

Une Conférence-débat organisée par le CLIC Métropole Nord Ouest, à l'E.P.S.M., Site Lommelet à Marquette-lez-Lille, le mardi 3 avril 2012 et animée par le Docteur Marie-Guy Depuydt-Baillon, Gériatre au Centre Oscar Lambret de Lille et à l'Hôpital Gériatrique « Les Bateliers » (CHRU de Lille), et le Docteur Georges-Michel Reich, psychiatre et responsable de l'équipe de psychoncologie au Centre Oscar Lambret de Lille.

\*\*\*\*\*

## Intervention du Docteur Marie-Guy Depuydt- Baillon



Face au vieillissement de la population et au nombre croissant de cancers révélés chez les plus de 75 ans, il apparaissait nécessaire de réfléchir à la maladie (prévention, traitements, soins..), dans le cadre d'une approche spécifique en direction des personnes âgées.

En 2006, sous l'impulsion de l'Institut National du Cancer, 15 unités pilotes de coordination en onco-gériatrie ont ainsi été mises en place en France (L'oncologie ou carcinologie ou cancérologie, est la spécialité médicale d'étude, de diagnostic et de traitement des cancers). L'onco-gériatrie est donc cette activité qui regroupe l'ensemble des actions et études transversales menées par des équipes professionnelles pluridisciplinaires ; une approche qui

conjugue d'abord les connaissances en gériatrie et en cancérologie, mais qui s'appuie également sur d'autres critères (familiaux, cognitifs, sociaux).

Tout l'enjeu de l'onco-gériatrie, face à l'allongement de la durée de la vie, est de se donner les moyens de mieux prévenir et guérir les cancers chez les personnes âgées.

Heureusement, on sait aussi qu'on vit « mieux » (on reste autonome) plus longtemps... **Parmi les plus de 85 ans, 2/3 vivent au domicile et les 3/4 ne sont pas dépendants ni physiquement, ni psychologiquement.**

\*\*\*\*\*

On pense généralement que : les cancers sont moins fréquents après un certain âge, qu'ils sont moins graves, avec une évolution plus lente ; et lorsque la personne âgée décède, que ce n'est pas le cancer la cause du décès... Pourtant ce sont là des idées reçues. En effet, **on sait aujourd'hui que l'âge est l'un des principaux facteurs de risque et, qu'un cancer se développe aussi vite chez une personne âgée que chez un jeune. Et, chez une personne âgée, d'autres facteurs peuvent intervenir**, qui vont empêcher de mettre en place le protocole médicamenteux adapté, et précipiter la « chute ». Si, par exemple, la personne chez qui on a diagnostiqué un cancer, est suivie pour une insuffisance cardiaque grave, cette insuffisance va impacter le traitement envisagé pour soigner le cancer. D'autre part, si on traite aujourd'hui avec beaucoup de succès un certain nombre de cancers, la guérison n'est jamais une certitude et, les familles peuvent hésiter à laisser agir les médecins : « A son âge docteur... On ne va pas l'embêter avec ça... ».

Lorsqu'on parle de l'échelle de survie, pour un cancer, on « table » sur 5 ans, et dans le cas d'une personne très âgée, cette échelle peut constituer un frein. En effet, quand on soigne un cancer, on raisonne pour une personne en fonction de beaucoup de critères, mais aussi en fonction de l'espérance de vie. **Or l'espérance de vie augmente chaque année et c'est une réalité qui doit nous pousser à nous intéresser sérieusement à la façon de mieux soigner, de guérir les cancers des personnes de plus de 75 ans !**

L'espérance de vie à la naissance en 2002, s'élevait à 82,2 ans pour les femmes et 74,6 ans pour les hommes. En 2025 on estime qu'elle passera à 96 ans pour les femmes et 88 ans pour les hommes.

## Cancer : des chiffres en augmentation

**Le nombre de cancers est en augmentation : environ 320 000 nouveaux cas détectés en 2005** : 183 485 chez les hommes et 135 895 chez les femmes. Ce chiffre s'explique d'abord par les progrès au niveau du diagnostic et du dépistage (sein, prostate...). Ensuite, on constate une augmentation réelle d'avoir un cancer, liée en grande partie aux modes de vie : tabagisme, consommation excessive d'alcool, déséquilibre de l'alimentation, pratiques d'exposition solaire... Des facteurs de risque évitables !

La mortalité baisse (146 000 en 2005, pour un total de 530 000 cas), et la survie relative à 5 ans, en fonction de la période de diagnostic, augmente, tous cancers confondus.

**Cependant tous âges confondus, le cancer reste à l'origine de 32 % des décès chez l'homme depuis 1989**, devant les maladies cardio-vasculaires : 29 %.

**Il est la cause du décès chez l'homme après 75 ans dans 45 % des cas, et 55 % des cas chez la femme.**

Le plus meurtrier, reste le cancer du poumon : 26 700 décès en 2005, puis viennent le cancer colorectal, 16 900, le cancer du sein, 11 200 et de la prostate, 9 200.

Le plus fréquent est le cancer de la prostate, plus de 62 000 nouveaux cas estimés en France en 2005, suivi par le cancer du sein, le cancer colorectal et le cancer du poumon. Ce

dernier étant en nette progression chez les femmes.

Certains cancers se développent extrêmement lentement, comme celui de la prostate, avec une survie estimée à 15 - 20 ans chez certains patients.

## Cancer et âge : incidence

Les chiffres sont éloquentes, et viennent confirmer l'intérêt de la démarche oncogériatrique. En effet, parmi les nouveaux cas de cancer détectés, on dénombre 63 000 cas chez l'homme de plus de 75 ans (30,6 %), et 46 000 cas chez la femme de plus de 75 ans (31,4 %).

Globalement on sait que **60 % des personnes atteintes de cancer on plus de 65 ans**, et qu'à partir de cet âge, le risque de cancer est multiplié par 10.

**70 % des décès par cancer surviennent après 70 ans.**

Chez les plus de 75 ans, le cancer de la vessie est le plus fréquent (62 % des femmes / 46 % des hommes), puis c'est le Myélome et le LCC (50 % des femmes), le Cancer Colorectal (40 % des hommes / 52 % des femmes), le cancer de l'estomac (44 % des hommes / 59 % des femmes) et le pancréas (36 % des hommes / 52 % des femmes).

Cependant, malgré ces chiffres, **on remarque une sous représentation des personnes âgées dans les études cliniques, quand elles ne sont pas tout simplement exclues.** Et, lorsqu'elles figurent dans ces études, elles ne sont malheureusement pas représentatives des patients âgés cancéreux traités quotidiennement. Par exemple, elles sont suivies médicalement uniquement pour un cancer, alors qu'1/2 personne âgée cumule plusieurs maladies.

Comme il n'est pas possible d'extrapoler, et d'administrer le traitement testé chez des plus jeunes, car l'efficacité chez les personnes âgées n'a pas été prouvée (car non testée), **cette catégorie de population ne peut pas bénéficier des progrès thérapeutiques dans ce domaine !** Dès lors il n'est pas étonnant de constater que si la mortalité par cancer décroît chez les plus jeunes, elle est en augmentation chez les patients âgés...

D'autre part, **quand un cancer est découvert chez une personne âgée, la maladie est déjà à un stade très avancé**, ce qui rend la survie très aléatoire, surtout la première année qui suit le diagnostic.

Souvent les symptômes initiaux ne sont pas visibles ou sont absents. La famille, ou la personne âgée elle-même, n'imaginaient pas qu'il pouvait s'agir d'un cancer (Pas à cet âge ?!), et/ou ne souhaitent pas entrer dans un processus médical qu'ils craignent lourd et contraignant.

Il y a aussi des signes d'alertes attribués à tort au vieillissement : fatigue, anémie, perte de poids, troubles digestifs...

La prise en charge est donc tardive. Vient ensuite le risque des co-morbidités (des symptômes identiques qui masquent un cancer derrière une autre maladie...) : par exemple, une personne qui souffre d'une insuffisance cardiaque sera essoufflée, mais peut-être que son essoufflement est aussi le signe d'un cancer du poumon ?

On relève ensuite un problème de vulnérabilité, de fragilité : une personne âgée souffrant d'arthrose va moins se déplacer or, cette diminution de ses déplacements, va la rendre globalement plus vulnérable physiquement.

**Enfin, la prise en charge, est souvent inadaptée, trop ou pas assez agressive.**

## Cancer et âge : le dépistage

Si les cancers chez les personnes âgées sont malheureusement trop souvent découverts à un stade avancé, c'est aussi parce qu'il y a un manque de sensibilisation sur le sujet. Au-delà de 74 ans on ne fait plus de campagne de dépistage, il n'y a plus de recommandation. Il n'y a plus de dépistage de masse.

On considère que le gain en espérance de vie n'est pas assez important et on sous estime l'évolution de la tumeur.

Quant aux plus de 85 ans, on peut considérer qu'ils sont totalement exclus du dépistage.

## Qu'est-ce qu'une personne âgée ?

Le professeur R. Gonthier place les personnes âgées dans 3 catégories :

Les vigoureux : 55 % des P.A.

Les fragiles : 35 % des P.A.

Les dépendants, malades : 10 % des P.A.

Les « vigoureux » sont en bon état de santé. Ils sont indépendants, autonomes au point de vue décisionnel et fonctionnel. Ils sont intégrés socialement.

Les « fragiles » sont aujourd'hui la cible des gériatres : ils sont dans un état de santé intermédiaire et il faut éviter à tous prix qu'ils ne basculent un jour dans la troisième catégorie, et pour cela il faut qu'ils puissent bénéficier d'une évaluation gériatrique poussée.

**Lorsqu'on vieillit, on a une diminution de ses réserves fonctionnelles, et on peut ainsi très vite passer d'une pathologie bénigne à quelque chose de très grave.** C'est pour cela que les gériatres sont d'autant plus vigilants.

## Les questions à se poser :

Le patient va-t-il mourir de son cancer ou avec son cancer ?

Le traitement va-t-il apporter plus de bénéfices que de souffrance ?

Qu'est-il nécessaire de savoir du cancer du patient pour le traiter ?

Qu'est-il nécessaire de savoir sur le patient pour pouvoir traiter son cancer ?

Aujourd'hui on dispose d'outils permettant d'évaluer l'importance de chaque donnée relative au patient. On va hiérarchiser les problèmes du malade, les co-morbidités, mettre en place un programme de prise en charge individualisé, organiser une surveillance de l'état de santé.

L'intervention oncogériatrique est plus efficace lorsque la personne est très âgée et qu'elle souffre de plusieurs maladies. On va évaluer les différentes solutions envisageables pour traiter le cancer, sans générer un stress supplémentaire qui pourrait venir aggraver l'état général de la personne. On va réfléchir et moduler les traitements.

## Conclusion :

Il faut développer la recherche, développer les collaborations (participation des gériatres aux RCP, utilisation d'un outil de dépistage de fragilité par les oncologues), développer la formation des professionnels de santé.

## Intervention du Docteur Georges- Michel Reich



réactions émotionnelles, cognitives et comportementales.

Il faut penser à l'influence de la famille et des aidants qui peuvent faire pression dans les choix d'annonce diagnostique et thérapeutique, en termes de rétention de l'information à divulguer à la personne âgée. **L'annonce de la maladie est déjà un acte thérapeutique en soi.** Où se place le curseur de l'information ? Doit-on le dire ? Comment le dire ?

**Souvent, il y a un délai avant la prise en charge de la maladie**, qui peut être attribué à la négligence, la crainte et/ou le déni et l'évitement du milieu « médical ». On a aussi une certaine banalisation des symptômes attribués à la vieillesse, et une difficulté d'accès à l'information (campagne de dépistage, internet..).

La personne âgée se trouve confrontée à nos représentations, nos projections, en tant que soignants et autres...

Enfin, **on constate aussi fréquemment un refus de soins.**

### L'adaptation psychologique du sujet âgé au cancer

Les difficultés peuvent se cumuler : crise du vieillissement, difficultés socio-familiales, polyopathologies associées (co-morbidités), l'évolution du cancer et les effets secondaires des traitements du cancer.

Le cancer est une maladie physique avec des risques et conséquences : défiguration/détérioration, handicap, symptômes physiques, pronostic de vie écourté... et au-delà de l'aspect physique, il peut être à l'origine d'une souffrance morale, conduire à une détresse psychologique. Quel sens je donne à la maladie ? Quel regard porte la société sur la maladie et sur la personne âgée, malade et en perte d'autonomie ?

### Les préoccupations du sujet âgé confronté au cancer

- Détresse émotionnelle - choc suite à l'annonce
- Crise individuelle et interpersonnelle
- Répercussions du cancer et de ses conséquences sur l'entourage

### Contexte du sujet âgé

« **C'est la double peine : être âgé et avoir un cancer.** Je parlerai ici de la dépression du sujet âgé, mais je m'intéresserai aussi aux aidants, aux membres de la famille qui entourent la personne âgée.

A mes étudiants, je répète souvent qu'ils ne doivent pas oublier qu'ils ont à prendre en charge des « sujets en soins », des personnes, et non « une prostate, un sein... ».

Autre point à souligner : **aujourd'hui on cherche de plus en plus à rendre les personnes autonomes face à la maladie, or les personnes atteintes de cancer sont de plus en plus âgées.**

Les difficultés :

- Solitude : veuvage,
- Maladie du conjoint lui aussi âgé,
- Restriction ou précarité sociale et matérielle (retraite= baisse de revenus...)
- Pertes cumulées face aux déficiences : image du corps, fonctions instinctuelles (sommeil/appétit), capacités cognitives (démence) et sensorielles (vues/audition)=> Dépendance
- Omniprésence de la problématique du deuil,
- Vulnérabilité physique +/- psychologique +/-relationnelle, et co-morbidités associées (diabète, HTA, BPCO, démence), psychopathologies concomitantes (démence, confusion, syndrome paranoïde, dépression),
- Question de la mort du fait de la vieillesse

### Contexte particulier du cancer chez le sujet âgé

Cette double peine se traduit aussi par une rupture physique et psychosociale, avec des

- Perte d'autonomie / dépendance
- Altération redoutée du schéma corporel
- Capacité décisionnelle / communication + compréhension de l'information
- Validité du consentement informé
- Evaluation des bénéfices attendus // risques des traitements proposés

**Trop souvent on infantilise les personnes âgées malades.** On considère qu'elles ne sont plus à même de prendre des décisions de façon autonome. Attention : ce ne sont pas des enfants, ce sont des adultes malades ! On ne doit jamais oublier la dignité, le respect !

Parfois la famille n'autorise même pas son proche malade à décider et ce dernier se trouve dans un conflit de loyauté : avait-il envie, lui, de suivre le traitement ? Mais sous la pression de la famille...

**Souvent, les personnes âgées chez qui se révèle un cancer, ont déjà un « casier médical » chargé.**

Le rôle du médecin traitant paraît capital.

**Il faut songer à l'impact de la maladie.** La perte des cheveux, conséquence d'un traitement du cancer par chimiothérapie, par exemple, peut être très mal vécue. Autrefois ça ne se faisait pas d'aller voir un psy (psychiatre, psychothérapeute, psychologue...) pour extérioriser un mal être, un stress. Maintenant « c'est tendance ! ».

Ainsi, on comprend aujourd'hui toute l'importance de songer aux représentations, au vécu, différents pour chacun. Certains mots, certaines références pour décrire la maladie, peuvent être source de stress chez certains et non chez d'autres.

Les patients ont parfois besoin de mettre en place des théories personnelles dites profanes pour trouver une explication à la survenue de leur cancer.

Dans les théories profanes, on cite des exemples tels que celui d'un professeur à la retraite, chez qui on annonce une tumeur agressive. Ce terme « agressif » peut lui rappeler l'agressivité des élèves dans sa classe, et elle supportera d'autant plus mal la situation.

Parfois, la maladie vient faire résonance avec des traumatismes du passé qui resurgissent.

Ainsi, ce vieil homme, rescapé des camps de la mort, qui, atteint d'un cancer douloureux en raison de métastases osseuses, avait beaucoup de difficultés à être soulagé. La douleur « résistait ». Ces souffrances physiques actuelles

lui rappelaient alors les souffrances passées et il a fallu l'aider pour qu'il s'autorise à lâcher prise et à accepter les traitements.

## La dépression du sujet âgé en oncologie

**La dépression est une pathologie.** Un patient me disait un jour « La dépression c'est le cancer de l'âme ». Ceci n'est pas sans lien avec la citation du metteur en scène Woody Allen, qui fait dire à un de ses acteurs: « Entre un cancer et une dépression, je préfère encore un cancer ». (In : Crimes et délits, 1989)

Actuellement on éprouve des difficultés à évaluer clairement le nombre de cas de dépression chez les personnes âgées. On a une grande variabilité des chiffres due à une hétérogénéité des populations étudiées, des définitions des troubles dépressifs, des classifications et des outils de dépistage utilisés.

**Les conséquences de la dépression chez le sujet âgé atteint d'un cancer peuvent être très graves.** On songe aux retentissements au niveau fonctionnel au quotidien, à la qualité de vie, à l'adhésion aux soins oncologiques, à la perte d'intérêt et de sens pour la vie avec le risque de passage à l'acte suicidaire. Il y a aussi les problèmes institutionnels (orientation, inquiétude de l'entourage soignant et familial).

On constate que des personnes durant un épisode dépressif sévère, souhaitent arrêter la prise en charge de leur cancer (ex : refus de poursuivre la chimiothérapie), puis une fois l'épisode dépressif résolu, choisissent de reprendre le traitement.

Les signes classiques de la dépression sont : sommeil perturbé, perte des intérêts, culpabilité et sentiment d'être un fardeau, fatigue et perte d'énergie, difficulté de concentration, perte d'appétit et anorexie, ralentissement psychomoteur, idées suicidaires. Mais parmi ces critères, certaines manifestations somatiques de la dépression ne sont pas discriminantes dans le cadre du cancer ou autre pathologie médicale associée : fatigue, anorexie, amaigrissement, etc.. On va s'intéresser ici aux critères psychologiques.

Souvent les dépressifs âgés ne viennent pas spontanément rencontrer le psychiatre, et lorsqu'ils consultent, la dépression est

souvent à un stade avancé et évolue depuis de nombreux mois.

## Spécificités de la dépression chez le sujet âgé

- Tristesse de l'humeur remplacée par un émoussement affectif + irritabilité + hostilité / entourage,
- Troubles du caractère d'apparition récente
- Anhédonie vécue comme pénible et douloureuse
- Modification du comportement
- Ralentissement psychomoteur si contraste avec état antérieur
- Dimension délirantes : idées de persécution, de jalousie ou de préjudice ou manifestations hypocondriaques avec des préoccupations centrées sur les symptômes somatiques
- Symptomatologie induite par les traitements anticancéreux ou autre substances (antiaromatases, bêtabloquants, benzodiazépines, antiparkinsonien ect...)
- Risque de passage à l'acte suicidaire accru +++ surtout si confrontation à perte d'autonomie, dévalorisation corporelle et conception très négative des soins.

La perte d'intérêt est vécue de façon douloureuse. Le comportement se modifie. La personne devient irritable, soupçonneuse.

La dépression peut se manifester dans une forme mélancolique gravissime avec des idées d'indignité et d'incurabilité voire de négation d'organe et de pourrissement de l'intérieur, communément appelée syndrome de Cotard.

Parfois, le traitement du cancer entraîne une agueusie ou perte du goût des aliments, et cela peut amener une perte du goût de vivre chez des patients, pour qui, la fonction gustative prenait une place importante dans leur existence (ex d'un cuisinier).

Parmi les facteurs de risque de dépression chez le sujet âgé, on note : l'existence de problèmes somatiques (cancer), l'isolement social (perte du conjoint, éloignement des enfants), l'importance du ou des déficits fonctionnels (autonomie), les antécédents de troubles de l'humeur, un niveau scolaire faible, une crise familiale (il faut tenir compte de l'écologie environnementale du sujet âgé !).

**Lorsque le sujet ne s'intéresse plus à rien, y**

**compris à ses pertes, qu'il ne peut plus faire son travail de deuil du vieillir en s'exprimant, c'est grave !**

**La dépression ne fait pas partie du processus normal du vieillissement : il s'agit d'un trouble pathologique qu'il convient de traiter en tant que tel.**

**Aujourd'hui, on sait que le taux de suicide chez les personnes âgées est double de celui de la population générale** (Pinquier C et al Rev. Geriatr. 2005). Le taux est 5 fois plus élevé que chez le sujet jeune.

## Principes thérapeutiques chez le sujet âgé

- Rechercher une cause médicale sous jacente et la traiter
- Reconnaître les effets secondaires des traitements: iatrogénie
- Orienter vers des services de réhabilitation pour optimiser l'état fonctionnel du patient et limiter la perte d'autonomie
- Impliquer famille et entourage
- Soutien psychologique : deuil, dépendance, perte
- Médications / électroconvulsivothérapie
- Prescription des médicaments :
- Protocole « CARE » : Compliance au traitement, Adaptation des doses, Réduction des doses, inventaire et suppression des médicaments inutiles, Education thérapeutique
- Débuter à doses faibles et augmenter très progressivement : titration ++

## La famille

Nous travaillons beaucoup en collaboration avec les familles, mais il ne faut pas oublier que la personne âgée n'est pas un enfant !

**La famille est souvent aussi fragile que le patient**, et parfois le corps médical est un peu trop direct. Longtemps elle a été mise à l'écart.

Il ne faut donc pas négliger la famille. Pour l'entourage familial, il y a un double impact. Naturellement confrontée à la vieillesse du proche, la famille doit maintenant faire face au cancer et aux traitements induits. La famille est constituée, le cas échéant, du conjoint (âgé lui aussi !) et des enfants adultes (partenaires principaux des médecins).

Et face aux thérapeutiques oncologiques, on distingue les défaitistes « à quoi bon » et les optimistes à l'excès.

« Les médicaments c'est bon pour ma vie, pas forcément pour ma santé. » Quels seront les bénéfices pour le proche malade ? Quelle sera la qualité de vie du patient et en parallèle celle des membres de la famille. Il y a une phase d'évaluation et il y aura une phase d'adaptation. Quelles sont les ressources sociales de la personne âgée malade, et quelles sont ses ressources financières ? Tout cela va impacter la situation.

**Pour l'ensemble de la famille, la maladie cancer représente une crise.** Elle entraîne une modification de la dynamique familiale et donc des rôles et rapports intra-familiaux. Elle est porteuse d'une menace, celle de perdre le proche plus rapidement que prévu. C'est une confrontation à l'inconnu et un vécu d'impuissance.

Certaines problématiques passées peuvent se réactiver. La communication devient difficile. Il y a un bouleversement émotionnel. La maladie a un retentissement dans l'organisation au quotidien. Les projets de vie sont remis en question.

Face à ce bouleversement apporté par la maladie, la famille peut mettre en place un mécanisme de défense tel que le déni : « Vous allez le guérir Docteur » ! la famille ne mesurant pas la gravité de l'état, ou encore le rejet. On relève aussi de la culpabilité et une certaine ambivalence. Le vécu d'impuissance peut, lui, générer des mécanismes de projection agressive. Mais on constate aussi parfois une hyperactivité intrusive de la famille, ou un fatalisme et une forme de passivité, voire un deuil anticipé avec perte de l'investissement dans l'ici et maintenant.

Dans certains cas, on pourra constater des problèmes relationnels avec les soignants. Longtemps mise à l'écart, la famille est aujourd'hui plus informée, soutenue. Pour le bénéfice de tous, une relation de confiance doit s'instaurer avec l'équipe médicale. La famille doit se sentir impliquée dans les prises de décisions.

Cependant, cette qualité de relation famille/soignants, n'est pas toujours facile si la famille est « hyper impliquée » par exemple, ou à l'inverse désengagée. Certaines familles auront un fonctionnement rigide et/ou un stress généré par des expériences médicales précédentes traumatisantes...

En définitive, chaque situation est unique. Il n'y a pas de recette. Chaque famille a son histoire, ses coutumes et traditions, ses non-dits...

Les équipes soignantes doivent composer avec chaque dynamique familiale qui fonctionnera selon un système bien défini, avec ses règles bien précises ; celles-ci pouvant parfois se heurter aux règles de l'établissement où est hospitalisé leur proche.

Le corps médical ne doit pas faire l'impasse des aidants, de la famille, et en parallèle éviter que ceux-ci ne se substituent au patient.

Le rôle du psychiatre est de positiver. Le soignant, d'une façon générale, doit être à l'écoute des besoins et attentes des aidants (attention, valorisation, reconnaissance).

### **Dire la vérité ?!**

Il faut faire attention aux projections. **Que signifie « Dire la vérité ? » Il faut distinguer la vérité de l'information.** En réalité, il faut que cette vérité qu'on va assener, soit supportable pour le patient. « Avant de passer à l'acte, il faut penser l'acte ! ».

**Il faut laisser le temps au patient de cheminer.** La vérité ne doit pas être castratrice, ne doit pas tuer ni la pensée ni l'espoir.

**Il ne faut pas coller des étiquettes aux patients.** Ils ont besoin qu'on s'intéresse à eux, individuellement, en dehors de leur maladie.

Compte-rendu : Nathalie MATHIS  
www.alixcom.net