

Psycho-oncologie : Dépression

Date : 01/12/2011

Sommaire

○	Reconnaitre et traiter la dépression en cancérologie est un enjeu majeur	p 3
○	Diagnostic	p 4
○	Le diagnostic d'épisode dépressif majeur	p 5
○	Caractéristiques de la dépression en milieu cancérologique	p 7
○	Rechercher les symptômes d'épisode dépressif majeur	p 8
○	Prévalence	p 9
○	Prévalence de la dépression en cancérologie	p 10
○	Facteurs de risque	p 12
○	Facteurs de risque personnels	p 13
○	Facteurs de risque sociaux	p 14
○	Facteurs de risque liés à la maladie cancéreuse	p 15
○	Causes organiques de dépression	p 16
○	Dépistage	p 17
○	Dépister la dépression est indispensable tout au long de la maladie	p 18
○	Des outils simples et validés en français peuvent être utilisés	p 19
○	Dépistage et prise en charge	p 21
○	Prise en charge	p 22
○	Traitements médicamenteux	p 24
○	Traitements psychothérapeutiques	p 33
○	Orientation vers psychologue ou psychiatre	p 36
○	Bibliographie	p 39
○	Contributeurs	p 44

Le texte de couleur gris et souligné représente un lien hypertexte

Reconnaître et traiter la dépression en cancérologie est un enjeu majeur

Sous estimer et sous traiter une dépression peut avoir un impact sur la mortalité et la morbidité, lié à :

- **une détérioration de la qualité de vie** (Parker PsychoOncology 2003)
- **une plus grande sensibilité à la douleur** (Spiegel Cancer 1994)
- **des difficultés d'observance voire un refus de traitement** (Colleoni Lancet 2000)
- **des difficultés à communiquer avec les soignants et l'entourage**
- **une charge majorée pour les proches** (Pitcealthy and Maguire Eur J Cancer 2003)
- **un risque de suicide accru**
- **des hospitalisations plus longues** (Prieto JCO 2002)
- **une moindre espérance de survie** (Prieto JCO 2005, Watson 2005).

Savoir également ne pas sur-traiter (prescrire un antidépresseur à un patient non déprimé).

Diagnostic

Le diagnostic d'épisode dépressif majeur (1)

Il repose sur l'association de symptômes dépressifs* et leur permanence dans le temps.

***au moins un des deux symptômes cardinaux et des symptômes associés avec un total de 5 symptômes minimum.**

Symptômes dépressifs cardinaux (DSM IV TR)

- L'humeur dépressive (qui n'est pas une tristesse passagère)
- L'anhédonie (perte d'intérêt et/ou de plaisir).

Temporalité et permanence des symptômes : presque toute la journée, presque tous les jours depuis au moins deux semaines.

Le diagnostic d'épisode dépressif majeur (2)

Symptômes associés (DSM IV TR) :

- auto-dévalorisation et culpabilité
- désintérêt et indifférence affective
- repli social
- pensées de mort récurrentes ou idées suicidaires
- modification du caractère : irritabilité, agressivité
- insomnie ou hypersomnie*
- agitation ou ralentissement psychomoteur*
- fatigue ou perte d'énergie*
- baisse de la libido*
- diminution de l'aptitude à penser ou se concentrer*
- variation du poids ou d'appétit significative*.

** ces symptômes ne sont à retenir que s'ils ne sont pas plus probablement liés au contexte médical ou aux traitements.*

Particularités de la dépression en milieu cancérologique

Les manifestations somatiques de la dépression sont difficiles à différencier des symptômes physiques liés à l'affection cancéreuse ou aux traitements (fatigue, anorexie et/ou perte de poids, troubles cognitifs ou du sommeil, baisse de la libido) : on considérera comme participant au diagnostic de syndrome dépressif toute manifestation qui n'est pas à l'évidence liée à une autre cause (cause physique ou iatrogénie).

→ Porter une attention particulière aux symptômes cognitifs et affectifs non liés directement à l'état somatique :

- l'auto-dévalorisation (vision douloureuse du passé)
- la culpabilité (envahissante, généralisée)
- l'anesthésie affective, l'indifférence
- la perte de la capacité à prendre plaisir, même minime et au quotidien
- le désir de mort, les idées suicidaires d'autant plus que les symptômes sont contrôlés
- le pessimisme pathologique et la péjoration de la situation carcinologique.

Rechercher les symptômes d'épisode dépressif majeur

Ils sont rarement spontanément exprimés par les patients, d'autant plus rarement que ceux-ci sont plus déprimés (ralentissement, repli, honte, méconnaissance ou minimisation des symptômes dépressifs).

Privilégier les questions simples et ouvertes

- « Comment va le moral ? Et la vie de tous les jours ? Est-ce qu'il y a des bons moments ?... ».

Eviter les formules moralisantes

- « Faire face », « tenir bon ».

Faciliter l'expression émotionnelle en témoignant d'une certaine disponibilité. (attention aux manifestations non verbales d'indisponibilité).

L'évaluation des symptômes n'est pas adaptée à la période d'annonce (au minimum 1 semaine après) ou en cas de douleur non contrôlée.

Savoir être attentif au changement de fonctionnement du patient exprimé par ce dernier ou par son entourage.

Prévalence

Prévalence de la dépression en cancérologie (1)

Les chiffres de prévalence de la dépression chez un patient atteint de cancer sont extrêmement variables du fait de l'utilisation dans les études de méthodes d'évaluation diagnostique différentes (échelles, cut-off) et des différences d'échantillon.

Dans la récente méta analyse de Mitchell (Lancet Oncol 2011), (70 études, N = 10071)

- **Tout type de dépression (critères ICD, DSM) : 16,3 %**
- **EDM : 14,9 %**
- **Trouble de l'adaptation : 19,3 %** (manifestations anxieuses et/ou dépressives et/ou comportementales réactionnelles à une cause actuelle et clairement identifiée et dont l'intensité et la durée ne sont pas suffisantes pour être qualifiées de trouble anxieux ou d'état dépressif caractérisé).

Prévalence de la dépression en cancérologie (2)

La prévalence varie selon les phases de la maladie et augmente en situation avancée.

En situation palliative, dans la même méta analyse (Mitchell Lancet Oncol 2011),
24 études (N = 4007)

- **Tout type de dépression : 16,5 %**
- **EDM : 14,3 %**

Facteurs de risque

Facteurs de risque personnels

- **Sexe féminin.**
- **Jeune âge au moment du diagnostic (15-54 ans)** (Rasic et al. Psychooncology 2008).
- **Histoire personnelle d'événements de vie récents négatifs ou stressants (deuil, pertes successives).**
- **Antécédents psychiatriques personnels (dépression, tentatives d'autolyse, toxicomanie, alcoolisme) ou familiaux (dépression, tentative d'autolyse, suicide)** (Costanzo et al. BJC 2007).
- **Traits de personnalité : tendance à ne pas exprimer ses émotions, tendance à considérer les événements de la vie comme incontrôlables et inévitables, faible estime de soi et faiblesse du soutien émotionnel, tendance au pessimisme** (Montazeri Patient Educ Counsel 2001, Wong-Kim et al. Psychooncology 2005).

Facteurs de risque sociaux

- **Statut marital : célibataire, divorcé, séparé, veuf.**
- **Isolement social** (Dalton et al. Eur Journ Cancer 2008).
- **Faible niveau socio-économique** (Dalton et al. Eur Journ Cancer 2008).
- **Appartenance à une minorité ethnique** (Ell et al. JCO 2005).
- **Perception d'un manque de soutien social.**

Facteurs de risque liés à la maladie cancéreuse

- **Type de cancer (pancréas, ORL).**
- **Stade avancé ou métastatique.**
- **Phases critiques d'annonce du diagnostic, annonce de la récurrence ou de l'aggravation (métastases), entrée en phase palliative.**
- **Présence de symptômes physiques non contrôlés (douleur +++, nausées, vomissements, fatigue, altération de l'état général...)**
(Ciaramella Psychooncology 2001).

Autres causes de dépression

Causes médicamenteuses

- Immunothérapie (IFN, IL2).
- Corticothérapie au long cours.
- Certains antiépileptiques (levetiracetam ou KEPPRA®).

Causes organiques

- Atteintes cérébrales (tumeur cérébrale primaire ou métastases cérébrales).
- Troubles endocriniens (hyper ou hypothyroïdie, insuffisance surrénalienne).
- Troubles métaboliques (déficit en vitamines B12, folates).

Attention à la iatrogénie potentielle pour les nouvelles molécules cytotoxiques réputées neurotoxiques.

Dépistage

Dépister la dépression est indispensable tout au long de la maladie

Tous les patients doivent être dépistés, au minimum à chaque phase importante de leur maladie.



Ce dépistage peut reposer sur une **évaluation clinique** (au minimum recherche des deux signes princeps) ou **l'utilisation d'un questionnaire**.

Le dépistage n'a de sens que s'il est suivi d'une prise en charge adéquate (Mitchell AJ Psychooncology 2011).

Des outils simples et validés en français peuvent être utilisés

Les outils de dépistage les plus utilisés évaluent la détresse émotionnelle :

- **HADS : plusieurs cut-off (scores A + D) proposés pour l'EDM :**
 - **>14 : Sensibilité : 0.80 et spécificité : 0.74** (Mitchell, J Affect Disord 2011).
 - **>15 : Sensibilité : 0.87 et spécificité : 0.85** (Walker J Psycho Research 2007).
- **Thermomètre de détresse : détresse significative si >3**
 - **>3 : se 0,76, Sp 0,82** (Dolbeault S, Palliat Support Care 2008).

Certains dépistent spécifiquement la dépression :

- **Beck Depression Inventory**
 - **>18 EDM probable** (Wedding et al, Annal Oncol 2007 : confusion avec items somatiques).
- **Brief Edinburgh Depression Scale**
 - **>6 : EDM peu probable (Se : 0.83, Sp : 0.68), >10 EDM très probable** (Rhondali et al. Bull Cancer 2011).

D'autres outils n'ont été validés qu'en anglais

- **Il peut s'agir de l'utilisation d'une simple question (Akechi JPSM 2006)**
 - « Etes-vous déprimé ? » (Se 0,70, Sp 0,93)
 - « Avez-vous le sentiment d'avoir perdu l'intérêt pour des choses ou des activités qui habituellement vous font plaisir ? » (Se 0,92, Sp 0,93)
- **ou de l'association de ces deux questions (Akechi JPSM 2006) :**
Se 1, sp 0,86.
- **Evaluation de l'humeur sur une échelle de 0 à 100 de l'humeur (Akizuki Cancer 2003) : Se 0,8 Sp 0,61.**
- **Le repérage doit aussi être clinique, mais le repérage clinique par des cliniciens non formés risque d'être inefficace (Mitchell Psychooncology 2011).**

Dépistage et prise en charge : quelle répartition des tâches ?

Le meilleur modèle est le modèle coordonné par l'oncologue (Eli et al JCO 2008)

- repérage par l'oncologue :
- accompagnement aux soins (infirmière, téléphone, social worker, psy...)
- prescription par l'oncologue, guidé par psychiatre.

La prescription médicamenteuse ne constitue qu'une partie de la prise en charge psycho-oncologique possible de la dépression ; lorsque cela est possible, il est souhaitable d'instaurer parallèlement une prise en charge psychologique (Chochinov Lancet Oncol 2001).

Prise en charge

La prise en charge psychologique s'intègre dans la prise en charge globale

Elle doit être intégrée dans un projet de soins comportant une dimension globale bio psycho sociale qui tient compte :

- de la personnalité du patient (élaboration et vécu de la maladie)
- du contexte socioprofessionnel et des ressources psychosociales (famille, travail, environnement)
- des symptômes physiques (douleur, fatigue, nausées, troubles sexuels...)
- d'éventuelles comorbidités physiques ou psychiatriques (autre pathologie chronique, handicap...).

Les traitements médicamenteux (1)

- **Les antidépresseurs améliorent significativement les symptômes dépressifs chez 70 % des patients présentant un Episode Dépressif Majeur** (Cipriani Lancet 2009 : hors cancérologie).
- **Ils ne doivent être prescrits qu'après une démarche d'identification soigneuse de la symptomatologie dépressive.**
- **Pas d'urgence thérapeutique sauf critères de gravité ou risque suicidaire : en cas de doute diagnostique réévaluer.**

Les traitements médicamenteux (2)

- Une administration préventive des antidépresseurs n'est pas plus justifiée en cancérologie qu'en pratique courante ; l'existence de facteurs prédictifs doit inciter par contre à une surveillance renforcée.
- Il n'existe pas non plus d'élément de preuve en faveur d'une prescription devant un seul symptôme somatique comme la fatigue (Morrow JCO 2003).
- La réponse symptomatique peut être évaluée sur d'autres paramètres que les symptômes dépressifs (par ex plaintes somatiques, fatigue).
- L'amélioration est parfois insuffisante et nécessitera alors une adaptation thérapeutique.

Comment choisir un antidépresseur ?

Le choix d'un antidépresseur est aussi individuel :

- Effets indésirables potentiels du médicament (actuels ou antérieurs)
- Réponse à un traitement antérieur
- Préférences du patient.

En première intention

- **ISRS ou IRSNa**

Rapport tolérance/efficacité méta-analyse Cipriani Lancet 2009 : escitalopram / sertraline

- **Pas d'association de deux antidépresseurs**

- ➔ **Si inefficacité à 3 semaines, augmenter la dose si bien toléré ; si inefficacité persistante, rechercher l'avis psychiatrique ou changer de molécule.**
- ➔ **Nécessité de réévaluer à distance l'indication de la poursuite du traitement.**

Les antidépresseurs entraînent-ils des interactions médicamenteuses ?

Les ISRS sont des inhibiteurs du Cyt P450 (isoenzymes différents selon les molécules)

- **Le risque d'interaction est donc présent : vigilance ++** (Yap Eur Journ Cancer Care 2009) / <http://medicine.iupui.edu/clinpharm/DDIs/table.aspx>
- **Interactions rares avec miansérine, mirtazapine, tianeptine et citalopram.**

CI : association inhibiteurs CYP2D6 (paroxétine, fluoxétine) et tamoxifène (inhibition transformation en endoxifène (AFSSAPS, 2008).

Les ISRS sont des substrats du Cyt P450 : risque d'accumulation chez métaboliseurs lents ou coprescription d'inhibiteurs.

Exemple d'interaction potentielle fréquente : tramadol

Allongement du QT avec certains antidépresseurs : contre-indication en association avec d'autres médicaments allongeant le QT ou en cas d'hypokaliémie ou hypomagnésémie.

Les molécules les plus prescrites

Famille	DCI nom commercial
Tricycliques (pas en 1ère intention)	clomipramine ANAFRANIL® amitriptyline LAROXYL®
ISRS (Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine)	escitalopram SEROPLEX® citalopram SEROPRAM® paroxétine DEROXAT® sertraline ZOLOFT® fluoxétine PROZAC®
IRSna (inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline)	venlafaxine EFFEXOR® milnacipran IXEL® duloxétine CYMBALTA®
Nassa Mélatoninergiques Autres	mirtazapine NORSET® agomelatine VALDOXAN® tianeptine STABLON®

Comment informer le patient ?

- Il est nécessaire et bénéfique d'impliquer le patient à tous les temps de la prise en charge de la dépression.
- Information et éducation du patient sont primordiales pour une bonne adhésion au traitement.
- On informera le patient du diagnostic, de la nature de l'antidépresseur prescrit et des effets secondaires les plus fréquents, du délai d'action (2-3 semaines), de la durée de la prise (6 mois-1 an).
- L'attitude thérapeutique du soignant représente une base fondamentale du repérage et de la prise en charge de la dépression permettant au patient dépressif de mieux comprendre la nature de ses symptômes.

Faut-il associer systématiquement une benzodiazépine ?

La prescription d'une benzodiazépine n'est pas systématique sauf :

- Si anxiété majeure, en particulier avec des symptômes somatiques qui risquent de favoriser une mauvaise tolérance de l'antidépresseur (attribution au médicament de symptômes fonctionnels générés ou majorés par l'anxiété).
- Si patient déjà traité par benzodiazépine (risque de syndrome de sevrage).

Chez le patient déprimé et impulsif, il est souvent préférable de traiter l'anxiété par de faibles doses de neuroleptiques sédatifs (ex : cyamémazine =TERCIAN®) que par une benzodiazépine.

Evaluation du risque suicidaire

Majoré en cas de :

- existence d'une dépression
- pathologie psychiatrique associée (attention à la confusion et aux idées délirantes)
- évocation d'un scénario précis de suicide
- impulsivité : antécédents de tentative d'autolyse antérieure
- douleur ou symptômes non contrôlés (fatigue, nausées...)
- prise de toxiques (alcool ++)
- isolement social et familial
- antécédents familiaux de suicide
- situation de désespoir, perte de contrôle ou d'autonomie.

(Chochinov 2001)

Ne pas hésiter à demander au patient s'il a des idées suicidaires

(Breitbart W Semin Oncol 1994)

Dans quel cas hospitaliser le patient ?

Une hospitalisation peut être justifiée si :

- risque suicidaire majeur
- refus de soins avec dépression sévère de type mélancolique ou délirante
- agitation ou anxiété extrême
- trouble psychotique décompensé
- en cas de carence de soins et de surveillance extrahospitalière impossible (isolement social et familial).

- ➔ Objectif : mise en place rapide d'un traitement antidépresseur à dose efficace et surveillance du risque suicidaire.
- ➔ Hospitalisation en milieu oncologique en général mieux acceptée par le patient en milieu oncologique.
- ➔ Refus d'hospitalisation et dangerosité pour soi : possibilité de soins à la demande d'un tiers (loi du 6 juillet 2011).

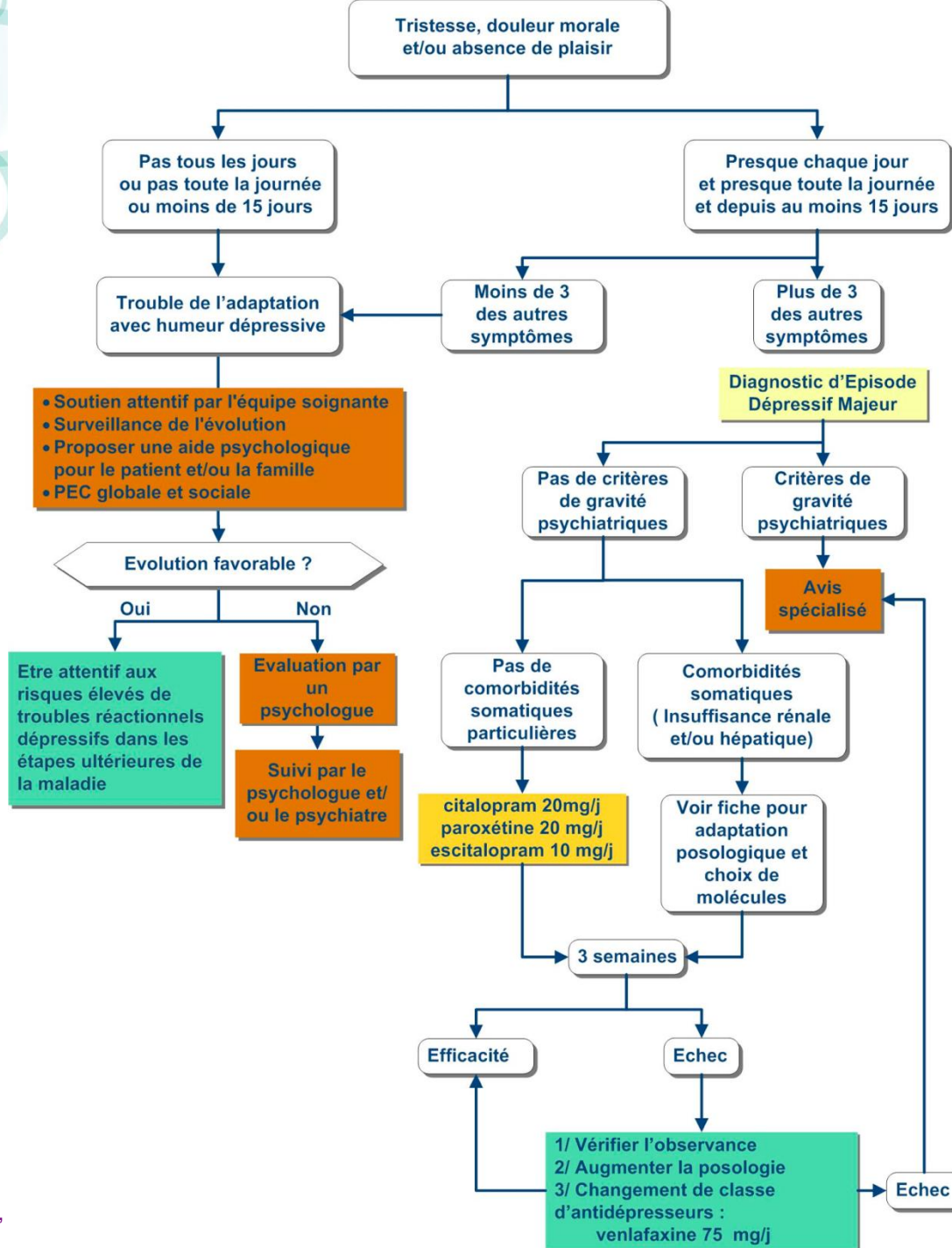
Dans quel cas l'avis psychiatrique est-il hautement recommandé ?

D'emblée, en cas d'éléments de gravité :

- troubles psychiatriques : schizophrénie, trouble uni ou bipolaire de l'humeur (maladie maniaco-dépressive)
- trouble grave de la personnalité
- idées ou antécédents suicidaires.

En 2^{ème} intention :

- confirmation diagnostique
- résistance au traitement et/ou adaptation thérapeutique nécessaires.



Les traitements psychothérapeutiques

Les psychothérapies ont un impact favorable sur l'anxiété, la dépression, la détresse psychologique et la qualité de vie.

En cas d'épisode dépressif majeur l'association à l'antidépresseur d'une prise en charge psychothérapeutique améliore le pourcentage d'efficacité de ce traitement (Pampallona Arch Gen Psyc 2004).

Les psychothérapies peuvent être individuelles ou groupales.

On distingue selon le cadre théorique :

- les thérapies de soutien ou existentielles
- les thérapies analytiques ou d'orientation analytique
- les thérapies cognitivo-comportementales, psycho-éducatives ou psycho-corporelles.

La technique psychothérapeutique utilisée chez le patient va dépendre de :

- sa personnalité
- ses capacités de verbalisation
- sa situation psychosociale
- et du moment de sa prise en charge oncologique.

Bibliographie

Psycho-oncologie : Dépression

AFSSAPS

Tamoxifene et fluoxétine ou paroxétine : pourquoi il est déconseillé de les associer - Point d'information - 22/06/2010. En ligne. <http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Points-d-information/Tamoxifene-et-fluoxetine-ou-paroxetine-pourquoi-il-est-deconseille-de-les-associer-Point-d-information/%28language%29/fre-FR>

Akizuki N, Akechi T, Nakanishi T, Yoshikawa E et al.

Development of a brief screening interview for adjustment disorders and major depression in patients with cancer. Cancer. 2003 May 15;97(10):2605-13.

Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, Shima Y et al.

Screening for depression in terminally ill cancer patients in Japan. J Pain Symptom Manage. 2006 Jan;31(1):5-12HM

Breitbart W .

Psycho-oncology: depression, anxiety, delirium. Semin Oncol. 1994 Dec;21(6):754-69.

Chochinov HM.

Depression in cancer patients. Lancet Oncol. 2001 Aug;2(8):499-505.

Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Geddes JR et al.

Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis Lancet. 2009 Feb 28;373(9665):746-58.

Ciaramella A, Poli P.

Assessment of depression among cancer patients: the role of pain, cancer type and treatment. Psychooncology. 2001 Mar-Apr;10(2):156-65

Colleoni M, Mandala M, Peruzzotti G, Robertson C, et al

Depression and degree of acceptance of adjuvant cytotoxic drugs. Lancet. 2000 Oct 14;356(9238):1326-7.

Costanzo ES, Lutgendorf SK, Mattes ML, Trehan S et al.

Adjusting to life after treatment: distress and quality of life following treatment for breast cancer. Br J Cancer. 2007 Dec 17;97(12):1625-31.

Dalton SO, Steding-Jessen M, Engholm G, Schüz J et al.

Social inequality in incidence of and survival from cancer in a population-based study in Denmark, 1994-2003: Summary of findings.
Eur J Cancer. 2008 Sep;44(14):1989-95.

Dolbeault S, Boistard B, Meuric J, Copel L, Brédart A.

Screening for distress and supportive care needs during the initial phase of the care process: a qualitative description of a clinical pilot experiment in a French cancer center.
Psychooncology. 2011 Jun;20(6):585-93.

Eli K, Sanchez K, Vourlekis B, Lee PJ et al.

Depression, correlates of depression, and receipt of depression care among low-income women with breast or gynecologic cancer.
J Clin Oncol. 2005 May 1;23(13):3052-60

Gaillard R.

Comparative efficacy and acceptability of new-generation antidepressants. Synthesis meta-analysis Cipriani.
Encephale. 2009 Oct;35(5):499-504. Epub 2009 Aug 7. French.

Haute Autorité de Santé

Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire
Recommandations pour la pratique clinique
Mai 2002.

Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, Meader N.

Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies.
Lancet Oncol. 2011 Feb;12(2):160-74.

Mitchell AJ, Rao S, Vaze A

Can general practitioners identify people with distress and mild depression? A meta-analysis of clinical accuracy.
J Affect Disord 2011 Apr;130(1-2):26-36. Epub 2010 Aug 13

Mitchell AJ, Vahabzadeh A, Magruder K.

Screening for distress and depression in cancer settings: 10 lessons from 40 years of primary-care research.

Psychooncology. 2011 Jun;20(6):572-84. doi: 10.1002/pon.1943

Montazeri A, Jarvandi S, Haghghat S, Vahdani M et al.

Anxiety and depression in breast cancer patients before and after participation in a cancer support group.

Patient Educ Couns.2001 Dec 1;45(3):195-8.Morrow 2003

Morrow GR, JaneT,Hickok, JosephA.

Differential effects of paroxetine on fatigue and depression: a randomized, double-blind trial from the University of Rochester Cancer Center Community Clinical Oncology Program.

J Clin Oncol. 2003 Dec 15;21(24):4635-41

Pampallona S, Bollini P, Tibaldi G, Kupelnick B, Munizza C.

Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression, Arch Gen Psyc 2004, 63, 714-9

Parker PA, Baile WF, de Moor C, Cohen L.

Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients.

Psychooncology. 2003 Mar;12(2):183-93.

Pitceathly C, Maguire P.

The psychological impact of cancer on patients' partners and other key relatives: a review.

Eur J Cancer. 2003 Jul;39(11):1517-24.

Prieto JM, Atala J, Blanch J, Carreras E, Rovira M, Cirera E, Espinal A, Gasto C.

Role of depression as a predictor of mortality among cancer patients after stem-cell transplantation.

J Clin Oncol. 2005 Sep 1;23(25):6063-71.

Prieto JM, Blanch J, Atala J, Carreras E, Rovira M, Cirera E, Gastó C.

Psychiatric morbidity and impact on hospital length of stay among hematologic cancer patients receiving stem-cell transplantation.

J Clin Oncol. 2002 Apr 1;20(7):1907-17.

Rasic DT, Belik SL, Bolton JM, Chochinov HM et al.

Cancer, mental disorders, suicidal ideation and attempts in a large community sample.

Psychooncology. 2008 Jul;17(7):660-7.

Rhondali W, Perceau E, Saltel P, Girard R, Filbet M.

Translation and validation of Brief Edinburgh Depression Scale (BEDS) in French.

Bull Cancer. 2011 Feb 1;98(2):199-208. Review. French.

Vodermaier A, Linden W, Siu C.

Screening for emotional distress in cancer patients: a systematic review of assessment instruments.

J Natl Cancer Inst. 2009 Nov 4;101(21):1464-88

Walker J, Postma K, McHugh GS, Rush R et al.

Performance of the Hospital Anxiety and Depression Scale as a screening tool for major depressive disorder in cancer patients.

J Psychosom Res. 2007 Jul;63(1):83-91.

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 Aug;41(12):1710-4.

Wedding U, Koch A, Röhrig B, Pientka L et al.

Questioning depression in patients with cancer: contribution of somatic and affective symptoms to Beck's Depression Inventory.

Ann Oncol 2007 Nov;18(11):1875-81.

Wong-Kim EC, Bloom JR.

Depression experienced by young women newly diagnosed with breast cancer.

Psychooncology. 2005 Jul;14(7):564-73

Yap KY, Tay WI, Chai WK, Chan A,

Clinically relevant drug interactions between anticancer drugs and psychotropic agent,

Eur J Cancer Care, 2011 Jan;20(1):6-32

CONTRIBUTEURS

Psycho-oncologie : Dépression

Coordination

Sarah DAUCHY (ONCORIF), Thierry MONTAUT (ONCOLOR), Wadih RONDHALI (Réseau Espace Santé Cancer RA).

Membres du groupe de travail

Fabienne BOUCHE VEDDER (CAROL), Etienne DUFLOT (ONCOLOR), Michel REICH (ONCO NORD PAS DE CALAIS), Florence BARRUEL (ONCORIF), Gilles MARX (ONCORIF), Anne Solen LE BIHAN (ONCORIF), Jean- Luc MACHAVOINE (ONCONORMAND).

Coordination méthodologique

Véronique BLOCK – Isabelle KLEIN (ONCOLOR).

Approbateurs

Participants aux ateliers des J2R du 01 décembre 2011

ALTMAYER Antonia (ONCOLIE), ANGIUS M-Christine (ONCOCHA), CASTELAIN Sylvie (ONCONORMAND), CHATEIL Stéphane (ONCOPIC), COYARD Corinne (ONCOCHA), CHENET Amandine (ONCO PAYS DE LA LOIRE), DEVAUX Christophe (ONCOCHA), DUFLOT Etienne (ONCOLOR), EMPEREUR Fabienne (ONCO PAYS DE LA LOIRE), GUERIN-MEYER Véronique (ONCO PAYS DE LA LOIRE), JUDGE DE LARIVIERE Emmanuel (ONCORIF), KEMP Mireille (ONCOLOR), LISS Céline (ONCOCHA), MAHMOUDI Emmanuelle (ONCOCHA), MATHIS Pierre (ONCOLOR) MERLIN Patrick (ONCOLOR), MILLEY Sandrine (ONCOCHA) PAROT-MONPETIT Anny (ONCOBRETAGNE), POITTEVIN Vanessa (ONCOCHA), POLI Florence (Réseau Espace Santé Cancer RA), PRETAUBERT-SICAUD Christine (ONCOMIP), REICH Michel (ONCO NORD PAS DE CALAIS), REVE Anne (ONCOCHA), TEPPER Sophie (ONCOBOURGOGNE), GRAFF Elizabeth (Réseau Espace Santé Cancer RA), TOUSSAINT Sophie (ONCOLOR), SALTEL Pierre (Réseau Espace Santé Cancer RA), TAILLANDIER Luc (ONCOLOR), LE RHUN Emilie (ONCO NORD PAS DE CALAIS).