



## L'annonce et les dégâts collatéraux

Le Medito du mois de Février 2011 avait évoqué l'augmentation du risque de suicide après survenue d'un infarctus du myocarde. Cette problématique concernait surtout les sujets jeunes n'ayant pas nécessairement d'antécédents psychiatriques. Nous avons alors insisté sur la nécessité d'un accompagnement psychosocial pour pallier le traumatisme lié à la survenue brutale de la maladie coronaire.

Un article récent du New England Journal of Medicine (1) donne un nouvel éclairage à ce temps si particulier de l'annonce du diagnostic. Plusieurs travaux publiés ces dernières années avaient déjà mis en évidence une augmentation du taux de suicide et d'infarctus du myocarde après découverte d'un cancer de la prostate. Une équipe suédoise a repris les données actuellement connues et vient de montrer que dans la semaine qui suit l'annonce d'un diagnostic de cancer le risque de suicide est multiplié par 12,4 et celui de décès cardiovasculaire par 5,6. Pour les auteurs de ce travail l'explication est simple : le stress et la déstabilisation psychologique du patient sont à l'origine de cette double mortalité. Comme l'écrit Fang Fang en conclusion de cet article : "Le suicide et la mort cardiovasculaire reflètent la partie émergée de l'iceberg de l'anxiété et des troubles de l'humeur déclenchés par l'annonce d'un diagnostic de cancer".

Ces chiffres doivent être rapprochés d'autres données anciennes qui ont été confirmées par des études plus récentes. En 1984 une équipe de psychologues a étudié le temps de parole dont disposait un patient en consultation pour exprimer sa plainte (2). Ces travaux ont montré que moins deux minutes étaient nécessaires et suffisantes à un malade pour exprimer son motif de consultation et ses ressentis. D'un autre côté le médecin interrompait le discours du patient en moyenne au bout de 18 secondes et seulement 23 % des consultants reprenaient la parole après cette interruption. Une étude plus récente montre même que ce taux de reprise serait en réalité inférieure à 10% (3).

Pourquoi mettre en perspective cette augmentation du risque de mortalité cardiaque ou par suicide et celui du temps de parole du patient ? Simplement pour rappeler que l'annonce d'une maladie est un véritable traumatisme. En une fraction de seconde un monde bascule et rien ne sera plus jamais comme avant pour le patient et pour son entourage. De nombreux patients décrivent le moment où ils ont appris leur diagnostic comme un traumatisme et présentent des signes cliniques évocateurs d'un syndrome de stress post-traumatique (4). Cela a été particulièrement étudié pour le cancer mais peut se rencontrer dans toute autre maladie (5).

En tant que soignants mesurons bien le poids des mots que nous employons, n'oublions pas par exemple que le mot "tumeur" peut aussi être entendu comme "tu meurs". Laissons surtout une place suffisante au patient pour l'expression de ses sentiments, des ses peurs, de ses émotions. Ce temps, ce silence parfois, n'est pas du temps perdu dans la consultation, c'est au contraire un temps gagné pour l'évolution du patient. Les émotions fortes et souvent ambiguës ressenties au moment de la découverte de la maladie, la colère, la peur, la tristesse, le désespoir doivent pouvoir être formulées. Ne pas laisser cette possibilité au patient, c'est faire le jeu du déni prolongé, de la résignation, de la dénégation qui font le lit de la dépression, elle-même facteur de mauvais pronostic dans toutes les maladies chroniques.

Faisons en sorte de ne jamais oublier cet aphorisme attribué à Carl Gustav Jung : "tout ce qui ne s'exprime pas, s'imprime".

#### Références :

1. Fang F, Fall K, Mittleman MA, Sparén P, Ye W, Adami HO, Valdimarsdóttir U. Suicide and cardiovascular death after a cancer diagnosis. *N Engl J Med.* 2012 Apr 5;366(14):1310-8
2. Beckman, H.B , Frankel, R.M. (1984). The effect of physician behavior on the collection of data. *Annals of Internal Medicine*, 1984, 101, 692 – 696.
3. Langewitz W. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. *British Medical Journal*, 2002,325, 682 – 683.
4. Einsle F, Kraft D, Köllner V. Post-traumatic stress disorder (PTSD) in cardiology and oncology - which diagnostic tools should be used? *J Psychosom Res.* 2012 Jun;72(6):434-8.
5. Bacqué MF. *Annoncer un cancer.* Ed Springer 2010.

*Prenez soin de vous...*

**Docteur MEDITAS**