

CHAULAIC Camille - L1 Chimie-Biologie
DIENY Tristan - L1 Biologie
LEUILLET Alexandre - L1 Biologie
KLEIN Mathieu - L2 Physique-Chimie

Zététique
Dossier cancer et rôle de l'état psychologique

Y a-t-il un lien entre l'état psychologique d'une personne et son cancer ?

Sommaire

Introduction page 3

Notre enquête pages 4 à 7

Etude 1 page 4

Etude 2 pages 4-5

Extrait du livre “Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé” pages 5-6

Entretien Dr Cantau page 6-7

Entretien Dr Javet et Alves page 7

Entretien Dr Girona page 7-8

Conclusion page 8

Introduction

Dans la littérature, le terme d'état psychologique est associé au moral¹, qui est défini de manière générale comme l'ensemble des facultés mentales d'une personne, « lui permettant d'affronter les événements, les difficultés et les problèmes ». Nous pouvons alors penser qu'un bon moral permet de mieux affronter les difficultés, et peut-être même de les surmonter. Nous allons nous intéresser à cela, plus particulièrement dans le cadre du cancer.

Le cancer² est une maladie qui se caractérise par la multiplication excessive et incontrôlée de cellules. Cette prolifération conduit à la formation d'amas de cellules, appelés tumeurs, localisées dans un organe. Si des cellules cancéreuses passent dans la circulation sanguine, elles peuvent aller se loger dans d'autres organes du corps humain pour y former des métastases.

A première vue, l'état psychologique de quelqu'un ne dépend donc pas des mêmes facteurs qu'un cancer, le moral étant surtout dépendant de l'environnement et des sentiments ressentis par la personne, quand le cancer a des causes a priori plus physiologiques et biologiques. Cependant, il n'est pas rare d'entendre que l'état psychologique joue un rôle vis à vis du cancer, et c'est ce que nous allons étudier. Car en effet, si le moral peut être altéré par certaines maladies comme la dépression ou même par le cancer lui-même, pourquoi le cancer ne pourrait-il pas être influencé par des causes psychologiques ?

Nous allons donc essayer, au travers de notre enquête, de répondre à la question : y a-t-il un lien entre l'état psychologique d'une personne et son cancer ?

Nous nous intéresserons aux différents arguments et résultats fournis dans certaines études scientifiques publiées sur le sujet, ainsi qu'aux points importants ressortant de nos entretiens avec des professionnels de santé et essayerons de trouver, si ce n'est une réponse, une piste la plus aboutie possible pour répondre à notre question, tout en essayant de porter un regard critique sur ce que nous trouverons.

Les différentes hypothèses sont évidemment l'hypothèse pour et l'hypothèse contre une influence du moral sur le cancer. Mais ces deux hypothèses n'étant pas toujours tranchées, il ressort souvent des avis nuancés et évoquant un peu de pour et un peu de contre. Nous procéderons donc à une analyse des publications étudiées et présenterons les entretiens d'une manière objective et nuancée afin de voir ce qu'il en ressort et si nous sommes, dans chaque cas, dans une réponse plutôt positive ou négative à la question.

¹ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/moral/52563>

² https://www.ligue-cancer.net/article/278_qu-est-ce-que-le-cancer-
Année 2015-2016 - second semestre

Notre enquête

La première étude³ dont nous allons parler a été réalisée en 1999 par l'université du Texas à St Antonio aux Etats-Unis dans 3 hôpitaux différents. Elle s'est déroulée avec des patients atteints du cancer du sein (95) et de la prostate (94) au stade 1.

L'étude travaille sur 2 groupes : un groupe témoin qui n'a pas eu de suivi psychologique particulier et un autre groupe qui a été suivi par le même psychologue sur des périodes de 4 à 7 ans.

Les résultats sont les suivants :

La survie du groupe témoin a été similaire aux résultats nationaux habituels, ce qui appuie le fait que ce groupe n'a pas subi d'influence particulière par différents facteurs. 12% des 74 patientes atteintes du cancer du sein sont décédées ainsi 28% des 65 malades atteints du cancer de la prostate.

Le groupe ayant suivi une aide psychologique présente une différence significative dans sa survie globale: aucune des 21 patientes atteintes du cancer du sein n'est décédée, et 14 % des 29 malades atteints du cancer de la prostate sont morts, soit 2 fois moins que pour le groupe témoin.

Nous pouvons donc penser qu'ici le soutien moral a eu un réel impact sur la rémission du cancer ou la prolongation de la vie des malades. Cependant, nous pouvons constater quelques limites à cet article. En effet, le nombre de patients suivis n'est pas suffisamment conséquent et peut ne pas être représentatif de la population. D'ailleurs, les critères de choix des patients ne sont pas très nombreux, et l'on peut se poser la questions de la rigueur de l'inclusion ou de l'exclusion des personnes dans l'étude. De plus, il n'est pas précisé la répartition des patients du groupe témoin ou du groupe suivi entre les 3 hôpitaux. En effet, si l'intégralité du groupe suivi été traité par le même hôpital, alors la qualité de soin des différents hôpitaux entre en jeu et peut biaiser les résultats. Cette étude semble donc trop arbitraire au niveau des critères et de son protocole pour avoir un résultat exploitable.

Nous avons analysé une autre étude⁴, datant de 2001 et similaire à la première. Le but de cette étude était de comparer d'une part la survie entre 2 groupes, et d'autre part l'état psychologique des personnes de ces deux groupes (humeur, sociabilité, acceptation de la maladie), au niveau du vécu de leur maladie, de l'expérience de la douleur et de leur qualité de vie.

Les médecins ayant conduit cette étude ont séparé en 2 groupes des patientes atteintes de cancer du sein avec métastases. Les critères d'inclusion et d'exclusion ainsi que toutes les variables, techniques et p-value sont explicitées dans l'étude, dont le lien est donné en annexe et en note de bas de page. Le premier groupe (groupe témoin) comprenait 77 femmes et le deuxième (groupe intervention) 158. Le groupe intervention suivait, par petits groupes de 8 à 12 personnes, des réunions hebdomadaires de type soutien-expression dans lesquelles les femmes étaient encouragées à échanger, exprimer leur ressenti et écouter les autres. Leur entourage (famille et amis) était également invité à participer à une séance par mois dédiée aux proches des patientes. Les femmes du groupe témoin ne suivaient aucune réunion du même genre.

³ <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10234868?dopt=Abstract>

⁴ <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa011871#t=article>
Année 2015-2016 - second semestre

L'état psychologique des participantes était évalué au fur et à mesure de l'étude (d'une durée d'un an) par le biais de questionnaires remplis au départ puis tous les 4 mois par les patientes. Les questionnaires étaient les mêmes pour chaque groupe et étaient dépouillés par un assistant ne connaissant pas les affectations de chaque femme.

Au départ, il ne ressortait pas de différence notable dans le moral des femmes des différents groupes.

Au final, l'étude ne démontre aucune différence significative dans la survie des femmes entre les 2 groupes. En effet, la survie médiane a été de 17,9 mois dans le groupe intervention contre 17,6 mois dans le groupe témoin. En prenant en compte toutes les variables, le hasard et les fluctuations, l'intervention n'a visiblement pas eu d'effet sur la survie des patientes.

Les résultats ne sont pas biaisés par la répartition, d'autant plus que les femmes du groupe intervention étaient en moyenne plus jeunes et présentaient plus de caractéristiques pouvant présager une survie plus longue (notamment plus de récepteurs à la progestérone). La participation a également été bonne.

Si l'étude ne montre pas de différence en terme de survie, il apparaît que les femmes ayant un moral assez bas au départ ont tiré un réel bénéfice psychologique de l'intervention et ont mieux vécu leur maladie, ce qui reste essentiel même si l'espérance de vie ne change pas.

Les points positifs de cette étude sont sa précision (2 critères et seulement ceux-là sont regardés : la survie et le moral), ses critères stricts et précis d'inclusion et d'exclusion, le suivi rigoureux, le chiffrage des variables, la description des règles statistiques utilisées et le protocole carré.

Malgré tout, nous avons ici étudié un type très précis de cancer, ce qui ne nous permet pas d'extrapoler les résultats car chaque cancer est différent et nécessiterait une étude particulière, dans le cas où le moral ne serait pas affecté de la même manière selon le cancer. Notamment, le cancer du sein étudié ici est souvent cité par les professionnels de santé comme un des plus difficile à vivre, car portant atteinte à l'image de la femme et à sa féminité. L'autre point critique que nous pouvons soulever est le fait que les questionnaires remplis sur le classement de la douleur restent très subjectifs, car chaque patiente supporte différemment cette douleur. Cependant, il faut nuancer cette subjectivité car ce sont toujours les mêmes femmes qui évaluent l'évolution de leur propre mental, donc les progrès sont notés de la même façon et restent donc similaires. De plus, les cancers étudiés ici étaient des cancers à métastases, donc très avancés et par conséquent difficiles voire impossibles à guérir, nous pouvons donc nous demander si l'état d'avancement de ces cancers n'était pas trop élevé pour observer une quelconque amélioration de l'espérance de vie.

Enfin nous allons analyser l'extrait du livre de Gustave-Nicolas Fischer et de Cyril Tarquinio "Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé" édition DUNO page 15.

Cet extrait parle d'une étude qui a été effectuée par 200 médecins pendant une période de dix ans sur la base de l'échelle d'évaluation de Holmes et Rahe. Cette échelle comporte 43 événements de vie auxquels on attribue un indice de stress. Elle a pour finalité de déterminer l'importance du stress en fonction de la gravité d'un événement.

L'étude a permis de distinguer 2 groupes : un ayant vécu des événements peu stressants et un autre ayant vécu des événements très stressants. Sur le groupe soumis à des événements très stressants (comme la mort de l'époux/épouse par exemple), 79 % ont connu d'importants problèmes de santé. En revanche, seulement 39% des personnes du groupe n'ayant pas vécu de moment particulièrement stressant ont eu des problèmes de santé importants.

Cette étude basée sur cette échelle présente cependant un défaut majeur. En effet, le stress généré par un évènement marquant dépend grandement du ressenti et de la personnalité de la personne. Il faut donc davantage se baser sur l'impact psychosocial de l'évènement que sur l'évènement en lui-même.

Cette étude permet tout de même de se rendre compte que l'apparition du cancer est potentiellement influencée par l'état psychologique du malade. En effet : « l'une des orientations particulières des études sur le stress perçu porte sur les relations entre stress et cancer. Dans ce cadre, ce sont les évènements stressants récents ou actuels qui sont retenus et qui font l'objet d'une auto-évaluation. Dans une étude effectuée auprès d'enfant cancéreux, un pourcentage significatif d'entre eux a vécu des évènements particulièrement stressants dans l'année précédant le diagnostic : perte d'un parent, séparation des parents » (Jacobs et Charles, 1980).

Cette citation met en avant les enfants cancéreux, qui semblent apparemment avoir souvent vécu un évènement stressant avant l'apparition de leur cancer, évènement qui pourrait être à l'origine de ce dernier. Nous pouvons alors nous demander si l'impact éventuel de l'état psychologique sur le cancer serait plus simple à mettre en évidence chez l'enfant, ou même tout simplement plus important chez les enfants que chez les adultes. Cependant, il y a ici des biais que nous pouvons relever. Dans le cas de la perte d'un parent, si celui-ci est décédé d'un cancer, la question peut se poser de l'hérédité de la maladie et donc de son apparition chez l'enfant de cette manière là. Il faudrait pour cela étudier les pistes biologiques et héréditaires du cancer. De plus, lors d'un divorce, l'état de l'enfant avant la séparation peut entrer en cause. En effet, on peut avoir ici un effet Lotus, c'est à dire l'inverse de l'impact du divorce sur le cancer, et donc plutôt un divorce en partie dû à la santé de l'enfant.

Ce qui pourrait conforter un lien plus présent entre état psychologique et cancer chez les plus jeunes est le fait que les enfants sont décrits par tous les psychologues et professionnels comme des « éponges émotionnelles », ce qui expliquerait que certains évènements aient un impact plus important sur eux que sur les adultes. Cependant, nous pouvons nous demander si le stress d'un adulte n'est pas plus important car mieux « documenté » par des représentations souvent plus dures et plus définies. Si les enfants perçoivent ce stress il est possible qu'il se répercute sur eux, mais il faudrait creuser le phénomène biologiquement et psychologiquement pour cela. Nous n'avons pas eu le temps d'explorer cette possibilité dans notre enquête, qui s'est portée essentiellement sur les adultes mais cela reste une piste exploitable pour la suite.

Nous avons également réussi à obtenir des entretiens avec des professionnels de santé, en contactant différentes structures et grâce à notre réseau personnel. Les extraits d'interviews ou les entretiens complets sont fournis en annexe.

La première personne que nous avons interviewé est Annecath Cantau, psycho-oncologue à l'association AGARO⁵ (Association Grenobloise d'Aide à la Recherche en Oncologie). Nous lui avons demandé si elle pensait que le suivi psychologique avait une importance dans la rémission du cancer. Plusieurs idées en sont sorties.

D'un point de vu immédiat, il lui semble probable que le soutien psychologique ait une influence sur la guérison du cancer. Cependant, elle n'a pas pu nous fournir de chiffres et de résultats concrets de son expérience. De plus, elle n'a pas de groupe témoin. Il n'y a donc pas de preuve absolue pour dire que le soutien psychologique ou même l'effet placebo a son importance dans la rémission de la tumeur.

D'un point de vu indirect, le soutien psychologique apporte une véritable aide au malade. Dans un premier temps, elle va aider le patient à reprendre confiance en lui pour qu'il ait la motivation pour guérir. Le patient voulant combattre la maladie va se diriger vers la chimiothérapie qui est un remède relativement efficace contre le cancer. Dans un deuxième temps, elle va

⁵ <http://www.agaro.org>

travailler sur l'observance et l'adhérence au traitement qui est très difficile à supporter. L'effet placebo peut aussi impacter indirectement sur la guérison du patient. En effet, la psychologue nous a expliqué que certains de ses patients ne pouvaient pas supporter la chimiothérapie sans utiliser de produits homéopathiques. Ces derniers n'ont pourtant aucun effet physiologique sur le corps car le principe actif est extrêmement dilué et le seul effet mesuré est celui produit par l'effet placebo.

On voit donc que le soutien psychologique semble apporter davantage d'aide dans le vécu de la maladie que dans une réelle guérison, bien que le fait de soutenir un patient puisse permettre une meilleure observance du traitement et donc lui donner de meilleures chances de survie. On a aussi visiblement une certaine importance de l'effet placebo, qui peut aider les personnes à mieux supporter le traitement, ce qui n'est pas négligeable.

Nous avons rencontré, lors d'un même entretien, deux autres psychologues, travaillant à la clinique mutualiste des Eaux Claires à Grenoble⁶ : le Dr Fanny Javet, psychologue au service ambulatoire d'oncologie et le Dr Laetitia Alves, psychologue au service des hospitalisation d'oncologie. Ce double point de vue a été très intéressant.

Les points importants qui ressortent de cet entretien sont tout d'abord la variabilité des réactions, chaque personne réagit différemment, d'où l'importance d'adapter les mots et le suivi à chacun. Les problèmes posés par la maladie seront différents selon l'âge et la situation familiale. Le type de cancer en jeu peut également jouer, par exemple le cancer du sein, comme nous en parlions précédemment, est un des plus difficiles à vivre et amène à un travail plus délicat vis à vis de l'image de la patiente. On voit donc toute l'importance du suivi psychologique pour accompagner au mieux les patients d'une manière personnelle.

Il faut aussi souligner que le cancer connaît différents stades d'évolution, et que l'état psychologique du malade évolue au fur et à mesure de la maladie et de ces stades, ce qui nécessite d'adapter le suivi à l'évolution du cancer. Les psychologues ont également insisté sur le sens que les personnes donnent à leur maladie car cela définit leur adaptation, « il faut accepter d'être malade pour pouvoir guérir » nous ont-elle dit.

En ce sens, nous rejoignons le premier entretien sur le fait que l'état psychologique va jouer sur l'observance et les chances de guérison accrues par un traitement bien suivi. Cependant, il est impossible selon ces psychologues de prouver un impact du moral sur la guérison. Il est évident qu'il y a un impact majeur sur la qualité de vie et le vécu de la maladie mais nous ne pouvons rien affirmer quant à la survie des malades.

Enfin, nous avons obtenu un rendez vous avec le Dr Gabriel-Claude Girona, médecin à la ligue contre le cancer⁷, qui a également été gastroentérologue pendant 30 ans (donc beaucoup au contact de patients souffrant de cancers).

Ce médecin s'est servi de son expérience et de son vécu pour créer, à son arrivée à la ligue, des centres de psycho-oncologie. En effet, il n'y a pas d'enseignement de psychologie durant les études de médecine et les annonces de cancer, pourtant primordiales, sont souvent très mal effectuées et laissent le patient seul en état de choc. Le Dr Girona a donc travaillé sur cette annonce, qui laisse toujours le patient en état de sidération, ce que rapportent également les docteurs Javet et Alves.

⁶ <https://www.ghm-grenoble.fr>

⁷ <https://www.ligue-cancer.net>

Le rôle de la psycho-oncologie est, pour ce docteur, de faire voir au patient sa maladie différemment, comme une maladie courante, afin de minimiser le choc, et de lui permettre de mieux accepter le traitement. Bien qu'il n'y ait pas de statistiques disponibles, il y a un vécu très différent de la maladie et la vie pendant le cancer est souvent plus agréable grâce au suivi psychologique et à l'écoute procurée au patient mais aussi à ses proches.

Le but pour le personnel médical est d'obtenir la participation du sujet, notamment pour la chimio très difficile à supporter. Le traitement est d'ailleurs bien mieux observé lorsque que le patient bénéficie d'un suivi psychologique de qualité.

Le Dr Girona est du même avis que les Dr Alves et Javet, c'est à dire qu'il est difficile voire impossible de déterminer un lien direct entre le moral et l'évolution ou l'apparition du cancer. Indirectement, un traitement mieux suivi offre bien entendu des chances accrues de guérison, mais il n'y a pas de différences assez significatives en terme d'espérance de vie ou de rémission entre les patients vivant plus ou moins bien leur maladie pour tirer des conclusions là-dessus.

Conclusion

Le cancer est une maladie très complexe, pouvant présenter de multiples formes, différentes les unes des autres et d'un patient à un autre. De plus, les antécédents de chacun, leur personnalité, leur entourage, et tous les facteurs qui font d'une personne ce qu'elle est entrainerons des réactions différentes à la maladie selon les malades. Il y a autant de cancers différents que de malades, autant de réactions psychologiques différentes également.

L'évolution du moral d'un patient au fur et à mesure de son cancer est donc quelque chose de personnel. Cependant, avec un suivi psychologique adapté à chacun, nous pouvons dire, d'après notre enquête, que la maladie sera mieux vécue et que, par un effet indirect, le traitement pourra être mieux supporté et donc mieux suivi, ce qui augmente les chances de vaincre la maladie.

Malgré tout, il est à ce jour impossible de prouver un effet physiologique direct de l'état psychologique sur le cancer. Aucune étude suffisamment sérieuse ne démontre cela, et tous les professionnels rencontrés s'accordent à dire que si le vécu de la maladie est significativement différent, rien ne prouve un effet du moral sur l'évolution ou même l'apparition du cancer. De plus, les effets du suivi seront également variables selon les personnes, leur investissement dans leur maladie, leur âge, leur situation, et tous les facteurs environnementaux qu'il est impossible de négliger lorsque l'on étudie ce sujet.

La multiplicité et la complexité de ces facteurs, en plus de la complexité de la maladie rendent très délicates les études visant à prouver un lien entre état psychologiques et cancer. Il semble donc difficile de rendre une réponse universelle à notre question, qui pourrait sûrement avoir autant de réponses qu'il y a de malades.

Pour creuser un peu le sujet si de prochains étudiants s'y intéressent : il pourrait être intéressant de se pencher sur les différences en fonction de l'âge, notamment chez les enfants, qui sont soumis à de nombreuses émotions qui peuvent peut-être se répercuter sur leur santé. Il faudrait étudier cela d'un aspect à la fois biologique et psychologique. Ceci pourrait être une piste encore plus complexe mais les résultats y seraient peut-être différents et surprenants.

Bibliographie

Définition de l'état psychologique/moral : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/moral/52563>

Définition du cancer : https://www.ligue-cancer.net/article/278_qu-est-ce-que-le-cancer-

Etude 1 (1999) : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10234868?dopt=Abstract>

Etude 2 (2001) : <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa011871#t=article>

Livre de Gustave-Nicolas Fischer et de Cyril Tarquinio "Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé" édition DUNO page 15

Association AGARO : <http://www.agaro.org>

Clinique mutualiste de Grenoble : <https://www.ghm-grenoble.fr>

Ligue contre le cancer : <https://www.ligue-cancer.net>

Annexes

Extrait de l'Interview de zététique avec Annecath Cantau

En quoi consiste votre métier ?

Je suis oncologue et psychologue à l'association AGARO (Association Grenobloise d'Aide à la Recherche en Oncologie). J'assiste donc des personnes uniquement atteintes du cancer. J'assiste mes patients particulièrement suite aux séances de chimiothérapie et lors de la « découverte » de la maladie. Suite à cette maladie, le malade perd confiance en son corps. J'aide aussi le patient à décider de son traitement, doit-il faire une chimio ou non ? Généralement je les mène vers une chimiothérapie car c'est le seul traitement réel. Je travaille aussi sur l'observance et l'adhérence au traitement pour éviter que le patient abandonne tout.

Pensez-vous avoir un impact sur la guérison du patient ?

Même si je pense que l'effet placebo a un effet sur la guérison du malade, il n'est pas mesurable. Nous avons quoi qu'il en soit un effet indirect sur le traitement de la maladie comme par exemple quand nous aidons nos patients à ne pas arrêter leur chimiothérapie. Personnellement, la plupart de mes patients présente des rémissions. Je n'ai pas non plus eu de cas de suicide et heureusement car nous travaillons à ce que le malade reprenne confiance en son corps et se sente mieux dans sa peau via différentes activités comme l'art-thérapie qui est gérée par mes collègues de l'association. L'effet placebo a aussi un effet indirect comme par exemple lorsqu'une de mes patientes me dit qu'elle n'arrive pas à tenir la chimiothérapie sans l'aide de l'homéopathie, qui pourtant ne possède pas une quantité suffisante de principe actif pour avoir un réel effet physiologique.

Retranscription de l'interview avec le docteur Girona

Quel est votre rôle au sein de la ligue et quel est votre parcours ?

Je suis gastroentérologue de formation et j'ai travaillé 30 ans. J'étais spécialisé en endoscopie interventionnelle. J'étais alors au contact du cancer matin, midi et soir. Je faisais en moyenne une douzaine d'exams endoscopiques par jour (détection de cancer). Sur ces 12, il y en avait au moins 1 soit naissant soit déjà formé, ou plus évolué. En plus de cela, je suivais les cancers déjà traités en voie d'évolution ou déjà traités avec récurrence. Le cancer a été un bain continu et cela fut très passionnant.

Où pratiquez-vous ?

A l'hôpital et à la clinique des cèdres où j'ai créé le département d'endoscopie.

Ce qui nous intéresse c'est le lien entre l'état psychologique du patient et l'évolution de son cancer, peut-être son apparition. Selon vous, l'état psychologique d'un patient peut-il être un facteur d'apparition ?

C'est la question de tous les patients : « pourquoi moi ? ». La recherche d'une cause est immédiate. Selon les hommes et les femmes, les comportements sont différents. En fonction de son enfance, de son évolution de son niveau social, de ses antécédents... Il y a une courbe de cancer assez générale : vers 18-20 ans il y en a très peu, à mon âge on en a beaucoup ! Un pic d'apparition du cancer commence vers 40-50 ans, augmente entre 50 et 70 ans et après se maintient en pallier. Pourquoi ? Je n'en sais rien. Les antécédents du sujet sont très importants. A la ligue nous nous y sommes intéressés de façon très pressante. Quand je travaillais, j'étais un

passionné de la médecine, je faisais mes visites à 22h, les infirmières étaient folles, mais il y avait l'avantage qu'il n'y avait plus personne. Je m'asseyais sur le bord du lit des patients et ils m'attendaient, parce que s'ils étaient en clinique ou à l'hôpital, c'était soit parce qu'ils allaient se faire opérer, soit parce qu'ils venaient d'être opérés et attendaient les résultats. Ils étaient alors dans une angoisse indescriptible et j'avais remarqué une chose, c'est que les autres médecins, quand ils venaient voir les patients, ne les regardaient pas. Ce n'était pas ma méthode. Je m'asseyais au bord du lit, je discutais avec le patient et il est vrai que la psychologie n'avait pas du tout été enseignée pendant mes études de médecine, on la potassait en annexe. Dès que j'ai été nommé à la ligue en tant que secrétaire général, la première mesure que j'ai demandé à mon premier conseil d'administration c'est la création de la psycho-oncologie. Et ça n'a pas été facile parce que lorsque vous dites « psycho », c'est mal vécu, mal ressenti, les gens ne comprennent pas l'importance capitale que ça a. Il a fallu insister, faire part de mon expérience. Quand au bout d'un an nous avons eu les premiers retours, ça a été fabuleux. J'ai alors créé la première consultation en ville de psycho-oncologie et quand on a voulu recruter des psycho-oncologues, on ne recevait quasiment que des candidatures de psychologues. Et quand on a ouvert à la ligue des consultations de psycho-oncologie à Grenoble, les autres villes du département nous ont réclamé la même chose. L'an dernier on a fait 1600 consultations gratuites d'une heure. C'était surtout des femmes qui candidataient avec un CV très fourni. Les retours que l'on a eu ont été excellents. Elles ont appris aux malades à voir leur maladie comme s'ils avaient la tuberculose ou une diarrhée aiguë par exemple. C'est un autre éclairage de la maladie qu'elles leur ont donné et l'évolution du vécu de cette maladie pendant et après le traitement a été complètement différent. L'importance de la psycho-oncologie sur l'évolution du cancer est majeure. Maintenant, quel est le rapport du point de vue causal, là j'ai vu des statistiques américaines sur internet où ils regroupaient 800 cas, ce qui n'est malheureusement pas statistiquement significatif, où certains sujets « ont eu une enfance malheureuse ». Qu'est-ce que ça signifie ?

J'ai créé les consultations de psycho-oncologie pour les malades mais également pour les conjoints des malades parce que je me suis rendu compte que quand j'annonçais à une patiente que les résultats d'examen étaient préoccupants et qu'il allait falloir faire quelque chose, et bien quand le patient allait se déshabiller dans la salle d'examen, le conjoint ou la conjointe qui restait avec moi disait : « mon dieu mais qu'est-ce que je vais devenir ? ». Ces gens-là se préoccupaient de leur sort, ils étaient sidérés, ils pressentaient que c'était un cancer alors que je n'avais pas encore prononcé le mot cancer et ils pressentaient qu'ils allaient avoir des difficultés considérables. Je m'étais dit qu'il fallait ménager l'environnement parce que si le malade, du fond de son lit, voyait arriver le conjoint ou la conjointe effondrée c'était désastreux alors que s'il les voyait arriver avec un petit sourire, des paroles réconfortantes c'était extrêmement constructif et ça m'a aidé considérablement et les résultats sur l'évolution étaient très positifs.

Du coup qu'avez-vous comme type de résultats sur l'évolution ?

Ils ont vécu des maladies complètement différentes. Je ne peux pas parler de ce que cette psycho-oncologie a modifié dans l'évolution du cancer. Je n'avais pas le temps et c'est trop compliqué. Je n'ai pas la concrétisation de cette évolution. La seule chose que je sais, et que j'ai contrôlé mille fois, c'est que le comportement, le vécu et bien c'était très fort alors que dans les chambres à côté, d'autres praticiens avaient pratiqué d'autres cancers avec d'autres origines et c'était différent. Dire qu'il y a un lien direct entre psy et survenue du cancer et bien c'est difficile. Dans ma modeste discipline, les ulcères d'estomac, j'en avais tous les jours, c'étaient des personnes qui avaient des difficultés, qui étaient stressées, nerveuses, qui avaient des milieux familiaux désastreux, des faillites sur le plan financier... Par exemple, la maladie de Crohn on la voit souvent chez des jeunes femmes qui ont des crises qui sont majorées par des ruptures, un problème sentimental etc. ou encore la rectocolite, qui a un lien direct avec l'état nerveux, psychologique. On peut donc dire, qu'il y a indirectement une « certaine » influence non pas dans l'origine mais dans l'évolution. Il n'est pas impossible qu'il y ai une petite influence.

Est-ce que quand vous voyez des patients, vous adaptez votre discours ou le traitement en fonction du patient ?

Evidemment ! Vous savez que maintenant depuis des décennies on a des protocoles : pour tel et tel cancer. Pour le cancer du poumon, 90% des cancer du poumon on peut agir par chimio, radio ou bien chirurgie pour enlever une potentielle tumeur. Les cancers à petites cellules, on sait que dans 1 an le patient ne sera plus là. Et ça se voit au simple microscope. Alors vous avez ces considérations, dès lors que l'on avait les diagnostics on avait les protocoles adaptés qui étaient mis à jour automatiquement, quotidiennement. Et donc un patient qui reçoit un traitement en France, à Grenoble, recevra exactement le même aux Etats Unis à Boston (par exemple). Maintenant ce qui varie c'est la façon de le donner. La ligue a eu un rôle capital. L'annonce du diagnostic d'un cancer, c'est un moment crucial et c'est là qu'il ne faut pas faire la faute. Pour le même cancer de la même importance, de la même nature, les patients ne bénéficiaient pas du tout de la même annonce de ma part, si c'était madame un tel, qui était commerçante, qui avait de grands enfants, qui avait 50 ans que si c'était la grand-mère de 83 ans. Quand vous annoncez ça, le choc psychologique, la sidération, ils le ressentent tous. Mais il y a la façon de présenter la chose : je ne leur disais pas clairement que c'était un cancer, je leur disais qu'il y avait une petite masse suspecte et qu'il fallait absolument enlever etc. ... ça c'était le terme général mais il était approprié au milieu social, au niveau intellectuel et aux personnes dont la vie allait être paralysée par cette période de traitement (travail). Pour eux il fallait y aller beaucoup plus finement. J'ai consacré des heures à annoncer aux patients le diagnostic. Et on s'est aperçu que ça c'était capital. On a fait les états généraux des cancers à la ligue en 2000, on avait réuni 3500 personnes à la Défense et on avait invité Bernard Kouchner qui était ministre de la santé à l'époque. Les gens avaient le droit de parler de leur expérience et par exemple une personne a raconté que c'était samedi soir, ils étaient 13 à table, à 21h le gynécologue lui téléphone en lui disant « vous savez madame c'est un cancer, bon là je vais partir 15 jours en vacances, mais ne vous inquiétez pas on verra ça à mon retour bonne soirée. ». Deuxième exemple, une dame qui attendait ses résultats dans le service, ça fait 2 jours qu'elle traîne dans le couloir et puis tout à coup elle voit le patron qu'elle n'avait pas vu depuis 2 jours, il avait un tas de dossiers sous le bras, il sort de l'ascenseur et lui dit « ah vous savez, c'est un cancer, alors on va l'opérer ne vous inquiétez pas on verra peut-être la semaine prochaine si on peut. ». Et il y en avait une cinquantaine comme ça. Kouchner était sidéré, il a dit qu'il fallait que ça change. On lui a dit que tant qu'on ne mettrait pas un pavé de psycho-oncologie obligatoire dans les études médicales, ça ne changera pas. Et il l'a fait.

En 2002, nous avons lancé ce qu'on appelle le diagnostic d'annonce et on a voulu que le praticien consacre non pas 2 minutes rapidement mais qu'il prenne son temps. A l'époque, c'était souvent le médecin généraliste qui annonçait le diagnostic, et il le faisait mal. Dans la salle d'attente il y avait deux gosses qui pleuraient, qui faisaient du boucan etc... Le médecin ne pouvait pas consacrer une heure à annoncer le diagnostic. Alors on a créé la consultation d'annonce qui attribue au médecin 1h qui est rétribuée différemment que le temps normal dont il fait état. Cette consultation d'annonce est maintenant généralisée à toute la France. Grâce à celle-ci, c'est rentré peu à peu dans les mœurs même s'il y a encore des annonces faites dans des conditions non optimales. Cette consultation limite le choc majeur suite à l'annonce, surtout les femmes, pour les hommes on constate un comportement plus rustique. Pour le cancer de la prostate, par exemple, c'est un organe qui ne se voit pas tandis que le cancer du sein atteint le symbole de la féminité. Quand une femme apprend qu'elle a un cancer du sein, elle pense au schéma de son corps, puis à son mari, son compagnon, comment il va la percevoir. Est-ce qu'il y aura des traces ? Est-ce que sa vie sexuelle sera modifiée ou pas ? C'est capital ça. C'est encadré dans le diagnostic d'annonce qu'on doit faire à une femme, qu'elle ait 35 ans (cancers jeunes) ou que ce soit des femmes qui sont à la ménopause, bien conservées... Une fois, une dame ménopausée, chef d'entreprise on a dû lui mettre une poche qui sont vraiment difficiles à vivre (odeurs, frottements, fuites ...). On l'a prise en main, on l'a choyé, et deux mois après elle avait des résultats fabuleux, elle reprenait deux fois par semaine son TGV pour aller sur Paris, elle gérait son entreprise. Elle venait me voir, elle était chouette. Mais c'est tout un travail d'approche, de contact, de communication.

Est-ce que le traitement est mieux suivi par le patient quand l'état psycho est meilleur ?

Toujours ! C'était un des buts voulus dans mon diagnostic d'annonce. Il fallait obtenir absolument la participation du sujet. Et j'ai eu de très bons résultats avec des gens qui se sont investis et qui ne prenaient pas ça comme une punition. La chimiothérapie est la terreur des femmes parce que inévitablement la chimio amène un retentissement sur le corps, amaigrissement, altération du teint (malgré le fond de teint), apparition de petites rides et l'atteintes des cheveux. Maintenant, on fait de splendides prothèses et la ligue leur offre ces prothèses. Et ça c'est 25% de leur angoisse en moins. La femme ne supporte pas cette atteinte de son intégrité physique, plus que les problèmes sexuels qui sont infiniment variés et qui demandent beaucoup de temps et d'échanges pour les aider à surmonter certaines difficultés dont les patients parlent difficilement. Et il faut les amener à en parler sans douleur. Cela demande beaucoup de finesse, mais on y arrive.

Est-ce que vous pensez que les patients sont mieux reçus maintenant qu'il y a eu la création de la psycho-oncologie ? Est-ce que le suivi est le même quel que soit l'établissement, la structure ?

Aujourd'hui, on a pris conscience de l'importance de la psycho-oncologie. Maintenant comment l'appliquent-ils ? En fonction du patient, c'est difficile. J'ai vu des petites femmes arriver, toutes menues avec la cyphose, recevoir l'annonce, revenir après, tenir le coup formidablement et avoir des résultats supers. J'ai eu des cas, des guerriers avec 3 rangées de décorations, qui se sont effondrés et qui n'ont plus lutté, malgré tout notre engagement. On a fait d'énormes progrès, mais il y a encore des médecins qui sont secs.

Est-ce que vous pensez que les cas de rémission apparaissent plus souvent chez des gens qui ont mieux vécu leur maladie ?

Je ne sais pas, c'est très difficile. C'est vrai qu'un patient bien pris en main par un praticien avec lequel il y a un très bon contact, le patient a un vécu de sa maladie complètement différent. On finit par avoir des relations plus qu'amicales avec le patient. Je reçois des cadeaux par des anciens patients encore maintenant. On a créé un climat qui été très favorable mais de là à dire qu'il était optimal pour tout le monde, nul n'a la prétention de le dire.

Autres annexes : pistes audio des entretiens avec le Dr Girona et les Dr Alves et Javet dans la version du dossier envoyée par mail.