

Prise en charge et accompagnement d'un malade cancéreux à tous les stades de la maladie. Traitement symptomatique, modalité et surveillance. Aspects psychologiques, éthiques et sociaux (142)

*Docteur Guillemette LAVAL
Août 2003*

Pré-Requis :

Sémiologie et sciences humaines PCEM, DCEM

Résumé :

Cette question fait appel à de nombreux points d'attention abordés ou traités de manière complémentaire dans la leçon 141 de ce même module (traitement des cancers : chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie. La décision thérapeutique et l'information du malade) et dans plusieurs autres modules dont essentiellement :

- celui sur douleur, Soins Palliatifs, accompagnement (corpus médical anesthésie réanimation : leçons 65, 66, 67, 68, 69, 70),
- celui sur l'apprentissage de l'exercice médical (corpus médical, médecine légale : leçons 1, 7).
- celui sur santé et environnement – maladie transmissible (corpus médical, approche nutritionnelle : leçon 111).

L'étudiant y trouvera des apports de base concernant la prise en charge des symptômes que peut présenter le patient cancéreux au cours de sa maladie ainsi que quelques repères psychologiques, sociaux et éthiques liés aux souffrances et questions amenées par le cancer.

Mots-clés :

Soins de support, soins palliatifs, douleur, autres symptômes, qualité de vie, asthénie, anorexie, dénutrition, vomissements, souffrance psychologique, souffrance sociale, éthique, consentement éclairé, refus de soins.

1. Soins de support et soins palliatifs

Dans tous les cas, il s'agit de suivre le patient cancéreux au cours de sa maladie dans une démarche à visée curative lorsqu'elle est possible ou palliative lorsqu'il n'est plus raisonnable d'espérer la guérison. La maladie elle-même, quel que soit son stade évolutif ainsi que les traitements curatifs proposés (Cf leçon 141) peuvent être générateurs de symptômes difficiles qui nécessiteront des traitements étiologiques chaque fois que possible et des traitements symptomatiques.

On appelle soins de support ou soins supportifs (adaptation française du terme "supportive care" des anglo-saxons (Multinational Association of Supportive Care in Cancer : MASCC), les soins non spécifiques apportés au patient cancéreux à tous les stades de la maladie et destinés à améliorer sa qualité de vie. Ils concernent la nutrition, les facteurs de croissance, l'antibiothérapie, les antiémétiques, le traitement de l'hypercalcémie, le traitement de la

douleur, la psycho-oncologie et l'accompagnement, la rééducation fonctionnelle..., les soins terminaux...

On appelle soins palliatifs les soins et accompagnement destinés aux patients atteints de maladie évolutive ou terminale. Ils ont été initialement développés (mouvement des Hospices, Cecily Saunders, GB) par les patients en phase terminale de leur maladie quelle que soit la pathologie en cause. Ils sont maintenant proposés plus tôt dans l'histoire du malade permettant un véritable travail de prévention de situations difficiles. En cancérologie, c'est l'apparition des premières métastases ou d'un diagnostic d'évolution locale, incurable qui marque l'entrée d'un patient en soins palliatifs.

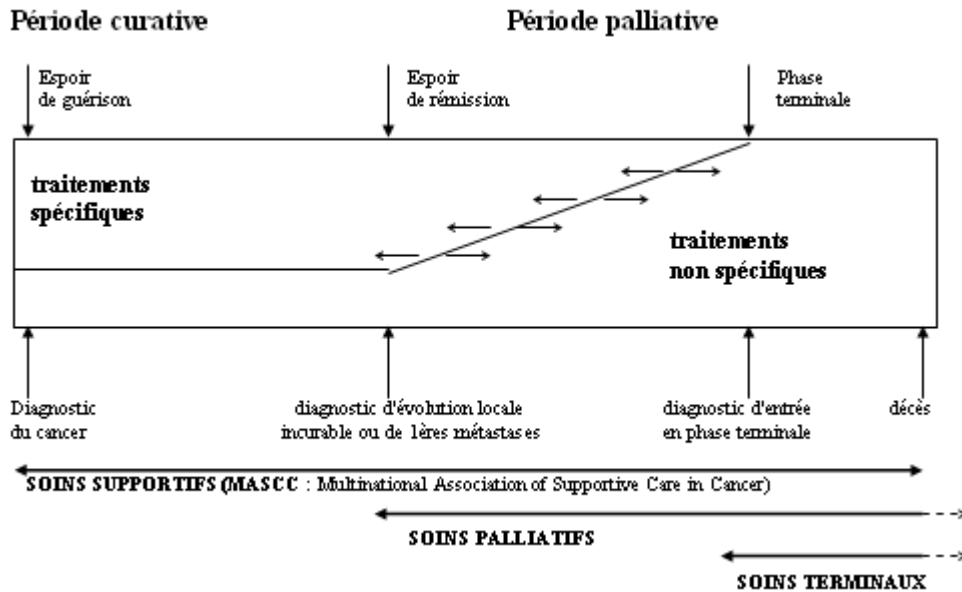


Schéma : Périodes curatives et palliatives d'une maladie grave évolutive
(G. Laval, M.L. Villard)

Les soins palliatifs correspondent en partie aux soins de support (Cf. leçon 69-2 Concept et domaine d'application des soins palliatifs). Deux phases palliatives sont distinctes, l'une où des soins spécifiques (chimiothérapie palliative...) ont une place pour obtenir un ralentissement de l'évolution de la maladie, l'autre, la phase terminale proprement dite où plus aucun traitement spécifique n'a d'intérêt.

2. Traitements symptomatiques – Modalités et surveillance

2.1. Douleur

La douleur chez le patient atteint de cancer dépend du type et du siège du cancer (sein, prostate et douleurs par métastases osseuses, pancréas et douleur par envahissement du plexus solaire...) et du stade évolutif de la maladie avec des douleurs d'autant plus fréquentes que la pathologie est avancée.

Les causes sont :

- Le plus souvent la tumeur elle-même (compression, infiltration...)
- Plus rarement les traitements utilisés : douleur iatrogène (Cf. leçon 141 : mucite, névrite post-chimiothérapique, plexite post-radiothérapique...)

- Les conséquences du cancer (syndrome occlusif, HTIC, grabatisation...),

Les mécanismes générateurs de la douleur sont surtout nociceptifs ce qui explique la place importante des morphiniques dans leur soulagement. Les douleurs mixtes (nociceptive et neurogène associées) sont d'autant plus fréquentes que la maladie évolue. Ces dernières font appel à l'utilisation concomitante d'antidépresseurs et/ou d'anti-épileptiques.

Les coadjuvants comme les corticoïdes, les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les antispasmodiques, des diphosphonates, les myorelaxants... sont souvent utiles. Parfois, des gestes d'analgésie interventionnelle (bloc intercostal, bloc solaire, administration d'antalgiques par voie péri ou intrathécale...) sont nécessaires.

Ce vaste domaine d'évaluation de la douleur, de prescription de thérapeutiques à visée antalgique et de surveillance est détaillé dans les leçons 65, 66, 67 et 68 du module 6, corpus médical anesthésie douleur.

Les tableaux 1, 2 et 3 ci-joints résument les principaux opioïdes disponibles en ville et en institution (tableau 1), les principales règles d'utilisation des opiacés forts avec possible rotation (tableau 2) et les principaux effets indésirables à prévenir et à traiter (tableau 3).

| Spécialités Concernées | Formes | Durée maximale |
|---|---|------------------------------------|
| Morphine injectable 10-20-50-100-200*-400*-500**mg (laboratoires Aguettant, Lavoisier, Cooper, Renaudin) * laboratoire Aguettant seulement ** laboratoire Lavoisier seulement | Ampoules injectables administrées sans système actif pour perfusion (avec système actif : 28j.) | 7 jours |
| EUBINE® suppositoire 20 mg (Chlorhydrate d'oxycodone) | Suppositoire · libération immédiate. | |
| Morphine solution buvable en ampoules 10 et 20 mg Morphine solution buvable en flacons préparés en officine (concentration adaptable) | Ampoules et soluté buvables. | 28 jours |
| SEVREDOL® cp sécable 10 - 20 mg (Sulfate de morphine) ACTISKENAN® gel 5 - 10 - 20 - 30 mg (Sulfate de morphine) | Formes orales · libération immédiate. | |
| MOSCONTIN® cp LP 10 - 30 - 60 - 100 - 200 mg (Sulfate de morphine) SKENAN® gél. LP 10 - 30 - 60 - 100 - 200 mg (Sulfate de morphine) | Formes · libération prolongée / 12h. | |
| KAPANOL® gél. LP 20 - 50 - 100 mg (Sulfate de morphine) | Gélules · libération prolongée / 24h. | |
| SOPHIDONE® gel LP 4 - 8 - 16 - 24 mg (Chlorhydrate d'hydromorphone) | Gélules · libération prolongée / 12h. | |
| OXYCONTIN® cp LP 10 - 20 - 40 - 80 mg (Chlorhydrate d'oxycodone) | Comprimés · libération prolongée / 12h. | |
| DUROGESIC® patch 25 - 50 - 75 - 100 µg/h (Fentanyl) | Dispositif transdermique. | Délivrance fractionnée 14 jours |
| ACTIQ® cp avec dispositif pour application buccale 200-400-600-800-1200-1600 µg (Citrate de fentanyl) non encore disponible en ville. | Dispositif transmuqueux. | Délivrance fractionnée 7 jours |

Tableau 1 : Principaux morphiniques hospitalier et en pratique de ville et durée maximale de prescription

(d'après J.O. du 23 juillet 2002 - G. Laval, M-L. Villard, B. Sang)

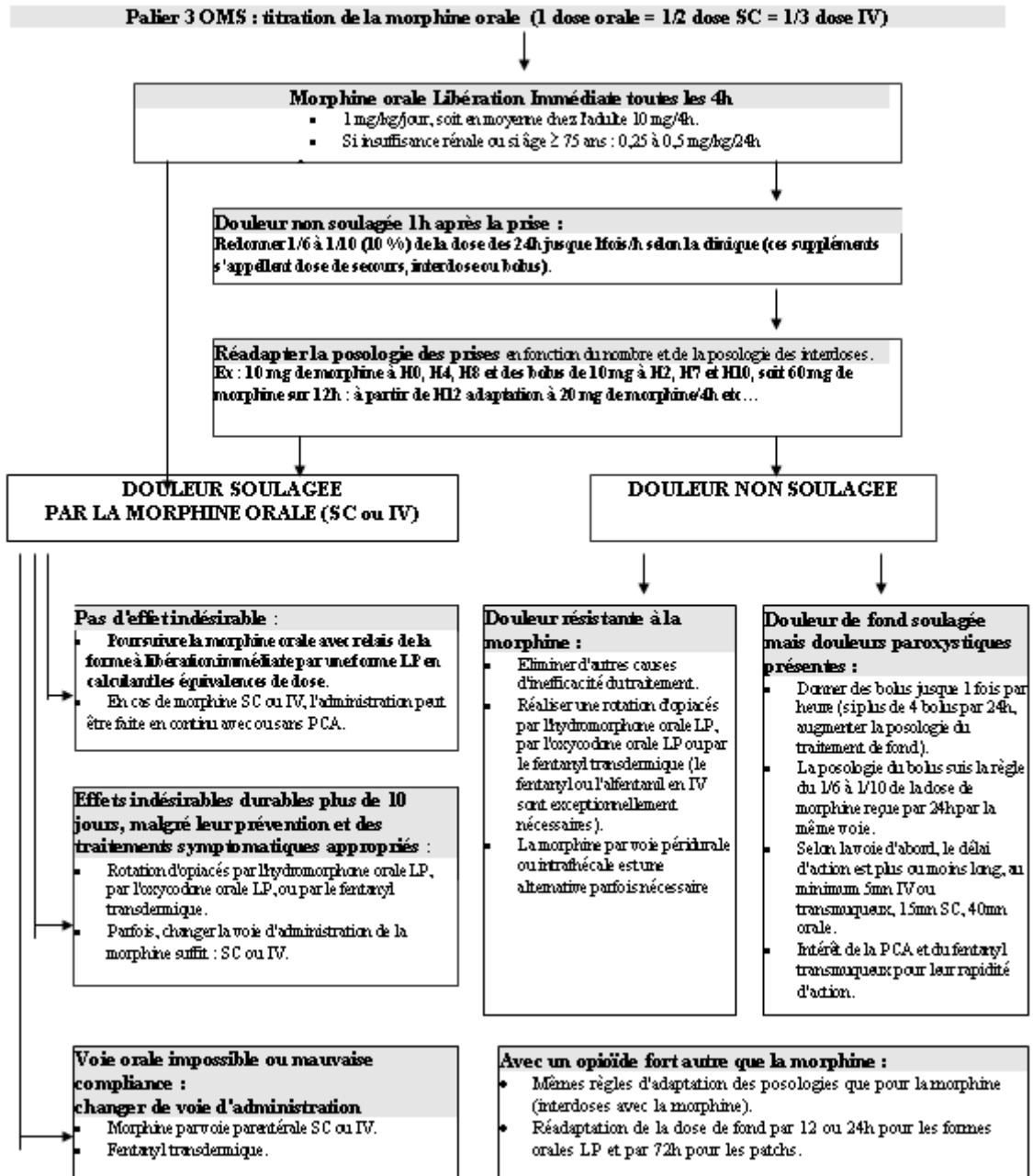


Tableau 2 : Arbre décisionnel pour l'utilisation des opiacés forts dans la douleur par excès de nociception (G. Laval, M-L. Villard, C. Garnier, D. Charlety)

| Symptôme | Traitement | Remarque |
|---|--|---|
| Constipation Très fréquente/dose d'pendante/diminution des sécrétions et des mvts péristaltiques et renforcement des sphincters | Prescription conjointe d'un morphinique et d'un laxatif : laxatif osmotique (lactulose : Duphalac® ou macrogol : Forlax®) et/ou laxatif péristaltique (docusate sodique : Jamlène®) et parfois un laxatif irritant. (Sénokot®). Lavement si pas de selles depuis 3 j. | Risque de fécalome. Rechercher d'autres étiologies (organique, métabolique, autre pathologie (hypothyroïdie) médicaments autres") Règles hygiéno-diététiques (boissons, fibres, activité physique") |
| Nausées vomissements Inconstants/stimulation centre vomissement et retard vidange gastrique. | Antémétiques de référence : métoclopramide (Primperan®) ou halopéridol (Haldol®). | Sétons rarement efficaces. Rechercher d'autres étiologies (organiques, métaboliques, médicamenteuses autres). |
| Somnolence Fréquente/d'origine centrale et "dette de sommeil" | Savoir tenir dans la prescription mais adapter les posologies plus lentement. Amphétamine dans le cadre d'essais clinique (Ritaline®). | Rechercher d'autres étiologies (métabolique, organique, et svt médicamenteuse). Ne pas introduire en même temps un morphinique et un psychotrope mais plutôt, si possible, l'un puis l'autre. |
| Etat confusionnel et hallucinations Plus fréquent chez les personnes âgées / susceptibilité individuelle | Savoir tenir dans la prescription mais adapter les posologies plus lentement. Halopéridol si besoin. | Favorisés par la prise conjointe de psychotropes. |
| Rétention urinaire Plus fréquente chez les personnes âgées | Sondage urinaire transitoire Svt succès des alphabloquants (Vasobral®, Xatral®, Josir®) | Y penser devant une agitation inexplicée. Risque major" par fécalome, adénome prostatique ou par prise conjointe d'anticholinergiques. |
| Prurit | Svt succès des antihistaminiques (Atarax®) | |
| Sueurs | Svt succès des AINS ou des neuroleptiques (Melleril®) | |
| Sursauts pendant l'endormissement, myoclonies | Possible utilisation du Rivotril® | Rarement lors de la prescription de l'opiacé, mais plutôt lors d'une augmentation des posologies |
| Troubles respiratoires La d'pression respiratoire est quasi inexistante chez le patient · douleur cancéreuse trait"e de façon continue et régulièrement évaluée. Une bronchoconstriction (asthme) en d"but de traitement est possible. | | |
| Quelques remarques : - Effets soumis · une grande variabilité individuelle et souvent transitoires. - Influence de la voie d'administration. - Prise en compte des paramètres que sont l'âge avancé, l'insuffisance rénale ou hépatique, la prise concomitante et récente de psychotropes. - Prévenir le patient de leur possible survenue. - La rotation d'opiacés peut s'envisager selon le degré d'urgence, par exemple dès le 10^{ème} jour de l'échec du traitement symptomatique bien conduit. | | |

Tableau 3 : Effets indésirables des opiacés
(G. Laval, M-L. Villard, B. Sang)

2.2. Autres symptômes

2.2.1. Asthénie

- L'asthénie est très fréquente chez le patient cancéreux.
- Elle se définit comme "un symptôme subjectif et désagréable intégrant l'ensemble des sensations corporelles allant de la lassitude à l'exténuation qui créent un état général tenace altérant les capacités de fonctionnement de l'individu (Ream et al. in Anna Simon, 2003).
- Elle s'évalue, comme pour la douleur, de manière quantitative (EVA, EVS, ENS...) et qualitative à l'aide de questionnaires qui cherchent à en retrouver les composantes

(fatigue physique, fatigue mentale...). Le questionnaire qualité de vie de l'EORTC évalue, entre autres, la fatigue (EORTC : QLQ C30) et reste dans notre expérience un des plus intéressants à tous les stades de la maladie.

| | | | | | | |
|--|-------------|--------|-----------|----------|---|---|
| Nous nous intéressons à vous et à votre santé. Répondez vous-même à toutes les questions en entourant le chiffre qui correspond le mieux à votre situation. Il n'y a pas de "bonne" ou de "mauvaise" réponse. Ces informations sont strictement confidentielles. | | | | | | |
| Initiales : | | | | | | |
| Date de naissance : | | | | | | |
| Date d'aujourd'hui : | | | | | | |
| | Pas du tout | Un peu | Assez | Beaucoup | | |
| 1. Avez-vous des difficultés à faire certains efforts physiques pénibles comme porter un sac à provision chargé ou une valise ? | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 2. Avez-vous des difficultés à faire une longue promenade ? | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 3. Avez-vous des difficultés à faire un petit tour dehors ? | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 4. Êtes-vous obligé(e) de rester au lit ou dans un fauteuil pendant la journée ? | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 5. Avez-vous besoin d'aide pour manger, vous habiller, faire votre toilette ou aller aux W.C. ? | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| Au cours de la semaine passée : | Pas du tout | Un peu | Assez | Beaucoup | | |
| 6. Avez-vous été gêné(e) pour faire votre travail ou vos activités de tous les jours ? | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 7. Avez-vous été gêné(e) dans vos activités de loisir ? | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 8. Avez-vous eu le souffle court ? | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 9. Avez-vous eu mal ? | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 10. Avez-vous eu besoin de repos ? | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 11. Avez-vous eu des difficultés pour dormir ? | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 12. Vous êtes-vous senti(e) faible ? | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 13. Avez-vous manqué d'appétit ? | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 14. Avez-vous eu des nausées (mal au cœur) ? | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 15. Avez-vous vomit ? | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| Au cours de la semaine passée : | Pas du tout | Un peu | Assez | Beaucoup | | |
| 16. Avez-vous été constipé(e) ? | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 17. Avez-vous eu la diarrhée ? | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 18. Êtes-vous fatigué(e) ? | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 19. Des douleurs ont-elles perturbé vos activités quotidiennes ? | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 20. Avez-vous eu des difficultés à vous concentrer sur certaines choses par exemple lire le journal ou regarder la télévision ? | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 21. Vous êtes-vous senti(e) tendu(e) ? | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 22. Vous êtes-vous fait du souci ? | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 23. Vous êtes-vous senti(e) irritable ? | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 24. Vous êtes-vous senti(e) déprimé(e) ? | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 25. Avez-vous eu des difficultés pour vous souvenir de certaines choses ? | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 26. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gêné(e) dans votre vie familiale ? | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 27. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gêné(e) dans vos activités sociales (par exemple sortir avec des amis, aller au cinéma...)? | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 28. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils causé des problèmes financiers ? | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| Pour les questions suivantes, veuillez répondre en entourant le chiffre entre 1 et 7 qui s'applique le mieux à votre situation ? | | | | | | |
| 29. Comment évalueriez-vous votre état de santé au cours de la semaine passée ? | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Très mauvais | | | Excellent | | | |
| 30. Comment évalueriez-vous l'ensemble de votre qualité de vie au cours de la semaine passée ? | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Très mauvais | | | Excellent | | | |

Tableau : Questionnaire "qualité de vie" de l'EORTC
(European Organisation Research and Treatment of Cancer eortc@eortc.be)

- L'asthénie est pluri-factorielle (anémie, dénutrition, infection, douleur, dépression, chimiothérapie...) et fait appel, chaque fois que c'est possible à un traitement étiologique.

| | ETIOLOGIES | TRAITEMENT ETIOLOGIQUE |
|--|---|---|
| 1 – Lié au cancer ou à son traitement (chimiothérapie, Interféron, hormonothérapie, radiothérapie et chirurgie...) | Anémie | Erythropoïétine recombinante si hémoglobine entre 8 et 11g/dl : une injection SC 10 000 UI 3 fois/semaine (EPREX) ou une injection hebdomadaire (NEORECORMON, ARANESP) pour palier l'anémie induite par chimiothérapie, ou transfusion si hémoglobine < 8 g/dl. |
| | Deshydratation | Hydratation. |
| | Cachexie | Alimentation entérale, parentérale, compléments nutritionnels |
| | Infection | Antibiothérapie. |
| | Troubles métaboliques | Hypercalcémie (intérêt des disphosphonates IV (Aredia 60 à 90 mg ou Zometa 4 mg) à renouveler selon les résultats. toujours assurer une hyperhydratation). Hypokaliémie. |
| | Métabolisme musculaire altéré | Exercice physique mesuré et modéré. |
| | Production de cytokines | Corticothérapie 0,5 mg/kg/jour en cure courte. |
| | Hypothyroïdie | Hormones thyroïdiennes |
| | Douleur | Traitement antalgique (paliers de l'OMS ± adjuvants) |
| | Nausées et vomissements | Antémétiques et/ou corticoïdes. Parfois analogues de la Somatostatine. |
| | Altération veille/sommeil | |
| 2 – Thérapeutique | Chirurgie | } Discuter l'interruption momentanée du traitement. |
| | Chimiothérapie | |
| | Radiothérapie | |
| | Immunomodulateurs | |
| | Opioides | |
| 3 – Symptôme émotionnel causé par le cancer et son traitement | Stress | Relaxation, psychothérapie. |
| | Anxiété | Anxiolytique, psychothérapie. |
| | Dépression | Antidépresseur, psychothérapie. |
| | Immobilité et déconditionnement physique | Exercice physique mesuré et modéré. |

Tableau : Etiologies et thérapeutiques de l'asthénie chez un patient cancéreux
(M-L. Villard, G. Laval – D'après Référentiel Soins Palliatifs et Cancérologie – CHU Grenoble 2003)

- Les traitements médicamenteux symptomatiques de l'asthénie sont très limités. Il s'agit essentiellement des stéroïdes avec une corticothérapie (0,50 à 1 mg/kg) pendant 10 jours par exemple, à renouveler tous les mois s'il est efficace et des amphétamines (méthylphénidate et dextroamphétamine). En soins palliatifs, plusieurs publications encouragent leur utilisation pour leur effet psychostimulant par augmentation de la dopamine synaptique. Certaines équipes utilisent (hors AMM) le méthylphénidate (Ritaline®) cp 10 mg, 1 à 6 cp/j le matin pendant 4 semaines avec diminution puis arrêt des prises ensuite.
- Les mesures de soulagement par des moyens non médicamenteux sont importantes et font appel entre autres à la kinésithérapie, aux massages, à la relaxation, à l'accompagnement et au soutien psychologique.

2.2.2. Anorexie et dénutrition

- L'anorexie, très fréquente chez le patient cancéreux, représente la première cause de dénutrition. Le clinicien doit veiller à traiter, chaque fois que possible, les facteurs favorisant l'anorexie (bouche douloureuse, candidose, nausées, constipation, angoisse....)

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Bouche sèche ou bouche douloureuse, candidoses.- Perte du goût.- Exacerbation de l'odorat et impression de satiété ou de nausées.- Substances endogènes circulantes anoréxigènes (cytokine, glucagon(□), calcitonine, toxohormone L...).- Nausées chroniques ou état nauséux.- Stase gastrique.- Constipation, occlusion intestinale.- Dépression réactionnelle.- Angoisse.- Douleur ou autres symptômes mal soulagés (prurit, dyspnée, confusion...).- Traitements (radiothérapique, chimiothérapique, hormonothérapie, opiacés...). |
|--|

[Tableau : Principales causes de l'anorexie chez le patient cancéreux](#)

(G. Laval - D'après Référentiel Soins Palliatifs et Cancérologie – CHU Grenoble 2003)

- Les autres facteurs de dénutrition sont multiples. Ils sont tous liés au cancer et à ses conséquences.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- La progression du volume tumoral.- L'augmentation des dépenses énergétiques globales (□ du métabolisme glucidique, □ du métabolisme lipidique, catabolisme protéidique accru) sous l'influence des réactions inflammatoires liées au cancer (libération de cytokines TNF, IL1,IL2,IL6...).- La réduction des apports alimentaires par un ou plusieurs facteurs associés :<ul style="list-style-type: none">• trouble de la déglutition, dysphagie ou autre obstacle à l'alimentation orale• troubles digestifs (nausées, vomissements...),• troubles de la vigilance (confusion...),• et surtout l'anorexie. |
|---|

[Tableau : Principaux facteurs de dénutrition chez le patient cancéreux](#)

(G. Laval – D'après Référentiel Soins Palliatifs et Cancérologie – CHU Grenoble 2003)

- La nutrition artificielle est un traitement adjuvant qui permet de restaurer le statut nutritionnel avant et pendant les traitements du cancer dont les effets secondaires peuvent altérer les fonctions digestives (par ex . nutrition entérale ou parentérale à domicile en cours de radio-chimiothérapie concomitante). Elle est également indiquée pour les malades présentant des séquelles des traitements (chirurgie, entérite radique...).
- En soins palliatifs, son intérêt est plus discutable dans la mesure où son impact sur la survie et/ou la qualité de vie n'est pas démontré.
- Toute démarche nutritionnelle passe par une évaluation et fait appel à une collaboration entre spécialistes (oncologue, nutritionniste, service diététique...). La décision d'une renutrition dépend du stade évolutif de la maladie. Des indices et échelles fonctionnels et pronostiques (cf tableaux suivants) aident à la décision. Dans tous les cas, l'adhésion par le patient au projet de renutrition par nutrition artificielle, si elle est décidée, est essentielle. Il est important de pouvoir l'introduire si elle peut

améliorer la qualité de vie du patient (voire prolonger sa vie). Au contraire, il faut savoir ne pas l'introduire si elle doit être source d'espoirs irréalistes et de complications chez un patient à pathologie évolutive qui conduira au décès quand bien même il recevrait une nutrition artificielle. La question de l'arrêt d'une nutrition artificielle déjà en place chez un patient cancéreux qui évolue sera difficile toutes les fois que le malade ou sa famille accorde une valeur symbolique à la poursuite (Cf. chapitre questionnement éthique en soins palliatifs leçon 69, 7.1 et 7.2).

| Index nutritionnel | Bon état nutritionnel | Dénutrition modérée | Dénutrition sévère |
|--------------------------------------|-----------------------|--|--------------------------|
| poids | Poids stable | Perte de poids >10% en moins de 6 mois | Perte du poids constante |
| IMC** (index de la masse corporelle) | > 21 | < 21 | < 19 |
| Circonférence brachiale | > 22 cm | Entre 22 et 21 cm | < 21 cm |
| Circonférence du mollet | > 31 cm | < 31 cm | |
| Albumine | > 35 g/l | < 35 | < 25 |
| Préalbumine | > 200 mg/l | < 200 | < 100 |
| CRP | < 4 mg/l | > 20 | > 100 |
| Orosomucoïde | < 1,2 g/l | > 1,2 | > 2 |
| PNI | < 1 | > 10 | > 30 |

** IMC = $\frac{\text{Poids (en Kg)}}{[\text{taille (en mètre)}]^2}$

Tableau : [Eléments cliniques et biologiques d'évaluation nutritionnelle](#)
(L. Rys et al.)

| Karnofsky (%) | OMS (grade) | ADL – Activité de la vie quotidienne(score) |
|--|--|---|
| 100 Normal, pas de plainte, pas de symptôme évident de maladie. | 0 Activité normale. | Mobilité : 1 Se déplace seul sans aide. 0,5 Se déplace de son lit ou de sa chaise avec aide. 0 Grabataire. |
| 101 Apte à reprendre une activité normale, quelques signes et symptômes de maladie. | 1 Symptômes mais presque totalement ambulatoire. | Alimentation : 1 S'alimente seul. 0,5 Reçoit une aide pour couper sa viande ou peler ses fruits. 0 On le fait manger. |
| 102 Activité normale avec peine, quelques signes et symptômes de maladie. | 2 Parfois alité, mais besoin d'être alité moins de 50 % de la journée. | Hygiène corporelle : 1 Ne nécessite aucune aide. 0,5 Nécessite une aide pour les jambes ou installation au lavabo. 0 Nécessite une aide pour plusieurs parties du corps. |
| 103 Subvient à ses propres besoins, incapable de poursuivre une activité normale ou un travail actif. | 3 Besoin d'être alité plus de 50 % de la journée. | Habillage : 1 Prend seul ses vêtements et s'habille sans aide. 0,5 S'habille seul si préparation des vêtements ou aide pour mettre ou lacer les chaussures.. 0 Reste partiellement déshabillé ou dépendance totale. |
| 60 Nécessité d'aide occasionnelle mais est capable de subvenir à la plupart de ses besoins. | 4 Incapable de se lever. | Continence : 1 Contrôle ses urines et ses matières. 0,5 A des accidents occasionnels. 0 Incontinent ou porteur d'une sonde à demeure. |
| 50 Nécessité d'aide importante et des soins médicaux fréquents. | 5 Mort. | Toilette : 1 Va aux WC, se nettoie et se rhabille seul. 0,5 Reçoit une aide pour se nettoyer ou se rhabiller. 0 Ne peut se rendre aux WC. |
| 40 Incapable, nécessite une aide et des soins spéciaux. | | De 6 (autonomie) à 0 (dépendance totale). |
| 30 Totalement incapable, dans certains cas hospitalisation conseillée bien que la mort ne soit pas imminente. | | |
| 20 Très gravement malade, traitement actif nécessaire. | | |
| 10 Moribond irréversible. | | |
| 0 Mort. | | |
| Un indice de Karnofsky inférieur à 50 %, une grade OMS à 3 ou 4 et un score ADL inférieur à 2 sont des critères de mauvais pronostic. | | |

Tableau : [Indices et échelles fonctionnels et pronostiques](#)
(L. Rys, G. Laval, D. Barnoud et col.)

2.2.3. Nausées et vomissements

- L'importance des nausées et vomissements d'un patient en cours de chimiothérapie dépend du pouvoir émétisant de celle-ci. Le traitement symptomatique peut se réduire à une administration de métoprolamide (Primpéran®) le jour ou chaque jour de la

chimiothérapie, à une anticipation des vomissements par des stéroïdes la veille du traitement associé à un antiserotoninergique (sétron : Kytril® ou Zophren® ou Navoban®), un stéroïde et un anxiolytique le jour ou chaque jour de la chimiothérapie. Ce traitement peut être poursuivi en ambulatoire et per os quelques jours (tableau 10).

| 1 – La veille de la chimiothérapie |
|--|
| Corticothérapie par voie orale (Solupred® 2 à 3 cp à 20 mg ou Médrol® 2 à 3 cp à 16 mg) à midi + anxiolytique le soir au coucher. |
| – Le jour ou les jours (si plusieurs successifs) de la chimiothérapie |
| <p>Chimiothérapie fortement ou moyennement émétisante : Kytril® 1 ampoule à 3 mg IV ou Zophren® 1 ampoule à 8 mg ou Navoban® 30 mn avant la chimiothérapie, éventuellement renouvelable dans la journée + corticothérapie par voie injectable (par exemple Solumédrol® 120 mg IV) + anxiolytique (optionnel). Le Largactil® peut être ajouté au PSE à la dose initiale quotidienne de 25 mg/24h/IV.</p> <p>Chimiothérapie faiblement émétisante : Primpéran® ou Vogalène® 1 mg/kg de poids IV 30 mn avant la chimiothérapie + anxiolytique (optionnel)</p> |
| 3 – Traitement de relais ambulatoire |
| <p>Chimiothérapie fortement ou moyennement émétisante : Primpéran® 2 à 6 comprimés à 10 mg/24h ou Vogalène® suppositoire 5 mg 3 à 6/24h ou Zophren® 1 comprimé à 8 mg matin et soir + corticothérapie par voie orale (Solupred® 2 à 3 cp à 20 mg ou Médrol® 2 à 3 cp à 16 mg) + anxiolytique (optionnel).</p> <p>Chimiothérapie faiblement émétisante : Pas de recommandation particulière.</p> |

[Tableau : Exemples de recommandations thérapeutiques pour l'utilisation concomitante à la chimiothérapie d'antiémétiques](#)
 (G. Laval - d'après C. Clippe et al)

- La radiothérapie abdominale s'accompagne souvent de nausées qui nécessitent aussi la prescription à titre préventif d'un sétron par voie orale de façon quotidienne et durant la totalité de l'irradiation. Si l'estomac est irradié, on y associe un inhibiteur de la pompe à protons.
- Les facteurs favorisant les vomissements chez le patient cancéreux sont présentés au dans ce tableau.

[Tableau : Facteurs mettant en jeu les mécanismes des vomissements](#)
 (G. Laval)

2.2.4. Constipation (Cf. Leçon 69 : 4.2.1)

2.2.5. Occlusion intestinale (Cf. Leçon 69 : 4.2.3)

2.2.6. Dyspnée (Cf. leçon 69 : 4.2.4)

2.2.7. Toux, encombrement et rôle de l'agonie (Cf. leçon 69 : 4.2.5)

2.2.8. Troubles neuro-psychiques (Cf. leçon 69 : 4.2.7)

2.2.9. Autres (Cf. leçon 141)

Ils sont nombreux et sont abordés à travers d'autres questions dont le 141 et 69. Le cas particulier des situations d'urgence avec détresse existentielle majeure et possible indication de sédation est abordé au 4.2.8 de la leçon 69.

3. Aspects psychologiques, éthiques et sociaux

3.1. Introduction

Les leçons 69 (et 70 sur le deuil) traitent des aspects psychologiques, éthiques et sociaux d'un patient atteint de maladie cancéreuse évolutive ou terminale.

Considérons plus spécifiquement les questions et souffrances rencontrées au moment de l'annonce du cancer.

3.2. Aspects psychologiques (D. Roisin, G. Laval)

L'évidence de la vie ne va plus de soi dès lors que le médecin a prononcé le mot "cancer", "tumeur" ou "leucémie". Les paroles des malades témoignent de l'empreinte que laisse, jusque dans les profondeurs de la psyché, la parole médicale liée à l'annonce, la récurrence ou l'évolution péjorative.

L'expérience émotionnelle est d'une extrême violence car l'impact du cancer dans le corps fissure l'image de soi devant le miroir. La pensée, jadis tremplin de l'élan vital, est également ébranlée dans ses certitudes. En effet, le cancer dans son évolution péjorative ou même sa rémission, met en danger les repères que s'est construit la psyché sur le fil du temps. Le futur s'écroule, le passé est révolu et le présent est impensable.

Epreuve du doute, le cancer entraîne une variété d'attitudes intra-psychiques conscientes et inconscientes qui atteste de la qualité de la mobilité psychique tout en révélant le sens du travail intérieur de celui ou celle qui traverse cette épreuve. La violence des sentiments et le poids des mécanismes de défense sont des repères, des balises pour traverser sans trop de mal l'épreuve de la maladie qui a modifié le cours des choses de la vie d'un point de vue objectif et subjectif.

L'absence d'affects ou l'enlèvement de ceux-ci, ou encore l'aspect figé des mécanismes de défense doit nous interpeller. Il est important de les repérer du fait du risque pour le patient d'évoluer dans des modes de fonctionnement plus archaïques.

Les anxiétés et les angoisses dépressives ne manquent pas d'émerger car le cancer est une expérience d'effondrement psychique dans laquelle la question de l'existence-même se pose. Il y a une difficulté, voire une impossibilité d'entendre d'où le rejet des affects avant même qu'ils ne se soient présentés dans la psyché qui s'enferme alors dans le déni. C'est parce que l'angoisse dépressive du cancer est vécue comme une amputation d'une partie de soi que peut s'installer un clivage. Celui-ci représente un mode de fonctionnement à soi et à l'autre, le

temps nécessaire pour assimiler les informations médicales. Si l'angoisse dépressive n'envahit pas tout le champ de la psyché alors l'expérience d'effondrement peut se muer en un travail psychique qui s'ouvre vers des possibilités de retrouvaille de soi à soi, puis de soi à l'autre.

Le travail du psychologue consiste à soutenir l'épreuve de l'effondrement et à restaurer l'identité du sujet dans une remise en jeu du désir.

3.3. Aspects éthiques (N. Carlin, G. Laval)

Les aspects éthiques les plus spécifiques au cancer sont le plus souvent liés à l'annonce du diagnostic et aux propositions thérapeutiques qui s'en suivent. Ils mettent en jeu des valeurs et principes que nous allons détailler.

3.3.1. Valeurs et principes éthiques

Les valeurs qui sous-tendent la relation médecin-malade sont marquées par le souci de bienfaisance qui doit guider les propositions du médecin, et par le respect de l'autonomie du patient. A l'évidence, la décision à prendre doit être la bonne pour le bien du malade et avec son consentement éclairé. Elle fera appel avant tout au principe de bienfaisance et au principe de non malfaisance. La nécessité de la concertation pluridisciplinaire découle du principe de bienfaisance : aucun médecin aujourd'hui ne peut prétendre en effet à des connaissances et à une expérience sans failles. Mais la concertation ne relève pas le médecin de sa responsabilité personnelle dans la décision à prendre et dans la communication avec son patient.

La décision fait également appel au principe d'autonomie (B. Hottois, J.N. Missa, 2001) dont découlent les principes de proportionnalité et de futilité (Cf. leçon 69,7.1,7.2). L'autonomie s'exprime dans la capacité du malade à prendre la décision (consentement ou refus) qu'il juge la plus appropriée pour lui, compte-tenu des informations données par le médecin.

3.3.2. L'entretien médecin-patient

Le prérequis est l'exigence d'une relation de confiance et de qualité avec une volonté réciproque de faire confiance. Un autre prérequis concerne les conditions matérielles et psychologiques de cette information : il s'agit d'un entretien en tête-à-tête entre le malade et son médecin ; le lieu et le moment doivent en être convenus et choisis ; le médecin doit clairement dire à son malade qu'il a des informations à lui donner et son avis à recueillir en vue d'une décision à prendre ensemble. L'information doit être la plus simple possible, adaptée au niveau de compréhension du malade mais la Loi exige qu'elle soit complète. En revanche, il est possible de la donner en plusieurs fois. L'article 35 du code de déontologie médicale insiste sur ces conditions et rappelle qu'un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec "circonspection". "C'est le patient qui va indiquer par ses réponses s'il est capable d'aller plus loin ou non" (R. Buckmann, 1994). De nombreux malades ont témoigné de la brutalité des circonstances ou des mots avec lesquels ils ont appris ce qui les concernait. Il est important de se former à l'écoute et à l'information du malade pour éviter de telles maladresses. Enfin, le consentement du malade n'est pas donné une fois pour toutes : tout au long de l'évolution, le malade doit savoir que ses questions sont les bienvenues et qu'à chaque étape il sera fait appel à son avis en fonction d'informations qui lui seront données.

C'est l'engagement dans une relation de confiance qui favorise l'évolution du patient face à sa maladie, ce que Paul Ricoeur appelle le "pacte de soins", et qui va permettre au médecin et au patient de prendre ensemble les décisions concernant la santé du patient.

Article 35

Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.

Toutefois, dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic graves, sauf dans les cas où l'affection dont il est atteint expose les tiers à un risque de contamination

Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite.

[Texte : Article 35 du code de déontologie médicale](#)
(Décret n°95-1000 du 6 septembre 1997)

3.3.3. Le choix des thérapeutiques

Le choix des thérapeutiques s'appuie sur la mise en œuvre des compétences médicales éclairées par la situation singulière du patient. Il s'agit de faire la part des bénéfices escomptés par rapport aux inconvénients ou risques apportés. Il s'agit d'éviter les traitements disproportionnés qui pourraient être ressentis comme une obstination thérapeutique déraisonnable (article 37).

Article 37

En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade, l'assister moralement et éviter toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique.

[Texte : Article 37 du code de déontologie médicale](#)
(Décret n°95-1000 du 6 septembre 1997)

La charte du patient hospitalisé et bien plus la loi 2002-304 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé permet aux patients de refuser toute investigation ou thérapeutique.

PRINCIPES GENERAUX :

1. Le service public hospitalier est accessible à tous et en particulier aux personnes les plus démunies. Il est adapté aux personnes handicapées.
2. Les établissements de santé garantissent la qualité des traitements, des soins et de l'accueil. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur.
3. L'information donnée au patient doit être accessible et loyale. Le patient participe aux choix thérapeutiques qui le concernent.
4. Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient.
5. Un consentement spécifique est prévu notamment pour les patients participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.
6. Le patient hospitalisé peut, à tout moment, quitter l'établissement sauf exceptions prévues par la loi, après avoir été informé des risques éventuels qu'il encourt.
7. La personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Son intimité doit être préservée ainsi que sa tranquillité;
8. Le respect de la vie privée est garanti à tout patient hospitalisé ainsi que la confidentialité des informations personnelles, médicales et sociales qui le concernent.
9. Le patient a accès aux informations contenues dans son dossier notamment d'ordre médical par l'intermédiaire d'un praticien qu'il choisit librement.
10. Le patient hospitalisé exprime ses observations sur les soins et l'accueil et il dispose du droit de demander réparation des préjudices qu'il estimerait avoir subis.

[Texte : Résumé de la charte du patient hospitalisé](#)

(Annexe à la circulaire ministérielle N°95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés)

Si le patient n'est plus en mesure de donner son consentement, la famille doit être concertée (article 36, article 42), mais elle ne doit pas porter le poids de la décision qui reste une décision médicale.

Article 36

Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences. Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus et informés, sauf urgence ou impossibilité. Les obligations du médecin à l'égard du patient lorsque celui-ci est un mineur ou un majeur protégé sont définies à l'article 42.

Article 42

Un médecin appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur protégé doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement. En cas d'urgence, même si ceux-ci ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires. Si l'avis de l'intéressé peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans toute la mesure du possible.

[Texte : Articles 36 et 42 du code de déontologie médicale](#)

(Décret n°95-1000 du 6 septembre 1997)

La non mise en œuvre de certaines thérapeutiques jugées inappropriées ne signifie pas l'abandon du malade. L'article 38 rappelle le devoir du médecin "... dans l'accompagnement du mourant et la réalisation de soins et mesures appropriées à la qualité d'une vie qui prend fin...".

Article 38

Le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et reconforter son entourage.
Il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort.

[Texte : Article 38 du code de déontologie médicale](#)
(Décret n°95-1000 du 6 septembre 1997)

3.3.4. La recherche biomédicale

La recherche en cancérologie est également source de questionnements éthiques: l'enjeu se situant entre un bénéfice incertain, voire inexistant pour le patient qui se soumet à l'essai et un bénéfice escompté pour la communauté et ce d'autant plus que la qualité de vie du patient peut être altérée par les thérapeutiques ou les conditions de l'essai. Le médecin peut ainsi éprouver un conflit de devoir entre le souci de l'intérêt du patient (principe de bienfaisance et surtout non-malfaisance) et le souci de la recherche médicale. Par exemple, certaines méthodes qui sont reconnues comme indispensables à la qualité de la recherche ne garantissent pas sans discussion le bien du malade : les essais de Phase I obligent à traiter plusieurs malades avec des doses certainement inefficaces et d'autres à des doses potentiellement toxiques ; les essais de Phase III obligent à accepter le tirage au sort entre un traitement nouveau et un traitement connu ou un placebo. L'avis 75 du CCNE (CCNE 2002), particulièrement éclairant sur ce point, rappelle que l'intérêt de la communauté ne peut abolir l'impératif majeur qui reste le respect du malade qui, par sa maladie même, peut venir en aide à l'humanité.

Ce sont aussi la nature de l'information et l'obtention du consentement qui font question. Toute pression sur le malade doit être évitée et la qualité de l'information doit garantir son entière liberté.

Enfin, en recherche médicale, le médecin devrait toujours s'assurer qu'il est indépendant de tout intérêt mercantile.

3.4. Aspects sociaux (M. Brun, F. Pailleux, G. Laval)

Lorsque la maladie apparaît, les familles sont éprouvées par la souffrance de leur proche et par les réaménagements nécessaires aux changements imposés par la maladie. Leur soutien passe aussi par un partenariat avec les travailleurs sociaux. Il s'agit d'amener aussi bien des solutions concrètes qu'un espace d'écoute.

Les préoccupations sociales au moment du diagnostic et tout au long de l'évolution de la maladie concernent les questions de remboursement de dépenses de santé, les arrêts de travail et indemnités diverses et l'ensemble des prestations facilitant le maintien à domicile. Considérons les successivement.

| | |
|------|---|
| ALD | Affection Longue Durée |
| ETM | Exonération du Ticket Modérateur |
| FJ | Forfait Journalier |
| IJ | Indemnités Journalières |
| AAH | Allocation aux Adultes Handicapés |
| ACTP | Allocation Compensatrice pour Tierce Personne |
| APA | Aide Personnalisée à l'Autonomie |
| PSD | Prestation Spécifique Dépendance |
| SSAD | Service de Soins à Domicile |
| HAD | Hospitalisation à Domicile |
| TF | Travailleuse Familiale |
| RAD | Retour à Domicile |
| CMU | Couverture Maladie Universelle |
| CAF | Caisse d'Allocations Familiales |
| CI | Carte d'Invalidité |
| GIC | Grand Invalide Civil |

[Tableau : explication des sigles utilisés dans le domaine social](#)
(M. Brun, F. Pailleux, G. Laval)

- Le remboursement des dépenses de santé : Les frais d'hospitalisation (ALD, ETM et FJ) et la couverture sociale (mutuelle et CMU).
- Les arrêts de travail :
 - L'indemnisation financière en cas d'arrêt maladie sera différente selon le statut du patient (fonctionnaire, salarié du secteur privé, artisan, commerçant...). Elle permet le versement d'IJ et/ou de compléments de salaire.
 - Le mi-temps thérapeutique avec une reprise de l'activité professionnelle à temps partiel compléter par des IJ (sous conditions administratives et médicales).
 - Le passage en invalidité : trois catégories différentes existent selon la réduction de la capacité au travail du malade et son état de dépendance évalué dans l'accomplissement des actes de la vie quotidienne.
- Les autres prestations :
 - Par le biais de la COTOREP (Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel) :
 - les principales allocations financières (AAH et ACTP)
 - les principaux avantages sociaux (CI, macaron GIC).
 - Pour les personnes de plus de 60 ans, l'APA (remplace la PSD) depuis le 01.01.2002, sous conditions médicales, administratives et financières.
 - Par rapport à la CAF, du fait de l'ETM, un abattement sur les ressources de l'ordre de 30% peut être sollicité lorsque le malade peut justifier de 6 mois d'arrêt de travail consécutifs indemnisés au titre d'une ALD.
- Les aides à domicile sont possibles par :
 - Les différents types de service : SSAD, HAD, auxiliaire médical, aide-ménagère, travailleuse familiale, tierce personne, portage de repas à domicile, télé-alarme...
 - La prise en charge financière du maintien à domicile avec pour les soins la Caisse de Sécurité Sociale dont dépend le patient et pour les services annexes différentes aides selon des critères à la fois administratifs, financiers et médicaux.

- Les établissements de soins : l'orientation d'un patient en établissement de soins de suite est une question difficile du fait des structures d'accueil en nombre encore insuffisant. Plusieurs facteurs sont à considérer (cf schéma suivant) avant le transfert en établissement.

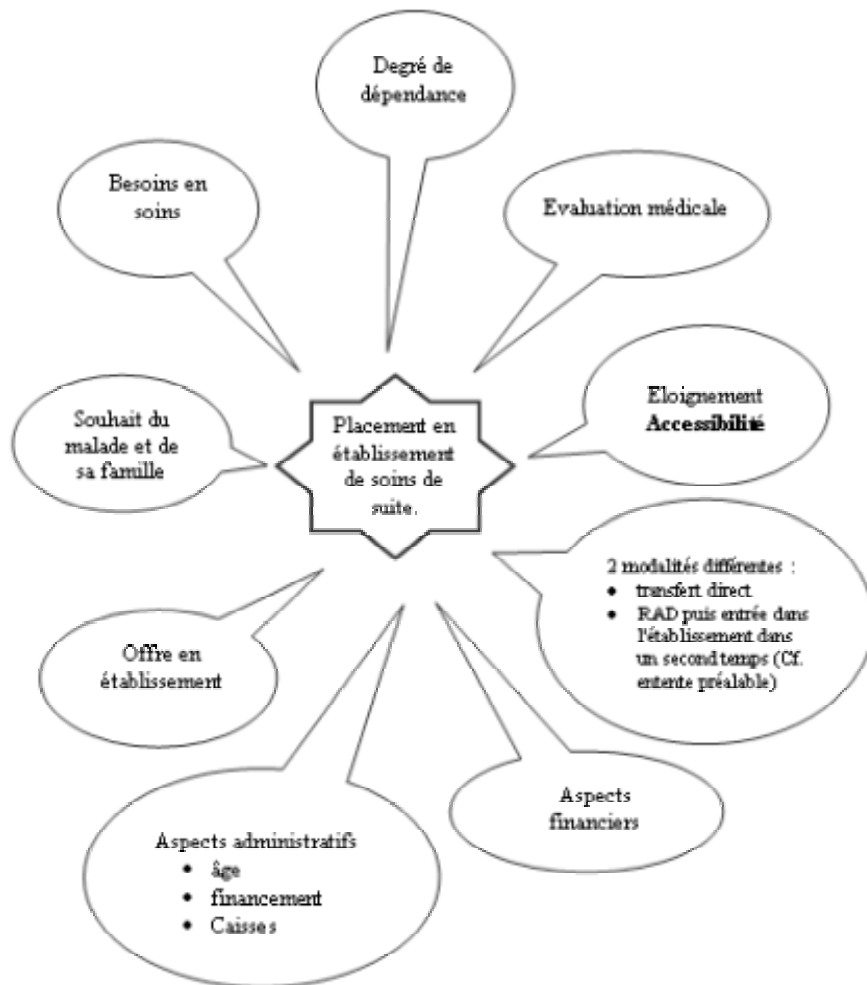


Schéma : facteurs d'orientation d'un patient en établissement de soins de suite
(F. Durand)

Les informations données ci-dessus apportent des éléments généraux sur les principaux aspects sociaux concernant les patients atteints d'une pathologie cancéreuse. Chaque situation étant singulière, en cas de besoin, l'assistante sociale du service d'hospitalisation référent ou l'assistante sociale du secteur peut être sollicitée. Leur collaboration étroite avec les différents partenaires de la santé intra ou extra-hospitalière permet d'optimiser la prise en charge globale du malade.

Références :

- Traitement des cancers : chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie. La décision thérapeutique multidisciplinaire et l'information du malade. C. Clippe, V. Trillet-Lenoir, G. Frayer, Revue du Praticien 2003 ; 53 : 187-194.
- Chimiothérapie anticancéreuse. J. Chauvergne, B. Hoerni. Abrégé. Ed. Masson 14ème, 2001: 103 p.

- Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en fin de vie. Accompagnement d'un mourant et de son entourage. G. Laval, M-L. Villard. Revue du Praticien, 2002; 52:2279-85.
- Utilisation des nouveaux opioïdes en Soins Palliatifs. G. Laval, M-L. Villard, B. Sang, M. Mallaret. Médecine Palliative 2002, 1 : 69-87.
- Arbre décisionnel pour l'utilisation des opiacés forts dans la douleur par excès de nociception. G. Laval, M-L. Villard, C. Garnier, D. Charley. Douleur, 2002, 3, 5 : 239-243.
- Nausées et vomissements. G. Laval. In : D. Roy, C.H. Rapin : les annales de soins palliatifs. Le soulagement des symptômes et l'approche palliative. Collection Amaryllis, 1995 : 107-118.
- Manuel de Soins Palliatifs : ouvrage coordonné par D. Jacquemin. Ed. Dunod. 2001, 776p.
- S'asseoir pour parler. L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades. R. Buckman, Interéditions Paris, 1994:211 p.
- L'autonomie en médecine : nouvelles relations entre les personnes malades et les personnes soignantes. B Hoerni, Ed. Payot, 1991, 258 p.
- Principe de bienfaisance, principe de non malfaisance, principe d'autonomie. In B. Hottot et J-N. Missa. De Boeck Université, 2001. P 96-97, 616, 74-76.
- Cancer et fatigue. A.Simon, Médecine Palliative 2003; 2:14-22.
- Avis N°75 les essais de phase 1 en cancérologie. Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE), 29 sept 2002.

Liens :

- Standard options et recommandations 2002 pour les traitements antalgiques médicamenteux des douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte, mise à jour 2002 : www.fnclcc.fr
- Standard options et recommandations : bonnes pratiques de diététique en cancérologie : la prestation alimentaire. Bul. Cancer 2001; 88 (10):1007-18 : www.fnclcc.fr