychotropes par patient.
- Décrire la fonction des prescripteurs : psychiatre, oncologue médical, médecin généraliste, anesthésiste, interne...
- Décrire la localisation de la tumeur primitive et l'existence ou non de métastases.
- Décrire la proportion des prescriptions de psychotropes correspondant à la poursuite d'une prescription antérieure initiée en ambulatoire ou lors d'un séjour hospitalier précédent et décrire la proportion de nouvelles prescriptions de psychotropes initiées durant l'hospitalisation au COL.
- Décrire les indications des prescriptions.
- Evaluer la pertinence de la prescription de psychotropes grâce à l'analyse experte par l'équipe de psychiatres du COL de l'ordonnance de chaque patient. Toutes les prescriptions de psychotropes ont ainsi été revues sur le plan de leur pertinence d'utilisation.

4. Population

Etaient inclus tous les patients âgés de 18 ans ou plus, présentant un diagnostic de cancer, au stade métastatique ou non, hospitalisés au moins une nuit au COL pendant la durée de l'étude, quel que soit le motif d'hospitalisation, qu'il y ait eu ou non une prescription de psychotropes.

Tous les services du COL étaient concernés : unité intégrée de recherche clinique (UIRC), soins palliatifs, oncologie générale, gynécologie, voies aérodigestives supérieures (VADS), sénologie, oncologie urodigestive, chirurgie, département d'anesthésie-réanimation-algologie (DARA), onco-pédiatrie (adultes-jeunes adolescents).

Si un patient avait plusieurs séjours identifiés sur cette période, seul le premier séjour était inclus dans le cadre de l'étude.

5. Nombre de sujets nécessaires

La taille de l'échantillon (nombre de séjours inclus dans l'étude) a été définie afin d'assurer une certaine précision aux principales estimations. Nous avons anticipé, selon les études, qu'une prescription de psychotropes était faite dans 50% des séjours hospitaliers en oncologie. Au moins 170 séjours de patients différents étaient donc nécessaires pour assurer une précision de 7.5% à cette estimation (demi-largeur de l'intervalle de confiance à 95%). La précision de l'estimation était augmentée (variance plus faible) pour toute proportion différente de 50%.

Sur la base de 6000 séjours par an d'au moins une nuit au COL, soit 111 séjours par semaine, le nombre de 170 séjours devait pouvoir être atteint en 3 semaines consécutives de recrutement. Tous les séjours hospitaliers ont été terminés durant la période de l'étude.

Une deuxième période d'enquête, initialement prévue en cas de besoin, n'a pas été nécessaire car les estimations quant à la prévalence ou au recrutement se sont avérées correctes.

6. Déroulement de l'étude et organisation du recueil de données

Aucun patient ne s'étant opposé à l'utilisation de ses données médicales à des fins de recherche, l'étude a été réalisée sur l'ensemble des séjours consécutifs débutés au COL au cours de 3 semaines consécutives à partir du 8 janvier 2018.

Le recueil de données a été réalisé en partie par extraction automatique à partir du dossier médical informatisé du patient et en partie de façon manuelle.

L'administrateur gérant le Dossier Patient Informatisé (DPI) dans le logiciel DxCare a listé tous les séjours pendant la durée de l'étude au terme des 3 semaines d'enquête.

Les informations de prescription de psychotropes ont été extraites du logiciel de prescription, sur une période d'observation de 5 semaines pour couvrir les séjours non terminés dans les 3 semaines de recrutement. L'ensemble des prescriptions de la pharmacie de l'hôpital a été croisé avec les séjours hospitaliers.

En complément, un questionnaire spécifique à l'étude a été intégré au dossier médical informatisé afin qu'en cas de prescription de psychotropes, les prescripteurs fournissent les indications de leurs prescriptions telles que définies dans la liste citée plus loin. Ces données médicales ainsi que les données démographiques et les informations sur les séjours ont été extraites du logiciel DxCare.

La base de données extraite de façon automatique a été complétée par un recueil de données spécifique complété rétrospectivement en utilisant un questionnaire standardisé rempli à partir des courriers et comptes-rendus médicaux, pour décrire les diagnostics, les antécédents médico-chirurgicaux, et les traitements oncologiques des patients.

7. Critères de jugement et données recueillies

Psychotropes

Les molécules prises en compte dans l'étude étaient classées selon la classification anatomique, thérapeutique et chimique (ATC) :

- Thymorégulateurs (N03AF01, N03AG01, N03AG02, N03AX09)
- Anxiolytiques et Hypnotiques (N03AE, N05BA, N05BB, N05BE, N05BX03, N05CD, N05CF, N05CH01, N05CM09)

- Antipsychotiques (N05A)
- Antidépresseurs (N06A) : tous types, regroupés en ISRS, IRSNa, Tricycliques et autres
- Antihistaminiques de type phénothiazines : Alimémazine (R06AD01)
- Antiémétiques : Métopropramide (A03FA01)

Lorsque plusieurs prescriptions successives d'une même molécule psychotrope avaient lieu chez un patient lors de son séjour hospitalier, seule la 1^{ère} prescription de cette molécule était prise en compte dans l'étude.

Indications de prescription des psychotropes

Nous avons donc intégré au logiciel DXCare un questionnaire listant les 10 indications de prescriptions de psychotropes jugées comme les plus fréquentes dans la pratique. Notre volonté était de lister les indications de manières simples, claires, et compréhensibles par tout le monde. Ce questionnaire était relié aux psychotropes du livret et hors-livret de la pharmacie du COL. Chaque fois qu'un prescripteur souhaitait prescrire un psychotrope sur DxCare, une fenêtre avec ce questionnaire s'ouvrait, et le prescripteur devait remplir les indications de prescription, sans quoi il ne pouvait valider sa prescription de psychotropes. Ci-après les indications du questionnaire utilisé pour l'étude.

- Poursuite du traitement antérieur
- Troubles psychiatriques avérés : dépression, psychose, bipolarité...
- Détresse psychologique : anxiété, stress aigu
- Trouble du sommeil
- Douleurs
- Confusion, Encéphalopathie, Trouble cognitif, Démence, Agitation

- Nausées-vomissements
- Protocole de Sédation Soins Palliatifs
- Prémédication Anesthésie
- Autres (migraine, sevrage alcoolique, prurit, hoquet, dyspnée...) : merci de préciser

Données générales

Par ailleurs, pour tous les patients, qu'il y ait ou non une prescription de psychotropes, les données recueillies étaient les caractéristiques des patients comme l'âge, le genre, le statut marital, la localisation du cancer primitif et des métastases si elles existaient, les antécédents psychiatriques ainsi que les troubles psychiatriques actuels, la durée d'hospitalisation, le service dans lequel le patient était hospitalisé et le motif d'hospitalisation.

La présence ou l'apparition d'un trouble psychiatrique était évaluée par le médecin référent à l'entrée ou lors de l'hospitalisation de son patient. Cette évaluation se basait sur les connaissances psychiatriques propres au médecin référent ; aucun questionnaire d'évaluation n'était utilisé.

8. Méthodologie statistique

Les caractéristiques ont été décrites avec les méthodes classiques de la statistique descriptive. Les variables quantitatives ont été résumées sous forme de moyenne, écart-type, médiane et extrêmes. Les variables qualitatives ont été présentées sous forme de tables de contingence avec la fréquence et le pourcentage par modalité. La différence de fréquence de prescription de psychotropes en fonction du sexe et de la catégorie d'âge a été testée par des tests du Chi². De même, l'association entre le

type de prescription (poursuite du traitement antérieur versus traitement initié pendant le séjour) et la catégorie de psychotrope a été testée par un test du Chi².

Le logiciel d'analyse statistique utilisé était Stata v13.1 (StataCorp. 2009. Stata Statistical Software : Release 11. College Station, TX: StataCorp LP).

Résultats

Du 8 janvier 2018 au 16 février 2018, 179 patients ont été hospitalisés au Centre Oscar Lambret et ont donc été inclus dans notre base de données.

L'âge des patients allait de 20 à 90 ans avec une moyenne d'âge de 58,9 ans. La population était majoritairement féminine (55%) et mariée (55%). La durée d'hospitalisation allait de 1 à 37 jours, avec une moyenne d'hospitalisation de 4,5 jours. Les patients étaient le plus souvent hospitalisés dans les services de VADS (n=41) et d'oncologie générale (n=38) (Annexe 1).

Concernant les troubles psychiatriques, 67 patients (37%) avaient des antécédents psychiatriques connus, 42 (23%) patients ont présenté au moins un trouble psychiatrique durant leur hospitalisation, et 12 (7%) patients ont bénéficié d'au moins une consultation psychiatrique durant leur séjour.

Les tumeurs primitives des patients étaient variées, avec notamment des localisations au niveau du sein (20%), des sarcomes (18%), ORL (16%), colorectales (9%), pulmonaires (7%), utérines (7%). Dans 53% des cas, les patients présentaient au moins une métastase. Les disséminations les plus fréquentes se situaient au niveau ganglionnaire (n=52), pulmonaire (n=33), osseux (n=29) et hépatique (n=28) (Annexe 2).

Dans cette étude, 89 (50% ; intervalle de confiance à 95% : 42% à 57%) patients ont reçu au moins un psychotrope durant leur séjour pour un total de 228 psychotropes prescrits. Les psychotropes les plus prescrits étaient l'alprazolam (n=34, 19% des patients), le dropéridol (n=21, 12%), la zopiclone (n=10, 6%), le

diazépam, zolpidem, oxazépam et escitalopram (n=8, 4% chacun). Les anxiolytiques, principalement les benzodiazépines, étaient les psychotropes les plus couramment prescrits avec 32% des patients concernés, suivis des antidépresseurs (16%), des antipsychotiques (14%), des hypnotiques (11%) et enfin des thymorégulateurs (1 seul patient, 1%) (Tableau 1).

Sur les 89 patients ayant reçu des psychotropes, 75 patients (soit 84% des patients sous psychotropes) n'en ont reçu qu'un ou deux. La moyenne de psychotropes par patient était de 1.8 (SD = 1.1). Durant son séjour, 1 patient a reçu 7 psychotropes différents (Tableau 2).

Les anesthésistes et les internes étaient les principaux prescripteurs pour chaque classe de psychotropes (Tableau 3). Il est à noter dans notre étude qu'un seul patient était sous thymorégulateur et que le psychiatre n'était à l'origine que d'une seule prescription (escitalopram).

La prescription de psychotrope était plus fréquente chez les femmes que chez les hommes (54/98, 55%, versus 35/81, 43%, Tableau 4), mais la différence n'était pas statistiquement significative ($p=0.11$).

Les psychotropes étaient le plus fréquemment prescrits chez les patients présentant une tumeur primitive digestive (71%, n=12) et le moins chez les patients atteints de tumeurs primitives classées autres : vagin, prostate, cutané, testicule, thymus, vulve (32%, n=7) (Tableau 5). Quant aux localisations métastatiques, la proportion de psychotropes prescrits était la plus importante chez les patients présentant une métastase surrénale (80%, n=4) et la moins importante chez les patients atteints de métastases péritonéales (33%, n=2) (Tableau 6). Cependant, au

vu des faibles effectifs dans chaque catégorie, les différences apparentes ne sont probablement pas significatives.

Globalement, dans 71% des cas, les psychotropes étaient initiés durant l'hospitalisation (prescription « de novo ») ; seuls 29% des psychotropes étaient donc une poursuite de prescription d'un traitement antérieur (Tableau 7). Cette proportion variait grandement d'un type de psychotrope à l'autre ($p < 10^{-5}$), les antidépresseurs étant le plus souvent prescrits comme poursuite d'un traitement antérieur (27/42, 64%), contrairement aux hypnotiques (14/31, 45%), aux anxiolytiques (27/130, 21%) ou aux antipsychotiques (0/30, 0%). Les anxiolytiques étaient prescrits dans 32% des cas « de novo » pour une détresse psychologique (stress, anxiété aiguë) et dans 15% des cas dans les troubles du sommeil (ruminations anxieuses). Quand ils étaient initiés pendant l'hospitalisation, les hypnotiques n'étaient prescrits pratiquement que pour des troubles du sommeil (16/17). Les antidépresseurs, notamment les tricycliques (essentiellement l'amitriptyline), jouaient un rôle majeur dans les douleurs neuropathiques et les troubles psychiatriques avérés (syndrome dépressif etc...). Les antipsychotiques étaient principalement prescrits pour les nausées/vomissements, les douleurs et la confusion. Le petit nombre de prescriptions de thymorégulateurs (n=1) ne permet pas une analyse des indications de prescriptions.

Sur les 89 patients inclus ayant eu une prescription de psychotrope et 228 psychotropes prescrits au total, seuls 10 patients recevaient une ou plusieurs prescriptions jugées discutables (soit 11% des patients sous psychotropes). Les principales erreurs retrouvées étaient :

- Deux patients ont reçu des molécules prescrites à visée hypnotique mais à un horaire inadapté (18h).
- Un patient a reçu 2 molécules sédatives (amitriptyline et hydroxyzine) dont le risque d'interaction médicamenteuse était important, avec notamment un risque d'allongement de l'espace QT.
- Un patient a reçu un surdosage de traitement hypnotique (jusqu'à 2 fois les doses maximales recommandées).
- Un patient a reçu un traitement hypnotique jugé lourd (benzodiazépine + antipsychotique sédatif puissant) et qui aurait pu nécessiter un avis psychiatrique.
- Quatre patients ont reçu des associations de 2 voire 3 ou 4 benzodiazépines différentes.
- Un patient a reçu une benzodiazépine de demi-vie trop longue prescrite dans le cadre de ruminations nocturnes.

**Tableau 1. Nombre de patients ayant une prescription de psychotropes
durant l'hospitalisation**

Caractéristiques	N=179	Pourcentage (%)
Prescription de psychotropes OUI/NON		
Non	90	50%
Oui	89	50%
Anxiolytiques	58	32%
Alprazolam	34	19%
Oxazépam	8	4%
Diazépam	8	4%
Hydroxyzine	6	3%
Midazolam	6	3%
Bromazépam	4	2%
Lorazépam	4	2%
Clonazépam	1	1%
Clobazam	1	1%
Prazépam	1	1%
Nordazépam	1	1%
Hypnotiques	20	11%
Zopiclone	10	6%
Zolpidem	8	4%
Lormétazépam	4	2%
Antidépresseurs (toutes classes)	28	16%
Antidépresseurs ISRS	11	6%
Escitalopram	8	4%
Sertraline	2	1%
Paroxétine	1	1%

Caractéristiques	N=179	Pourcentage (%)
Antidépresseurs IRSNa	8	4%
Venlafaxine	4	2%
Duloxétine	3	2%
Milnacipran	1	1%
Antidépresseur tricyclique	3	2%
Amitriptyline	3	2%
Antidépresseurs autres	6	3%
Miansérine	5	3%
Mirtazapine	1	1%
Antipsychotiques	25	14%
Dropéridol	21	12%
Halopéridol	3	2%
Lévomépromazine	1	1%
Thymorégulateur	1	1%
Valpromide	1	1%

Tableau 2. Nombre de psychotropes par patient

Nombre de psychotropes	N = 89	%
1	46	52%
2	29	33%
3	8	9%
4	4	4%
5	0	0%
6	1	1%
7	1	1%
Nombre de psychotropes		
Médiane - (Range)	1	(1 – 7)
Moyenne - SD	1.8	1.1

Tableau 3. Type de prescripteur en fonction des catégories de psychotropes

Psychotropes	Anxiolytiques		Hypnotiques		Antidépresseurs (Tous types)		Antipsychotiques		Thymorégulateurs		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Prescripteurs												
Anesthésistes	21	36%	8	40%	13	48%	23	92%	1	100%	39	44%
Chirurgiens	2	3%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	2%
Internes	22	38%	6	30%	10	37%	1	4%	0	0%	30	34%
Autres	13	22%	6	30%	4	15%	1	4%	0	0%	18	20%
Total de prescriptions	58	100%	20	100%	27	100%	25	100%	1	100%	89	100%

Autres : oncologue, radiothérapeute, médecin généraliste, psychiatre.

NB : Les pourcentages correspondent aux pourcentages par colonne.

Tableau 4. Caractéristiques démographiques des patients en fonction des catégories de psychotropes

Psychotropes	Anxiolytiques N=58		Hypnotiques N=20		Antidépresseurs (Tous types) N=27		Antipsychotiques N=25		Thymorégulateurs N=1		Tout psychotrope N=89	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Age												
Age<50	4	7%	1	5%	2	7%	4	16%	0	0%	8	9%
Age≥50 et Age<65	30	52%	9	45%	18	67%	10	40%	1	100%	42	47%
Age≥65	24	41%	10	50%	7	26%	11	44%	0	0%	39	44%
Sexe												
Femme	34	59%	12	60%	20	74%	13	52%	1	100%	54	61%
Homme	24	41%	8	40%	7	26%	12	48%	0	0%	35	39%
Total de prescriptions	58	100%	20	100%	27	100%	25	100%	1	100%	89	100%

NB : Les pourcentages correspondent aux pourcentages par colonne.

Psychotropes	Anxiolytiques		Hypnotiques		Antidépresseurs (Tous types)		Antipsychotiques		Thymorégulateurs		Tout psychotrope	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Types de cancer												
Total (n=179)	58	32%	20	11%	28	16%	25	14%	1	1%	89	50%
ORL (n=28)	9	32%	4	14%	4	14%	5	18%	0	0%	15	54%
Autres (n=22)	5	23%	0	0%	4	18%	2	9%	0	0%	7	32%
Digestif (n=17)	10	59 %	2	12%	3	18%	4	24%	0	0%	12	71%
Ovaire (n=8)	3	36%	1	13%	3	36%	0	0%	0	0%	4	50%
Poumon (n=12)	3	25%	4	33%	2	17%	0	0%	0	0%	6	50%
Sarcome (n=32)	6	19%	3	9%	2	6%	3	9%	0	0%	11	34%
Sein (n=36)	12	33%	4	11%	7	19%	9	25%	1	3%	22	61%
Utérus (n=13)	5	38%	1	8%	1	8%	2	15%	0	0%	7	54%
Rein/vessie (n=9)	5	56 %	1	11%	1	11%	0	0%	0	0%	5	56%

Tableau 5. Prévalence de l'utilisation de psychotropes selon les types de cancers

Cancers Autres : vagin, prostate, cutané, testicule, thymus, vulve.

NB : Les pourcentages correspondent aux pourcentages par ligne.

Tableau 6. Prévalence de l'utilisation de psychotropes selon les types de métastases

Psychotropes	Anxiolytiques		Hypnotiques		Antidépresseurs (Tous types)		Antipsychotiques		Thymorégulateurs		Tout psychotrope	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Métastases												
Métastases SNC (n=8)	3	38%	1	13%	3	38%	0	0%	0	0%	4	50%
Métastases osseuses (n=29)	12	41%	3	10%	8	28%	2	7%	0	0%	17	59%
Métastases pulmonaires (n=33)	15	46%	2	6%	6	18%	0	0%	0	0%	17	52%
Métastases hépatiques (n=28)	10	36%	3	11%	4	14%	1	4%	0	0%	15	54%
Métastases ganglionnaires (n=52)	20	38%	3	6%	6	12%	7	13%	0	0%	29	56%
Métastases surrénales (n=5)	3	60%	0	0%	0	0%	1	20%	0	0%	4	80%
Métastases péritonéales (n=6)	1	17%	1	17%	0	0%	0	0%	0	0%	2	33%
Métastases autres (n=15)	6	4%	2	13%	2	13%	2	13%	0	0%	9	60%

Métastases Autres : vagin, sous-cutané, rein, intestin, ovaire, péricarde, parties molles, thyroïde, pelvis

NB : Les pourcentages correspondent aux pourcentages par ligne.

Tableau 7. Indications des prescriptions de psychotropes (228 prescriptions)

Psychotropes	Anxiolytiques N=130		Hypnotiques N=31		antidépresseurs ISRS N=13		antidépresseu rs IRSNA N=14		antidépresseurs autres N=9		antidépresseurs tricycliques N=6		Antidépresseurs (tous types) N=42		Antipsychotiques N=30		Thymorégulat eurs N=1		Total Psychotropes N=228	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Indication de prescription																				
Poursuite du traitement antérieur	27	21%	14	45%	11	85%	9	64%	7	78%	0	0%	27	64%	0	0%	1	100%	65	29%
Sinon																				
Troubles psychiatriques avérés	1	1%	0	0%	1	8%	3	21%	2	22%	0	0%	6	14%	0	0%	0	0%	7	3%
Détresse psychologique	41	32%	0	0%	1	8%	0	0%	0	0%	1	17%	2	5%	1	3%	0	0%	44	19%
Trouble du sommeil	19	15%	16	52%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	7%	0	0%	36	16%
Nausées, Vomissements	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	15	50%	0	0%	15	7%
Prémédication Anesthésie	5	4%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	5	2%
Protocole de Sédation Soins Palliatifs	13	10%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	3%	0	0%	14	6%
Douleurs	0	0%	0	0%	2	14%	2	14%	0	0%	5	83%	7	17%	7	23%	0	0%	14	6%
Confusion/délire...	7	5%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	3	10%	0	0%	10	4%
Autre	17	13%	1	3%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	3%	0	0%	18	8%
Nombre total de prescription	130	100%	31	100%	13	100%	14	100%	9	100%	6	100%	42	100%	30	100%	1	100%	228	100%

Autres causes évoquées par le prescripteur : Sevrage alcoolique, Epilepsie – Convulsion, Syndrome dépressif, Douleurs neuropathiques, Dyspnée inconfortable

NB : Les pourcentages correspondent aux pourcentages par colonne.

Discussion

Dans cette étude, nous avons évalué la prévalence ainsi que les facteurs liés à la prescription de psychotropes chez 179 patients hospitalisés au COL.

Nos résultats ont indiqué que 50 % des patients atteints de cancer recevaient au moins un psychotrope durant leur hospitalisation en CLCC, ce qui se situait dans la fourchette de 33 à 90% constatée dans d'autres études de population relativement similaires (23-27). Dans la population générale française en 2010, ce chiffre n'était que de 35,1% (tous sexes confondus) si l'on considérait la prévalence de consommation de psychotropes sur une vie entière, et de 17,8% si l'on considérait la prévalence sur l'année écoulée (28). La consommation de psychotropes est donc nettement plus importante chez les patients hospitalisés pour le traitement de leur cancer que dans la population générale et ce, pour toutes les classes de psychotropes (28). Cette donnée est concordante à celle d'autres études récentes conduites au Japon (27) et aux Pays-Bas (23). Cette hausse d'utilisation de psychotropes chez les patients hospitalisés pour le traitement de leur cancer est corrélée à la hausse des troubles psychiatriques dans cette population bien spécifique (dépression, confusion mentale, trouble adaptatif, trouble anxieux, angoisse de mort...) mais aussi à la prise en charge des symptômes non psychiatriques liés aux cancers : douleurs, nausées, vomissements, bouffées vasomotrices, fatigue, hoquet, prurit... Nos résultats peuvent être extrapolés aux patients âgés de 18 ans ou plus, présentant un diagnostic de pathologie cancéreuse et hospitalisés au moins une nuit dans un CLCC.

De même, nos résultats démontrent que 23 % des patients inclus ont présenté au moins un trouble psychiatrique avéré durant leur hospitalisation, ce qui s'approche des 25 à 32 % retrouvés dans les autres études récentes (2- 4) ou même plus anciennes (5). Dans la population générale française, la prévalence instantanée des maladies psychiques n'est que de 14 % (29). La prévalence chez les patients atteints de cancer est donc supérieure à celle dans la population générale. Cette donnée est concordante à celle d'autres études récentes, notamment à une étude multicentrique conduite dans 24 pays (30) ainsi qu'à une étude écossaise démontrant que les patients atteints de cancer ont au moins 10 fois plus de risque de présenter une détresse émotionnelle (anxiété, dépression et/ou usage excessif d'alcool) l'année suivant le diagnostic d'un cancer que la population générale (31). Nous pensons que ce surcroît de troubles psychiatriques dans cette population spécifique est lié en partie aux impacts psychologiques et comportementaux du cancer et de ses traitements sur le patient. En effet, le diagnostic de cancer confronte le patient à un travail d'adaptation psychique important, pouvant aboutir à un trouble psychique conséquent.

Bien que les relais vers les professionnels de soins psychiques (psychiatres et psychologues) étaient facilement repérables, rapides et accessibles, seuls 7% des patients ont bénéficié d'une consultation psychiatrique. Ce chiffre était sensiblement comparable aux études de Jaeger et al. (32) et celle de Stiefel et al. (25) aux Etats-Unis avec respectivement 4% et 9%. Au vu du nombre d'antécédents et de troubles psychiatriques dans cette population, on constate que le recours au psychiatre était finalement assez restreint. Les professionnels non spécialisés en soins psychiques ne connaissaient pas forcément chez ces patients atteints de cancer les facteurs de risques et les symptômes de la détresse psychique devant amener à une

consultation spécialisée avec un psychiatre ou un psychologue. Ces derniers étaient plutôt sollicités si les symptômes psychiques du patient étaient nombreux, résistants ou impactant fortement sur sa qualité de vie, nécessitant alors une intervention psychothérapeutique ou une thérapeutique psychopharmacologique.

Le nombre moyen de psychotropes prescrits par patient était de 1,8 (SD = 1.1), ce qui était comparable aux études de Stiefel et al. (25) et Jaeger et al. (32) aux Etats-Unis avec respectivement 1.96 et 1.9 psychotropes par patient. L'utilisation concomitante de plusieurs psychotropes chez un patient atteint de cancer s'explique par l'efficacité de ces molécules dans les troubles psychiatriques, mais aussi en tant que traitement adjuvant des symptômes liés au cancer tels que la douleur, les bouffées vasomotrices, le prurit, les nausées-vomissements, la fatigue ou encore dans les troubles cognitifs (21-22)

Les anesthésistes et les internes étaient les catégories de médecins responsables de la majorité des prescriptions de psychotropes, et ce pour chaque classe thérapeutique. Que ce soit à visée anxiolytique ou à visée antiémétique, en passant par la gestion du syndrome confusionnel post-opératoire, les psychotropes font partie de l'arsenal thérapeutique de base de tout anesthésiste. Les internes aussi ont eu un rôle majeur dans la prescription de psychotropes dans cette étude. Leur effectif conséquent au COL mais aussi leur forte présence au lit du malade font qu'ils sont souvent perçus comme des médecins de 1^{er} recours à la fois par le patient mais aussi l'équipe soignante. La psychopharmacothérapie des patients atteints de cancer est donc principalement gérée non pas par un psychiatre mais par le médecin référent du patient hospitalisé en CLCC.

Nos résultats montraient que les psychotropes étaient plus souvent prescrits chez la femme que l'homme, et ce pour chaque classe de psychotropes. La

puissance de notre étude n'était cependant pas suffisante pour que ces résultats soient statistiquement significatifs ; nous relevions tout de même cette tendance. Certes, la population féminine était majoritaire à 55% dans notre étude mais nous savons que les troubles psychiatriques et les consommations de psychotropes sont plus fréquents chez la femme dans la population générale (33).

Devant le faible nombre de patients recrutés et de psychotropes prescrits par catégorie de cancers ou de métastases, il nous est apparu comme raisonnable de ne pas comparer la fréquence des prescriptions en fonction de la pathologie sous-jacente.

Comme attendu, les psychotropes étaient prescrits dans de très nombreuses indications psychiatriques et non psychiatriques. L'efficacité et la polyvalence de ces molécules font qu'elles sont devenues incontournables en oncologie.

L'équipe de psychiatres du COL a réalisé une revue experte de la pertinence de toutes les prescriptions de psychotropes et ne retrouvait finalement que peu de prescriptions discutables. Celles-ci ne concernaient que 10 patients au total (soit 11% des patients sous psychotropes). Nous remarquons que la majorité des prescriptions discutables était en lien avec des troubles du sommeil. Devant ce constat a été décidée l'élaboration au COL d'un guide des bonnes pratiques de prescription de psychotropes. Une attention particulière sera portée aux patients âgés ainsi qu'aux troubles du sommeil. Une fois terminée, ce guide sera consultable sur l'intranet de l'établissement.

Les limites et les forces de notre étude :

Les limites de notre étude étaient multiples. D'abord notre échantillon était de taille restreinte (179 patients inclus), suffisante pour une estimation assez précise de la fréquence des prescriptions de psychotropes, mais insuffisante pour l'étude des facteurs associés à ces prescriptions (manque de puissance). Ensuite, la période de l'étude était courte (moins de 6 semaines) et en plein milieu de l'hiver ; or, la prévalence de certains troubles psychiatriques et donc de la consommation de psychotropes peut fluctuer selon les saisons. La durée moyenne de séjour était relativement courte (4,5 jours) pour évaluer correctement sur le plan psychique tous les patients inclus. Certains facteurs confondants comme le stade du cancer ou sa sévérité, les comorbidités somatiques ou encore l'impact des interventions non pharmacologiques (règles hygiéno-diététiques, techniques de relaxation, entretiens avec l'équipe soignante etc...) n'ont pas été pris en compte dans nos résultats. Nous n'avons pas différencié la prescription de psychotropes en « systématique » de celle en « si besoin ». De plus, nous suspectons un sous-diagnostic des « troubles psychiatriques actuels » des patients de l'étude (23%) car ces données ont été collectées grâce aux notes médicales présentes dans les observations ou les courriers médicaux du dossier patient informatisé, et non sur la base d'une consultation psychiatrique. Or, les critères diagnostiques des troubles psychiatriques n'étaient pas forcément maîtrisés par le personnel médical auteur de ces notes et courriers. Il est donc également possible que ce sous-diagnostic de troubles psychiatriques conduise à sous-évaluer la prévalence de prescription des psychotropes. De même, nous soupçonnons une sous-estimation des antécédents psychiatriques du patient (37%). En effet, il n'est pas rare que le soignant chargé du recueil des antécédents médicaux du patient fasse l'impasse sur le versant

psychiatrique. Ceci peut s'expliquer par un soignant qui manque de temps et qui ne considère pas les antécédents psychiatriques comme primordiaux, mais aussi par une gêne du patient à revenir sur des antécédents pouvant être douloureux et stigmatisants. De plus, nous n'avons pas pris en compte les différents types de traitements (chirurgie, hormonothérapie, radiothérapie, chimiothérapie). Pour finir, les soutiens familiaux et amicaux, pouvant aider les patients à faire face à leur détresse psychologique, n'ont pas été mesurés dans cette étude.

Cependant, notre échantillon était représentatif des patients âgés de 18 ans ou plus, atteints de cancer et hospitalisés en CLCC car les patients étaient inclus de manière consécutive, sans aucune exclusion secondaire. L'étude a débuté deux mois après l'arrivée de nouveaux internes au COL, ce qui leur a permis de se familiariser au dépistage et au traitement des maladies psychiques. L'âge des patients était très varié (de 20 à 90 ans), et seuls les patients mineurs étaient exclus de l'étude. Pour finir, toutes les molécules utilisées dans l'étude ont été détaillées ; nous ne nous sommes pas limités à une simple description des classes thérapeutiques prescrites.

Conclusion

50% des patients de l'étude bénéficiaient d'au moins une prescription de psychotrope, principalement des benzodiazépines. Les indications de ces prescriptions étaient psychiatriques (trouble anxieux, syndrome dépressif, trouble de l'adaptation...) ou non psychiatriques (douleurs neuropathiques, sédation palliative, nausées/vomissements ...). 23% des patients présentaient au moins un trouble psychiatrique avéré alors que seuls 7% bénéficiaient d'une consultation psychiatrique durant leur hospitalisation. La large majorité de ces prescriptions était réalisée par des spécialistes non psychiatres. La pertinence de prescription du traitement psychotrope a été jugée discutable chez 11% des patients traités par ces molécules.

Il s'avère donc important de poursuivre et d'améliorer l'accompagnement psychique du patient atteint de cancer et ce le plus tôt possible après le diagnostic de cancer. Un axe d'amélioration serait de renforcer la sensibilisation et la formation de l'ensemble des soignants tels que les médecins généralistes/spécialistes, pharmaciens, infirmiers, aides-soignants, professionnels de soins de support (kinésithérapeutes, diététiciens, assistants sociaux), bénévoles d'associations de patients, à détecter voire traiter la détresse psychique quand cela leur est possible ou à orienter vers un psychiatre le cas échéant (34). D'autres études restent nécessaires pour évaluer et optimiser la prescription de psychotropes chez les patients atteints de cancer.

Bibliographie

1. Brocken P, Prins JB, Dekhuijzen PN, van der Heijden HF. The faster the better? A systematic review on distress in the diagnostic phase of suspected cancer, and the influence of rapid diagnostic pathways. *Psychooncology* 2012; 21(1): 1–10.
2. Mehnert A, Brahler E, Faller H, et al. Four-week prevalence of mental disorders in patients with cancer across major tumor entities. *J Clin Oncol* 2014;32 (31):3540-3546.
3. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, 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 Oncology* 2011; 12 (2): 160 – 174.
4. Singer S, Das-Munshi J, Brähler E. Prevalence of mental health conditions in cancer patients in acute care—a meta-analysis. *Ann Oncol* 2010; 21 (5): 925–930.
5. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983; 249(6):751-757.
6. Walker J, Holm Hansen C, Martin P, et al. Prevalence of depression in adults with cancer: a systematic review. *Ann Oncol* 2013; 24(4): 895–900.
7. Dekker J, Braamse A, van Linde ME, et al. One in three patients with cancer meets the criteria for mental disorders : what does that mean ? *J Clin Oncol* 2015; 33(25):2826-2828.
8. Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004;32:57-71.

9. Sharpe M, Strong V, Allen K, et al. Major depression in outpatients attending a regional cancer centre: screening and unmet treatment needs. *Br J Cancer* 2004; 90(2):314-320.
10. Caruso R, Nanni MG, Riba M, et al. Depressive spectrum disorders in cancer: prevalence, risk factors and screening for depression: a critical review. *Acta Oncol* 2017; 56(2): 146–155.
11. Fang F, Fall K, Mittelman M, et al. Suicide and Cardiovascular death after a cancer diagnosis. *N Engl J Med* 2012; 366 (14): 1310-1318.
12. Fallowfield L, Ratcliffe D, Jenkins V, Saul J. Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. *Br J Cancer* 2001; 84(8):1011-1015.
13. Irwin MR. Depression and insomnia in cancer: prevalence, risk factors, and effects on cancer outcomes. *Curr Psychiatry Rep* 2013;15(11) :404.
14. Andritsch E, Dietmaier G, Hofmann G, et al. Global quality of life and its potential predictors in breast cancer patients: an exploratory study. *Support Care Cancer* 2007; 15(1):21-30.
15. Watson M, Homewood J, Haviland J, Bliss JM. Influence of psychological response on breast cancer survival: 10-year follow-up of a population-based cohort. *Eur J Cancer* 2005; 41(12):1710-1714.
16. Ayres A, Hoon PW, Franzoni JB, et al. Influence of mood and adjustment to cancer on compliance with chemotherapy among breast cancer patients. *J Psychosom Res* 1994; 38(5):393-402.
17. Prina AM, Cosco TD, Denning T, et al. The association between depressive symptoms in the community, non-psychiatric hospital admission and hospital outcomes: a systematic review. *J Psychosom Res* 2015; 78(1):25-33.

18. Lloyd-Williams M, Dennis M, Taylor F. A prospective study to determine the association between physical symptoms and depression in patients with advanced cancer. *Palliat Med* 2004; 18 (6): 558- 563.
19. Pinquart M, Duberstein P, Depression and cancer mortality: a meta-analysis, *Psychol Med* 2010; 40 (11): 1797-1810.
20. Satin JR, Linden W, Phillips MJ, Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients, a meta-analysis, *Cancer* 2009; 115 (22): 5349-5361.
21. Caruso R, Grassi L, Nanni M.G, Riba M. Psychopharmacology in psycho-oncology. *Curr Psychiatry Rep* 2013; 15 (9), 393.
22. Thekdi SM, Trinidad A, Roth A. Psychopharmacology in Cancer. *Curr Psychiatry Rep* 2015; 17 (1): 529.
23. Ng CG, Boks MP, Smeets HM, et al. Prescription patterns for psychotropic drugs in cancer patients; a large population study in the Netherlands. *Psychooncology* 2013; 22(4):762-767.
24. Farriols C, Ferrandez O, Planas J, et al. Changes in the prescription of psychotropic drugs in the palliative care of advanced cancer patients over a seven-year period. *J Pain Symptom Manage* 2012; 43(5):945-952.
25. Stiefel FC, Kornblith AB, Holland JC. Changes in the prescription patterns of psychotropic drugs for cancer patients during a 10-year period. *Cancer* 1990; 65(4):1048-1053.
26. Derogatis LR, Feldstein M, Morrow G, et al. A survey of psychotropic drug prescriptions in an oncology population. *Cancer* 1979; 44(5) :1919-1929.

27. Sato I, Onishi H, Yamada S, Kawakami K. Prevalence and Initial Prescription of Psychotropics in Patients with Common Cancers in Japan, based on a Nationwide Health Insurance Claims Database. *Psychooncology* 2017; 27(2) :450-457.
28. Beck F, Gautier A, Guignard R, Richard JB. (Page consultée le 06.06.18). Baromètre santé 2010, Attitudes et comportements de santé. *Inpes*, 2012. [en ligne]. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1627.pdf>
29. Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES), (Page consultée le 06.06.18). Enquête Santé et Protection sociale (ESPS) 2008. [en ligne]. <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2010/rap1800.pdf>
30. Nakash O, Levav I, Aguilar-Gaxiola S, et al. Comorbidity of common mental disorders with cancer and their treatment gap: Findings from the World Mental Health Surveys. *Psychooncology* 2014;23 (1):40-51.
31. Desplenter F, Bond C, Watson M, et al. Incidence and drug treatment of emotional distress after cancer diagnosis: a matched primary care case–control study. *Br J Cancer* 2012;107(9):1644–1651.
32. Jaeger H, Morrow GR, Brescia F. A survey of psychotropic drug utilization by patients with advanced neoplastic disease. *Gen Hosp Psychiatry* 1985; 7 (4):353-360.
33. Boyd A, Van de Velde S, Pivette M, et al. Gender differences in psychotropic use across Europe: Results from a large cross-sectional, population-based study. *Eur Psychiatry* 2015; 30(6):778-788.
34. Institut National du Cancer (INCa). (Page consultée le 06.06.18). Référentiel organisationnel sur le repérage et le traitement précoce de la souffrance psychique chez les personnes souffrant de cancer. Janvier 2018. [en ligne]. <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Reperage-et->

BONDENET Xavier

traitement-precoce-de-la-souffrance-psychique-des-patients-atteints-de-cancer-Avis-
d-experts

Annexes

Annexe 1 : Caractéristiques démographiques, durée d'hospitalisation et type de service hospitalier

Caractéristiques	N=179	Pourcentage (%)
Statut marital		
Veuf	17	9%
Marié	98	55%
PACS/concubinage	17	9%
Divorcé	14	8%
Célibataire	22	12%
Inconnu	11	6%
Sexe		
Femme	98	55%
Homme	81	45%
Age		
Médiane - (Range)	61	(20 – 90)
Moyenne - SD	58.9	12.6
Durée d'hospitalisation		
Médiane - (Range)	3	(1 – 37)
Moyenne - SD	4.5	5.1
Service hospitalier		
VADS	41	23%
Uro-digestif	33	18%
Gynécologie	19	11%
Oncologie générale	38	21%
UIRC	1	1%
DARA	1	1%
Curiethérapie	7	4%
Sénologie	33	18%
Soins palliatifs	4	2%
Pédiatrie	2	1%

Annexe 2. Caractéristiques de la tumeur initiale et présence de métastases

Caractéristiques	N=179	Pourcentage (%)
Localisation de la tumeur primitive		
ORL	28	16%
Autres	22	13%
Digestif	17	9%
Inconnu	2	1%
Ovaire	8	4%
Poumon	12	7%
Sarcome	32	18%
Sein	36	20%
Utérus	13	7%
Rein/vessie	9	5%
Présence Métastases		
Non	84	47%
Oui	95	53%
Métastases du SNC	8	
Métastases osseuses	29	
Métastases pulmonaires	33	
Métastases hépatiques	28	
Métastases ganglionnaires	52	
Métastases surrénales	5	
Métastases péritonéales	6	
Métastases autres	15	

Tumeurs primitives autres : vagin, prostate, cutané, testicule, thymus, vulve

Métastases autres : vagin, sous-cutané, rénale, intestinale, ovaire, péricarde, parties molles, thyroïde, pelvien

AUTEUR : Nom : BONDENET**Prénom : Xavier****Date de Soutenance : 2 octobre 2018****Titre de la Thèse :** La place des psychotropes dans un centre de lutte contre le cancer. Étude prospective à propos de 179 patients.**Thèse - Médecine - Lille 2018****Cadre de classement :** *Psychiatrie***DES + spécialité :** *Psychiatrie***Mots-clés :** cancer, oncologie, prescription, psychotropes**Résumé :**

Contexte : Les modalités de prescriptions de psychotropes chez les patients atteints de cancer restent assez peu connues en milieu hospitalier. Notre objectif était donc de décrire la prévalence et les indications de prescription de psychotropes chez les patients atteints de cancer hospitalisés dans un centre de lutte contre le cancer.

Méthode : La proportion de séjours avec prescription de psychotropes a été évaluée sur une série de séjours consécutifs chez les patients hospitalisés au Centre Oscar Lambret (COL) à Lille du 8 janvier 2018 au 16 février 2018. Tous les patients âgés de 18 ans ou plus, présentant un diagnostic de cancer, quel que soit le stade, et hospitalisés au moins une nuit, ont été inclus, quel que soit le motif d'hospitalisation.

Résultats : Parmi les 179 patients inclus dans l'étude, 89 d'entre eux (soit 50 % des patients inclus ; intervalle de confiance à 95% : 42% à 57%) ont reçu au moins un psychotrope durant leur hospitalisation. 75 patients (soit 84% des patients sous psychotropes) n'en recevaient qu'un ou deux. La moyenne de psychotropes par patient était de 1.8 (SD = 1.1). Les anxiolytiques, principalement les benzodiazépines, étaient les psychotropes les plus couramment prescrits avec 32% des patients concernés, suivis des antidépresseurs (16%), des antipsychotiques (14%), des hypnotiques (11%) et enfin des thymorégulateurs (1%). Les principales indications étaient la détresse psychologique et les troubles du sommeil. Au total, 42 patients (23% des patients inclus) ont présenté au moins un trouble psychiatrique et 12 patients (7%) ont bénéficié d'un suivi psychiatrique durant leur hospitalisation. La pertinence de prescription de psychotropes a été jugée discutable chez seulement 10 patients (11%) ; il s'agissait principalement de prescriptions pour des troubles du sommeil. Le psychiatre du COL n'était à l'origine que d'une seule prescription de psychotropes.

Conclusion : La majorité des patients de l'étude bénéficiait d'une prescription de psychotropes pour des indications variées. Les troubles psychiques étaient fréquents dans cette population. Ces résultats soulignent la nécessité d'améliorer l'accompagnement psychique du patient atteint de cancer notamment en renforçant la sensibilisation et la formation de l'ensemble des professionnels à détecter voire traiter la détresse psychique quand cela leur est possible.

Composition du Jury :**Président : Pr Pierre THOMAS****Assesseurs : Pr Thierry DINE, Pr Nicolas PENEL, Dr Marie-Cécile LE DELEY, Dr Georges-Michel REICH**