

Originalité de la psycho-oncologie en Francophonie Sud

Originality of Psycho-Oncology in Southern Francophone Countries

C. Ségura-Djezzar · V. Bouté · M.-F. Bacqué

© Lavoisier SAS 2019

Ce dossier de la revue *Psycho-Oncologie* est un peu particulier. Il est le fruit de nombreuses collaborations avec nos collègues du pourtour méditerranéen francophone et s'inscrit dans la suite logique de la modification des statuts de la Société française de psycho-oncologie qui, depuis 2018, a changé de nom pour devenir la Société française et francophone de psycho-oncologie (SFFPO).

Astarté « Association transméditerranéenne Femmes et cancer du sein » a souhaité s'associer à ce travail, issu des réflexions et des expériences venant des rives de la mer Méditerranée. Un pont de connaissances et de réflexions du Nord au Sud, de l'Orient à l'Occident...

Vous le verrez, les articles de ce numéro thématique feront écho aux sujets « hors thèmes », pour nous rappeler que la prise en charge psycho-oncologique de nos patients est bien universelle !

Questionnements éthiques et cliniques : cas particuliers...

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez les femmes dans tous les pays du monde et représente 16 %

C. Ségura-Djezzar (✉)
Centre François-Baclesse, 3, avenue Général-Harris,
F-14076 Caen cedex 05, France
e-mail : segur@baclesse.unicancer.fr

V. Bouté (✉)
Praticien hospitalier, Radiologiste des hôpitaux, Sénologue,
présidente de l'association transméditerranéenne Astarté,
Centre François Baclesse,
3 Avenue du Général Harris, F-14000 Caen, France
e-mail : v.boute@baclesse.unicancer.fr

M.-F. Bacqué (✉)
Psychologue, professeure des universités,
rédactrice en chef de Psycho-Oncologie, SULISOM,
université de Strasbourg, 12, rue Goethe,
F-67000 Strasbourg, France
e-mail : mfbacque@club-internet.fr



de l'ensemble des cancers féminins. Malgré des taux de survie hétérogène en fonction du niveau de vie des pays concernés (de 80 % pour les pays développés à moins de 40 % pour des pays à faibles revenus) [1], les protocoles de soins sont standardisés et efficaces quand le cancer est diagnostiqué à un stade précoce. Mais hors des standards issus de l'*evidence-based medicine*, de nombreuses questions se posent aux cliniciens et aux patientes. Deux articles illustrent ce propos :

- « Mastectomie controlatérale prophylactique, après cancer du sein hors prédisposition génétique » (A. Couillet). Que répondre à une demande insistante de mastectomie, alors que la science n'a pas démontré le bénéfice d'un tel geste sur la réduction du risque de récurrence [2] ?
- « Cancer du sein et sexualité » (F. Ellouze). Comment évaluer au mieux les besoins de nos patientes quand elles n'osent pas exprimer leur demande ? Dans la littérature, les patientes déclarent que peu de soignants ont abordé le sujet (4 % seulement dans l'étude française VICAN 2 [3] ; 0 % dans l'étude marocaine de Sbiti [4], et pourtant la sexualité fait partie des neuf thèmes prioritaires concernant l'information que les patientes aimeraient recevoir durant leur prise en charge [5].

Au travers de ces différentes situations cliniques, on retrouve bien les fils conducteurs que sont la qualité de l'information donnée aux patients et l'importance d'une prise en charge pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle tout au long du parcours de soins.

Où il est question de stress...

« Stress et cancer : la fin d'un mythe » est le titre d'un article paru sur le site internet de l'association de la Ligue contre le cancer [6], et pourtant..., deux articles de cette revue nous parlent du stress sous des angles originaux mais non dénués de rigueur scientifique !

- « Stress post-traumatique ». L'annonce d'un cancer est une cause possible d'un syndrome de stress post-traumatique. *F. Fekih-Romdhane* interroge 61 patientes tunisiennes, 4 à 12 semaines après l'annonce du diagnostic de cancer du sein ; les résultats de son étude sont ensuite comparés à une revue très complète de la littérature sur le sujet ;
- « Le niveau de fardeau pour les conjoints ». Le second article de *F. Fekih-Romdhane* aborde la question du stress, la notion d'anxiété et de dépression et surtout la question du fardeau ressenti par les conjoints de patientes traitées pour un cancer du sein. Les chiffres nous montrent l'étendue de l'aide à apporter et les outils d'évaluation et les axes de réflexion, notamment au travers de l'évocation de la culture arabo-musulmane.

Comment améliorer l'approche psycho-oncologique ?

En 2019, il est encore et toujours nécessaire de rappeler l'importance de la psycho-oncologie tout au long des parcours de soins ! Hippocrate, cinq siècles avant l'ère chrétienne, nous rappelle notre prérogative de médecin et de soignant : « [...] de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux ». Au XI^e siècle, c'est Avicenne « Al Ibn Sina » (980–1037), médecin et philosophe arabo-musulman, qui nous enseigne à considérer le malade « dans sa globalité ». Et pourtant les articles qui suivent nous montrent combien la route est encore longue pour y arriver. Plusieurs équipes nous proposent des axes d'amélioration : identification des patients « les plus à risque », accompagnement ciblé, ou proposition systématique de prise en soins psychiques.

- *D. Ogez* nous propose « La rencontre systématique avec le psycho-oncologue » cette approche proactive analyse de façon prospective la perception par les patients et patientes du suivi en psycho-oncologie, quand ils ont rencontré au moins une fois en consultation un psychologue. Les hommes qui ont rencontré un psychologue peu après le diagnostic ont plus de propension à bénéficier d'un suivi psychologique pendant la maladie que ceux qui ne l'ont pas fait. Pour les femmes, le suivi psychologique est général, qu'elles aient rencontré un psychologue juste après la révélation ou pas ;
- *L'approche spirituelle*, religieuse ou non, pourrait constituer une aide à l'accompagnement psycho-oncologique selon l'équipe marocaine de *S. Hamzaoui et al.*
- *Styles d'attachement et ajustement psychosocial* pourraient être corrélés, dans cette étude comparative réalisée

auprès de femmes libanaises, en cours de chimiothérapie pour un cancer du sein localisé (*R. Sakr et T. Sawma*).

- Enfin, la question primordiale du *dépistage systématique des troubles psychopathologiques (dépression et anxiété)* dans une population de patients traités pour cancer colorectal est posée par l'équipe tunisienne (*R. Bouriga et al.*). Ces troubles sont pourtant fréquents en cancérologie : dans la méta-analyse de Mitchell : 9,8 et 16,3 % des patients atteints de cancer présentent respectivement des troubles anxieux et une dépression [7]. Le corollaire est bien sûr celui de l'accès aux professionnels du soin psychique, psychologues et psychiatres, notamment pour confirmer un diagnostic et initier, le cas échéant, une prise en soins adaptée et précoce.
- La question de l'accès aux psychologues ressort également de l'étude marocaine de *S. Lamtali et al.* avec, comme principaux freins, le manque d'informations des patients et le faible effectif de psychologues. Cette étude dresse un état des lieux très instructif et analyse de façon assez concise les freins à la prise en charge psychologique pour la région de Marrakech.

Ces aperçus de la médecine oncologique et des apports de la psycho-oncologie aux soins des malades atteints par le cancer en Francophonie Sud nous font découvrir des pratiques originales qui tentent souvent de mixer les méthodes thérapeutiques occidentales à la culture méditerranéenne. Nous n'oublions pas bien sûr que le monde arabe a eu une médecine très avancée, bien avant le monde chrétien. Les traductions latines à partir du grec du grand Hippocrate étaient rares, et ces dernières n'ont été longtemps abordables qu'au travers des commentaires de Galien traduits en arabe. Cependant, aujourd'hui, les questions économiques prennent le dessus par rapport à des thérapeutiques qui sont connues de tous, mais difficilement accessibles. D'autres aspects liés aux traditions sont encore difficiles dans le monde méditerranéen, il s'agit de l'accès des femmes à l'autonomie et à la responsabilité face à la détention d'information. En outre, les questions sexuelles sont encore insuffisamment abordées et méritent d'être introduites systématiquement. La question des tâches « genrées », c'est-à-dire attribuées précisément à l'un ou l'autre sexe, pose une très grande difficulté quand ce dernier abandonne ses fonctions à cause de son cancer. Le poids de ce report de fonctions pèse encore très lourdement sur le conjoint. Sur le plan psychologique, nous constatons partout la présence de psychologues et de psychiatres, même s'ils sont trop peu nombreux. Les populations de la Francophonie Sud les acceptent très bien et sont demandeuses de soutien. Tous ces collègues participent régulièrement aux congrès de la SFFPO, il semblait juste et intéressant d'ouvrir vers eux notre journal afin de bénéficier de leur expérience.

Références

1. OMS (2019) <https://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/fr>
2. Murphy JA, Milner TD, O'Donoghue JM (2013) Contralateral risk-reducing mastectomy in sporadic breast cancer. *Lancet Oncol* 14:262–9
3. La vie deux ans après un diagnostic de cancer. *VICAN* 2
4. Sbiti Y (2011) Breast cancer treatment and sexual dysfunction: Moroccan Women's perception. *BMC Women's Health* 11:29–4
5. Hautamäki-Lamminen K, Lipiäinen L, Beaver K, et al (2013) Identifying cancer patients with greater need for information about sexual issues. *Eur J Oncol Nurs* 17:9–15
6. https://www.ligue-cancer.net/vivre/article/26463_stress-et-cancer-la-fin-dun-mythe
7. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, et al (2011) Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol* 12:160–74