

Cancer : maladie chronique

Introduction

Chronique : « se dit d'une maladie d'évolution lente et sans tendance à la guérison », « qui dure, persiste »

De plus en plus de gens vivent avec le cancer d'où la notion de chronicisation du cancer

I. La maladie cancéreuse - Rappels

6 mécanismes fondamentaux de l'oncogenèse :

1. Perte des capacités apoptotiques
2. Perte de contrôle du cycle cellulaire
3. Immortalité cellulaire
4. Autosuffisance en facteurs de croissance
5. Néo angiogenèse
6. Invasions et métastases

Définition de la tumeur

Ensemble hétérogène de plusieurs populations cellulaires (clones) différentes ayant des propriétés (phénotypes) différentes

⇒ **Maladie cancéreuse = maladie variable au cours du temps**

Parcours du patient

- **Maladie de bon pronostic**

Patient en rémission complète potentiellement guéri : soumis à des examens réguliers (rythme et modalités établis par les sociétés savantes)

Patient considéré comme guéri mais marqué par ses antécédents pathologiques (séquelles)

- **Maladie de mauvais pronostic**

Patient non en rémission complète, en cours de traitement prolongé : soumis à des évaluations régulières de la maladie résiduelle, aboutit à des soins palliatifs

Traitement des cancers : conséquences physiques

- ⇒ **Chirurgie** : cicatrices, parfois mutilations et modification de l'image corporelle, conséquences fonctionnelles
- ⇒ **Radiothérapie** : modifications cutanées et muqueuses, modifications viscérales
- ⇒ **Chimiothérapie** : alopecie (perte des cheveux), atteinte neurologie périphérique

Traitement des cancers : conséquences psychologiques

- ⇒ Secondaires aux séquelles thérapeutiques (ex : modifications de l'image corporelle)
- ⇒ Conséquences psychologiques des épreuves endurées : on ne revient jamais à la normale, « rien de sera plus comme avant »

II. Chronicisation : Pourquoi ? - Données chiffrées

Du fait des progrès thérapeutiques et d'une meilleure prise en charge

- Patients en évolution qui sont prolongés et survivent longtemps avec leur maladie
- Patients en rémission ou guéris, mais nombreux sont marqués définitivement par leur maladie

Explication de la chronicisation

- ⇒ **Meilleure utilisation des différentes armes thérapeutiques** (rôle des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) dans l'élaboration des stratégies thérapeutiques)
- ⇒ **Enrichissement de l'arsenal thérapeutique traditionnel** : plusieurs lignes thérapeutiques possibles (chimiothérapie)
- ⇒ A côté des drogues traditionnelles cytotoxiques, de **nouvelles drogues permettant de contrôler la prolifération cellulaire tumorale** (*thérapies ciblées inhibitrices de facteurs de croissance, agents anti-angiogéniques, hormonothérapie ...*)

Augmentation de la prévalence des cancers

En 2000 : 280 000 nouveaux cas / an

⇒ Mortalité : 150 000 / an

En 2005 : 320 000 nouveaux cas / an

⇒ Mortalité : 146 000 / an

En 2000 : 800 000 personnes vivent avec un cancer, 2 000 000 ont déjà eu un cancer

On repousse la durée de vie au stade de cancer avancé (métastasé).

Profil de risque résiduel de décès à 10 ans (2005)

- Faible : risque résiduel annuel < à 2%
- Moyen : risque résiduel annuel entre 1 et 5%
- Elevé : risque résiduel annuel > à 5%

En fonction du type de cancer, le risque de mortalité varie.

III. Chronicisation : jusqu'à quand ?

Patient en évolution après plusieurs lignes de chimiothérapie.

Décision (RCP) d'arrêter des traitements inefficaces et qui altèrent la qualité de la survie.

⇒ Passage aux soins palliatifs

Le problème

Souvent discordance entre la réalité perçue par le patient (et son entourage) et celle du médecin.

Du fait de l'amélioration de la lutte contre les effets secondaires des thérapeutiques (chimiothérapie, radiothérapie) et du soin en général (lutte contre la douleur), un nombre croissant de patients ne ressent pas ou peu physiquement les effets de la maladie alors que celle-ci évolue.

⇒ Relation conflictuelle entre médecin et patient lorsque le médecin choisi d'arrêter le traitement

Article L1111-4 de Code de Santé Publique :

« Toute personne prend avec le professionnel de santé, et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions qui concernent sa santé »

⇒ **Autonomie du patient**

La relation médecin-malade implique un dialogue.

Respecter l'autonomie du malade c'est l'éclairer afin que lui et son entourage puissent comprendre la situation.

Autonomie n'est pas auto-détermination : le médecin a aussi son mot à dire

Passage aux soins palliatifs : tempête émotionnelle du patient mise en face de la réalité

⇒ Rôle du médecin : aider à entendre cette réalité

⇒ Nécessité d'un cheminement partagé pour distinguer ce qui est raisonnable de ce qui ne l'est pas, et s'engager sur un objectif commun

⇒ Le médecin peut s'appuyer sur les décisions RCP et/ou inviter le patient à solliciter un autre avis auprès d'un confrère

Le passage aux soins palliatifs n'est pas un arrêt des soins

⇒ Rassurer le patient sur la continuité des soins

⇒ Le but du soin n'est pas la survie mais d'accompagner la vie

Cet accompagnement doit être garanti au patient

Article 1110-10 du Code de Santé Publique :

« Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus (...). Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. »

IV. Chronicisation : quels coûts ?

Conséquences du cancer sur la vie des personnes

1^{er} coût : Perte d'utilité sociale par la maladie elle-même

Difficile à évaluer pour deux raisons :

- Pas de données sur l'évaluation de la qualité de vie des malades au cours du temps
 - Quelles valeurs attachées à des pertes de qualité de vie durant la période de traitement, à des séquelles physiques, à une vie humaine ?
- ⇒ Pas de méthodologie consensuelle

Coût pour la société

Les traitements contre le cancer coutent très chers.

Coût et éthique médicale

L'argument du coût des traitements ne peut être évoqué au patient : aucune signification pour le patient et son entourage dans le cadre du Système de Santé et d'Assurance Maladie en France.

Cependant, dès lors que le médecin est persuadé que le traitement sera inutile, le problème du coût ne peut être totalement éludé, au moins pour **préserver l'égalité des patients** devant la maladie.

V. Chronicisation : pour quelle qualité de vie ?

Qualité de vie

Impératif éthique de son évaluation dans le contexte de la chronicisation de la maladie.

- ⇒ Doit faire partie de la discussion des dossiers dans le RCP
- ⇒ Doit faire partie de l'évaluation dans les Essais Thérapeutiques testant les nouvelles drogues

Pertes de qualité de vie durant la phase de traitement

Conséquences sur le Bien Etre et réductions des possibilités d'être et de faire (liberté et autonomie individuelle) du fait de la maladie elle-même mais aussi des effets secondaires des traitements.

Qualité de vie en phase de rémission

Deux à cinq ans après le diagnostic, la qualité de vie avant la maladie ne doit plus servir de référence (car toute vie évolue). Dans le cas d'un cancer, le concept de « retour à une vie normale » n'a pas beaucoup de sens (car rien n'est plus comme avant).

- ⇒ « Recherche d'un nouvel équilibre » (Canguilhem)

« S'intéresser aux possibilités qui s'offrent à l'individu »

Distinguer, dans les changements observés, ceux qui procèdent de l'imposition de nouvelles contraintes (ex : discrimination) de ceux qui découlent du choix de l'individu (ex : désir de travailler).

Enquête DREES (2005) sur « La vie deux ans après le diagnostic », condition de vie des personnes ayant retrouvé leur domicile deux ans après le diagnostic

- **Contraintes internes** : séquelles physiques et psychologiques
- **Contraintes externes** : existences de discriminations sociales à l'égard de personnes ayant eu un cancer

Obstacles plus nombreux pour les défavorisés socialement.

VI. Recommandations du plan cancer 2009-2013

Répondre à deux nouveaux défis humains et sociaux :

- **Inégalités de santé et cancer**
- **Vivre après le cancer**

Préparer la vie après le cancer

- ⇒ Anticiper la vie après le cancer dès le début du traitement (Programme Personnalisé de l'Après Cancer)
- ⇒ Le médecin traitant doit être le maître d'œuvre de l'accompagnement médical de l'Après Cancer
- ⇒ Mettre en place le soutien psychologique et social des patients et des aidants
- ⇒ Réactiver les mesures de prévention

Mieux appréhender collectivement la maladie

- ⇒ Faire tomber les tabous
- ⇒ Montrer la pluralité des cancers
- ⇒ Faire comprendre les évolutions liées aux progrès médicaux et qu'il existe un futur pour de nombreux malades

Rôle des médecins et des associations pour relayer ces messages

Mieux prendre en compte les séquelles des traitements

- ⇒ Permettre aux patients de faire reconnaître plus facilement et plus régulièrement leur handicap ou leur perte d'autonomie
- ⇒ Faciliter le recours à la chirurgie plastique après mastectomie
- ⇒ Informer les patients sur les possibilités de préservation de fertilité (cryobiologie)

Reprise du travail

- ⇒ Encourager les salariés à avoir recours à une visite de pré-requise auprès de médecin du travail (poste, temps de travail)
- ⇒ Lever les obstacles à la réinsertion professionnelle des personnes atteintes du cancer

Accès aux assurances et aux prêts

- ⇒ Prolongation des efforts de l'Etat, des professionnels de la banque et de l'assurance, et des associations pour faciliter l'accès à l'assurance et à l'emprunt
- ⇒ Actualisation tous les deux ans de l'espérance de vie des malades atteints du cancer

Conclusion

La chronicisation du cancer est induite par les progrès thérapeutiques.

Prolongation de la vie avec la maladie par des traitements qui arrivent à freiner son évolution et repoussent de plus en plus loin la phase terminale.

Mal être (séquelles physiques et psychologiques) des patients en rémission prolongée complète, ou guéris.

A l'origine de : défis humains, sociaux et économiques.