Innovations thérapeutiques : Médecine = 100 + 1 / Mort = - ∞ - 1

Therapeutic Innovations:
Medicine = 100 + 1 / Death = - ∞ - 1

M.-F. Bacqué · J.-L. Machavoine · C. Segura-Djezzar

© Lavoisier SAS 2015

« La médecine achoppe toujours sur la mort », disait le thanatologue Louis-Vincent Thomas, mais aujourd'hui la mort est sérieusement remise en question. Son diagnostic évolue au moment même où l'on en teste une nouvelle définition avec la procédure de Maastricht III. Celle-ci évoque une « mort circulatoire » permettant des prélèvements d'organes plus rapides et donc plus efficaces pour les receveurs. La mort n'est plus globale : mort par organe, mort par fonction, permettent finalement de s'opposer à une mort totale de l'individu.

« Tuer la mort » ne relève plus de la science fiction pour les transhumanistes de Calico (acronyme de California Life Company, issue du groupe Google) qui traite des milliards de données depuis 2013, pour limiter (éradiquer ?) le vieillissement et les maladies neurodégénératives.

Les innovations thérapeutiques en cancérologie participent également à ce rêve, mais elles ne se limitent pas aux biotechnologies. Elles apportent aussi de nouvelles manières de rencontrer, annoncer aux patients, les entourer, les soutenir et enfin leur proposer des moyens personnels et professionnels pour supporter leur maladie et ses conséquences.

La mort a encore durement frappé le 13 novembre

Nous avons brutalement retrouvé la réalité avec les massacres du 13 novembre 2015. Le congrès de la SFPO s'en est trouvé marqué dans un premier temps, car il réunissait des personnes

encore sous le choc, dont certaines touchées directement ou indirectement. Les 500 participants se sont associés à l'hommage aux victimes demandé par notre hôte, Michel Reich, en remerciant Sarah Dauchy et le comité d'organisation d'avoir maintenu la colloque, malgré l'émotion et la peur.

Le thème du congrès, « la mort et ses représentations en cancérologie : un possible à vivre et à penser » cadrerait cruellement avec l'actualité ; peut-être encore plus pour les soignants parisiens, urgentistes, infirmiers, psychologues et psychiatres qui se remettaient à peine de nombreuses heures passées avec les victimes. Les blessures physiques et psychiques étaient encore au premier plan par leur gravité. Cet émoi, cet effroi, ont fait écho chez certains malades et se sont traduits dans des réflexions confinées au syndrome du survivant : « Franchement, on n'a plus à se plaindre. Je n'ai finalement qu'un cancer » Ainsi cette réflexion renvoyait la plainte à une « exagération » coupable chez les uns, relativiste chez les autres. « Comment me rendre utile ? Avec mes traitements je ne peux sûrement pas donner mon sang, et en plus j'occupe un lit d'hôpital... » Les guerres, les situations politiques instables augmentent l'insécurité et l'angoisse. Les douleurs et les souffrances morales peuvent être majorées par ces phénomènes et en même temps tuées par comparaison avec les maux « plus grands » des sacrifiés sur l'autel de la terreur. Pourtant, la vie doit continuer...

Des innovations diagnostiques aux innovations thérapeutiques

La richesse de ce numéro consacré aux innovations thérapeutiques témoigne bien des remarquables améliorations de la « prise en charge » des patients atteints de cancer ces dernières années. Merci à ses coordinateurs, Carine Segura-Djezzar et Jean-Luc Machavoine, ainsi qu'à tous ses auteurs. Nous ne parlerons pas seulement d'outils et d'applications médicales, mais il s'agira de comprendre comment les « progrès » ont été doublés de nouvelles pratiques.

M.-F. Bacqué (✉)
Rédactrice en chef de Psycho-Oncologie - EA 3071,
université de Strasbourg, France
e-mail : mfbacque@club-internet.fr

J.-L. Machavoine (✉) · C. Segura-Djezzar (✉)
Centre de lutte contre le cancer François-Baclesse,
3, avenue Général-Harris, BP 5026,
F-14076 Caen cedex 05, France
e-mail : jl.machavoine@baclesse.unicancer.fr,
c.segura@baclesse.unicancer.fr

Ainsi le diagnostic rapide d'un cancer du sein permet selon A. Jamard et C. Segura-Djezzar, de gagner un temps non négligeable dans la mise en place des premiers traitements et donc des chances de survie. Sur le plan psychologique, le dispositif profiterait plus aux femmes chez lesquelles le diagnostic de cancer du sein serait écarté, en les libérant de cette attente pénible et de ce vécu d'incertitude. Pour les autres, souvent choquées, car confrontées à l'angoisse de mort et s'inquiétant de possibles traitements lourds, ce sera le début de longs mois, où leur quotidien, mais aussi leur féminité et leur sexualité seront mis à mal. Le diagnostic rapide pose un défi en termes organisationnels car il impose à une équipe multidisciplinaire d'accomplir très vite des étapes qui autrefois angoissaient les patientes. Cette dernière question ouvrira sur la réflexion de P. Bondil et D. Habol, présentant l'essor d'un nouveau champ d'intérêt pour les cancérologues, les urologues, les gynécologues et les psycho-oncologues : l'oncosexualité.

Oncosexualité et oncofertilité

Pendant longtemps sous la coupe de préjugés, et de tabous ou tout simplement du fait d'un manque d'intérêt au regard de l'importance de la survie, l'oncosexualité et l'oncofertilité n'avaient pas droit de cité dans les consultations. Avec le 3^e plan cancer, c'est chose faite. Si 40% des cancers sont génitaux et mammaires, tous les cancers et leurs traitements ont un impact indirect sur la sexualité. L'information des patients à ce sujet doit encore progresser parce qu'elle est obligatoire (loi Kouchner), mais, de plus, elle doit aussi porter sur le futur de la « vie intime » des patients afin de protéger d'éventuels projets. La morbidité sexuelle doit être recherchée en cas d'iatrogénie des traitements. Des possibilités thérapeutiques seront alors mises en œuvre afin d'y parer. Si les médecins sont encore réticents, ils peuvent donner une coloration médicale à leurs propos : ils évoqueront ainsi la « santé sexuelle et ses dysfonctions » plus que directement le sexe et la sexualité. Mais ils pourront aussi faire appel à des spécialistes, sexologues, psychologues et psychiatres spécialisés. Au delà d'une « boîte à outil oncosexologique », une approche plus globale permettra une moindre souffrance des patients. Les auteurs concluent en insistant sur la formation des médecins et sur les arguments très convaincants de prendre les difficultés sexuelles pour des indices d'une qualité de vie défailante, mais aussi d'une quantité de survie abaissée, en raison de la place centrale de la sexualité dans l'équilibre de tout individu.

Thérapies ciblées et nouvelles techniques radiothérapeutiques

Les études des effets secondaires spécifiques sur la psychologie des malades sont synthétisées dans deux articles parti-

culièrement importants. Z. Nevrière, P. E. Brachet et F. Joly exposent les effets cognitifs, thymiques et psychologiques des thérapies ciblées. Nous soulignerons la banalisation des traitements qui se prennent aisément dorénavant et tout simplement par la bouche. Le risque de minimisation de la gravité de la maladie diminue l'investissement des patients comme de leur famille, en termes d'observance. La fin de la vie serait ainsi moins bien anticipée que dans les traitements conventionnels antérieurs qui par leur inconfort signaient le danger et annonçaient les difficultés auxquelles devaient se préparer les patients. L'équipe d'E. Lartigau détaille la réelle révolution technologique de la radiothérapie depuis les années 1990. Le dosage personnalisé et la protection maximale des tissus nobles n'ont pas encore pu éliminer les effets secondaires de ces traitements. La fatigue et la plus ou moins grande qualité de vie peuvent être améliorées par un soutien psychosocial. Les recherches en cours conservent le double objectif d'augmenter encore le taux de guérison et la tolérance aux traitements. Les jeunes radiothérapeutes semblent particulièrement motivés sur le plan clinique pour ne pas perdre de vue la longévité plus grande des patients et ses risques.

La temporalité du soin en cancérologie

P. Saltel et C. Lévy examinent les modifications temporelles subjectives en cancérologie. Alors que le temps était compté et s'égrenait vers la mort, l'amélioration du taux de guérison réintroduit une distance pour le patient entre la révélation du diagnostic et l'issue des traitements. Par ailleurs, le temps et l'espace ont bien changé dans les prises en charge ambulatoires. Frustrant pour le patient quand l'attente est longue et la consultation trop courte, frustrant pour les infirmières lorsque, selon l'enquête Temporelles, elles ne parviennent pas à donner suffisamment de temps à l'écoute et au soutien de leurs patients. La comparaison de ce temps-soignant et du temps-patient est intéressante car les deux dimensions peuvent être rapprochées pour donner plus de sens aux temps d'attente ou aux « interstices », espaces creux du séjour à l'hôpital.

Enfin un article sur les interactions médicamenteuses psychotropes/onco-pharmacopée

L'article exceptionnel de Michel Reich fera réagir plus d'un oncologue : il y a bien longtemps qu'ils recherchaient une revue clinique de toutes les inductions et inhibitions entre psychotropes et agents antinéoplasiques. Les généralistes et tous les autres spécialistes pourront aussi profiter de cette somme (124 références) pour vérifier et parfois comprendre

comment le simple ajout d'une molécule peut entamer gravement l'efficacité d'un traitement contre le cancer. M. Reich a bien documenté la question des traitements occultes comme le millepertuis issu sans ordonnance d'un passage à la pharmacie du patient « innocent » qui n'éprouvera pas le besoin d'en parler à son oncologue : les conséquences sont non négligeables...

En attendant les logiciels d'analyse des interactions, l'article de M. Reich s'avère précieux pour toutes les équipes qui veillent, de façon parfois indirecte, à donner toutes leurs chances aux patients.

Innovations dans les modèles de prédisposition génétiques au cancer du sein et de l'ovaire

C. Noguès décrit les questions posées en oncogénétique par les femmes à risque, leur parentèle et leur descendance. Le nombre de consultations spécialisées est maintenant de plus de 130 en France. Après les questions majeures d'évaluation des risques de cancer, se posent celles du suivi au long cours. Un test de BRCA1 à 25 ans entraîne une surveillance mammaire à 30 ans, avec parfois une indication de chirurgie préventive des seins après 30 ans, puis une annexeomie vers 40 ans... L'information des proches est délicate ; elle interroge l'éthique personnelle et professionnelle de l'oncologue et bien sûr le Droit qui impose l'information mais ne prend pas en compte le temps de maturation nécessaire avant toute diffusion à la famille. L'actualité de l'oncogénétique est liée aujourd'hui à la présence des tests génétiques sur Internet. La privatisation et donc les bénéfices substantiels recherchés rendent dangereux et parfois sans objet ces sondages qui sont ensuite révélés sans distance à des familles qui ne sont pas prêtes à les recevoir. Des études pluridisciplinaires semblent aujourd'hui nécessaires pour examiner les enjeux délicats de ces nouveaux tests génétiques. Droit, sociologie, anthropologie et, bien sûr, psychologie doivent s'allier pour définir les conséquences de ses anticipations et leurs effets sur les individus des sociétés actuelles et futures.

Les approches psychothérapiques ont aussi évolué

L'article de J-L Machavoine et P. Saltel fait le point sur les avancées du soin psychique en oncologie. Car, finalement, les pratiques diagnostiques et psychothérapiques suivent les

innovations thérapeutiques. Si la psychanalyse a longtemps été le modèle épistémologique pour la clinique hospitalière, en l'absence de divan, cette pratique « hors les murs » ou plutôt « hors divan », s'est progressivement différenciée (1). Approches des patients, des familles, des équipes ont modifié les attitudes et les représentations, dossier informatisé, adressage de patients à des psychologues et psychiatres libéraux, ont conduit aussi (enfin !) les associations et certaines institutions à rembourser les psychothérapies (quatre à cinq séances par patient).

Les études ont montré que la « demande » de consultation psychologique se situe autour de 25% chez les femmes (belges) et 11% chez les hommes. Hélas ce ne sont pas obligatoirement les patients les plus en difficulté qui cherchent à joindre un spécialiste de la psyché. Les auteurs se posent alors la question de la demande : faut-il approcher systématiquement tous les patients ou attendre la plainte ?

Mais surtout, la réduction du temps d'hospitalisation et l'apparition de nouveaux métiers dans le champ de la cancérologie ont amené les pys à s'adapter ; en se recentrant sur leur pratique spécifique, mais aussi en partageant certains de leurs outils et en réinterrogeant certains concepts

Une enquête nationale sur l'offre de soins psychiques en cancérologie en France

Enchaînons alors sur cette enquête originale, développée par S.Dauchy, F. Ellien et A. Lesieur, dans le cadre de la SFPO. Soutenues par l'INCa, elles ont adressé plus de 1116 questionnaires pour en retrouver environ 320. Presque 300 psychologues ont répondu pour 19 psychiatres. Détailler cet état des lieux est passionnant : les postes de psychologues se sont stabilisés, leurs pratiques sont clairement professionnalisées. Cependant la majorité n'a pas accès à la formation continue et surtout ne semble pas disposer de moyens pour une supervision. Leur intérêt pour la recherche est clairement exprimé, mais leur taux de publication est encore trop faible. Il semble temps de renforcer les liens entre universités et institutions de terrain.

Mais n'est-ce pas justement le rôle de *Psycho-Oncologie* ?

Bibliographie

1. Bacqué MF, Pucheu S (2014) Les psychothérapies analytiques en oncologie. Lavoisier Sciences, Paris