Éditorial / Editorial

P. MARTI

Silence assourdissant autour de la prise en charge des patients malades mentaux atteints d'un cancer*

The deafening silence surrounding the treatment of mental health patients who also have cancer

Service d'oncologie, hôpital de Bayonne, 13, avenue de l'Interne-Jacques-Loëb, F-64100 Bayonne, France

■ Parodiant Aragon :

« Celui qui avait peur de la folie,
Celui qui avait peur du cancer,
Lequel des deux avait le plus peur ? » ■

Au cancer restent accolées les idées de souffrance, déchéance, mort alors même que plus d'un patient sur deux guérit. Avec le bacille de Koch ou le VIH, on a affaire à des ennemis identifiables, source de peur, mais contre lesquels on peut lutter et même se prémunir. Avec le cancer et la folie, l'ennemi nous le créons, c'est l'ennemi de l'intérieur, sournois, caché, difficile à vaincre. Il est une autotrahison.

Comme le confirme une publication récente [1] passer du fou, de l'aliéné, voire du forcené au malade mental, c'est cautère sur jambe de bois dans l'imaginaire collectif. Le politiquement correct est inefficace à modifier l'image du « fou ».

Être atteint d'une pathologie mentale et d'un cancer c'est la double peine, l'atteinte maximale imaginable, celle du corps et de l'esprit. C'est l'anti *mens sana in corpore sano* de Juvénal.

L'idée de cancer est associée à celle de douleur, et si la douleur n'est pas systématiquement présente, elle l'est souvent et d'autant plus que la maladie est évoluée. Pour traiter la douleur de manière efficace, il faut en savoir l'existence, l'intensité, les caractéristiques et pouvoir évaluer l'impact des traitements mis en place. D. Saravane nous montre toute la difficulté qu'il peut y avoir à trouver des mots pour dire les maux chez le malade mental.

L'on se doit d'être d'autant plus vigilant au respect de la dignité d'un être humain que celui-ci est fragile. Respecter la dignité passe par la préservation de l'autonomie. Délivrer au patient atteint d'un cancer une information loyale et claire donc compréhensible n'est pas chose aisée. Elle est bien plus difficile en présence d'un malade mental dont la perception du réel et de son corps est affectée. M. Reich et J. Bonnetterre s'attellent à cette question, l'une des plus ardues, relative à l'information. Pour ces patients, l'appréhension de la réalité peut varier d'un jour à l'autre ou d'un moment à l'autre dans une même journée. Au-delà des lois, réglementations, recommandations, données de la médecine fondée sur des preuves, le dernier mot revient au philosophe et à l'impératif kantien d'agir en toute circonstance de manière à traiter l'humanité comme une fin et jamais comme simplement un moyen.

J. Rouesse nous éclaire sur les inégalités sociales dans l'accès aux soins en cancérologie. De véritables inégalités sont occultées du fait que le cancer est une « maladie à 100 % ». Le président de la République vient de dire sa volonté de voir mis en place un troisième Plan cancer avec la lutte contre les inégalités

Correspondance : pierremarti64@gmail.com

* Cet article est accompagné de matériel supplémentaire accessible sur link.springer.com.

comme axe fort. Nul doute qu'à l'aune de ce que nous décrit ici J. Rouesse il y ait matière à réflexion et à propositions d'actions. Pour ce qui est des patients porteurs d'une pathologie mentale lourde, les études restent à conduire.

Faut-il être fou pour refuser sa chimiothérapie ? S'interrogent L. Edery et M.-F. Bacqué dans une très intéressante contribution à ce numéro. Cancer du sein, chimiothérapie adjuvante recommandée et proposée par RCP, refus d'une patiente sur cinq. La question du pourquoi de ces refus est d'importance. Pour les auteurs, l'acceptation serait le fait de patientes présentant une réaction dépressive alors que le refus tiendrait à des traits de personnalité hostiles. Le respect du principe d'autonomie avec son corollaire d'une information claire et loyale place la patiente devant un choix impossible : accepter un traitement délétère au moins transitoirement alors que l'on n'a pas la certitude d'être malade, et tout cela pour une diminution du risque de mourir de la maladie de « x % » à « n années » (données disponibles sur adjuvantonline par exemple). Les résultats de l'étude présentée semblent montrer que la « démocratie sanitaire » atteint ici ses limites. Image-t-on alors le cas du malade mental. Ce qui est fou ce n'est assurément pas de refuser une chimiothérapie adjuvante, mais de penser qu'un choix rationnel fondé sur des données chiffrées est possible. Dans l'acceptation d'un traitement adjuvant, il y a du pari de Pascal : si je suis malade (micrométastases), j'ai fait le bon choix et peux guérir ; si je ne suis pas malade (donc déjà guéri) j'ai connu quelques mois difficiles, mais que sont quelques mois face à toute une vie ?

Oncologue, psychiatre certes. Mais notre « pivot du système de santé » qu'est le médecin généraliste, où se situe-t-il et quel rôle pour lui ? Il est dans ce no man's land entre la psychiatrie et la cancérologie, ces deux mondes qui souvent s'ignorent. Lui revient la lourde tâche de coordonner tout cela. Mais comment coordonner ce que l'on ignore ? La principale limite réside dans la circulation et le partage de l'information concernant le patient. Des recommandations existent [2] concernant les relations épistolaires entre médecin généraliste et psychiatre. Sans vouloir faire de mauvais jeu de mots, force est de constater qu'elles restent lettre morte. J.B. Pécataing dresse un constat sans concession de la situation. Pour autant, il n'en reste pas là et propose des éléments de solution qui méritent toute notre attention.

En pratique quotidienne les patients reçoivent des traitements dans le cadre de la prise en charge à la fois de la maladie tumorale et de la maladie mentale. Les interactions possibles sont nombreuses, potentiellement dangereuses, soumises à des variations de traitement et pour tout dire très imparfaitement étudiées. F. Grüdé dans un très court article pose l'ampleur et la complexité de la question. Le travail collaboratif actuellement conduit, dont elle nous annonce les résultats pour bientôt, répondra à une très forte attente.

Je terminerai cet éditorial :

- sur une note d'humour : un volume du dessinateur Sempé avait en couverture un homme quelque peu bedonnant assis dans un fauteuil et le titre était *Rien n'est simple*, le volume suivant voyait le même personnage avec, assise à côté de lui, une femme que l'on imagine être son épouse et avait pour titre *Tout se complique*. Cancer, maladie mentale, rien n'est simple mais les deux ensemble tout se complique ;
- sur des remerciements à ces anonymes, experts en leur domaine, sans lesquels une revue de qualité ne saurait exister, je veux parler des relecteurs. Jamais cités, et pour cause, ils sont les gardiens et les garants de la qualité des articles que vous lisez. Je précise que l'édition n'est pas soumise à relecture et que donc sa qualité peut ne pas égaler celle des contributions de ce numéro d'*Oncologie*. ■

Références

1. Jorm AF, Reavley NJ, Ross AM (2012) Belief in the dangerousness of people with mental disorders : a review. *Aust N Z J Psychiatry* 46: 1029–45
2. Synthèse de recommandations professionnelles — Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie (septembre 2010) www.cnqsp.org

Le comité de rédaction et toute l'équipe d'*Oncologie* félicitent :

- le Pr Serge Uzan pour sa promotion au grade de Commandeur de la Légion d'honneur ;
- le Pr Jacques Rouessé pour sa promotion au grade d'Officier de la Légion d'honneur ;
- le Dr Jean-Pierre Armand pour sa nomination comme Chevalier de la Légion d'honneur.