

M. Archinard
A. Murphy
S. Borgacci

Psychothérapie et cancer du sein : qu'en dire à mes patientes ?

Les auteurs font le point à propos de l'impact éventuel des interventions psychosociales sur la qualité de vie et la longévité des patientes atteintes d'un cancer du sein. Dans le premier cas, la littérature confirme la nécessité, au vu des résultats, d'offrir cette possibilité à toutes les personnes présentant un

état de détresse psychologique. Dans le second, l'état actuel des connaissances ne permet pas de laisser espérer aux patientes ou à leurs proches qu'une intervention psychologique puisse influencer positivement sur leur espérance de vie.

Mots-clés :

- psychothérapie
- cancer du sein
- qualité de vie
- pronostic vital

Psychotherapy in breast cancer patients : what should you tell them about it ?

The authors summarize the recent literature about the possible impact of psychosocial interventions on the quality of life and the lifespan in breast cancer patients. Taking in account the overwhelming majority of studies on these topics, no-one can deny that psychotherapy and psychiatric treatments are effective in alleviating the psychosocial suffering of breast cancer patients. Offering such interventions to psychologically distressed patients should be considered as a good practice. With respect to the life duration expectancy, there is no current evidence that individual or group psychological therapies have any influence on the medical evolution of these patients.

Med Hyg 2003 ; 61 : 288-91

Introduction

Après des patients atteints d'un cancer et de leurs proches, la popularité des approches intégrant corps et esprit est «extraordinaire, intimidante et peut-être même de mauvais augure». ¹ Les médecins praticiens sont fréquemment interrogés par leurs patients sur les bénéfices à attendre d'interventions psychologiques, avec, en arrière-plan, «l'impression que nous en savons beaucoup plus (sur les liens et l'influence éventuels de l'esprit sur la genèse et l'évolution de maladies organiques telles que le cancer) que ce n'est en fait le cas». ¹

Il y a quelques années, David Spiegel (Stanford), auteur de l'étude la plus connue à propos de l'impact des thérapies psychologiques sur l'évolution du cancer du sein, s'interrogeait : «La psychothérapie peut-elle prolonger la survie des patients souffrant d'un cancer?» ² Cette question continue à se poser, après la parution de l'étude multicentrique canadienne BEST (*Breast Expressive-Supportive Therapy Study*) ³ et dans l'attente, cette année, des résultats de la répliation aux Etats-Unis de l'étude originale de Stanford. ⁴ Il nous a donc semblé utile de faire le point des connaissances actuelles à ce sujet.

Psyché et cancer : quelles relations ?

Pour Galien (131-201), le cancer du sein survenait plus fréquemment chez les femmes au tempérament «mélancolique». Pour la même pathologie, Guy (1759), Paget (1870) ou Snow (1893) attribuaient un rôle causal à la dépression et aux chocs émotionnels. ⁵ Depuis, la liste des facteurs psychosociaux supposés intervenir dans la genèse, le déclenchement ou la découverte de cette affection, ou dans l'évolution clinique de la maladie, n'a cessé de s'allonger (tableau 1).

Ces facteurs consistent en styles de «coping» (les mécanismes psychiques individuels permettant de faire face à une situation problématique), modifications majeures du cadre de vie des patientes («life events»), dimensions

Styles de «coping»

- Répression des conflits intra-psychiques et des émotions «négatives»
- Manque de «fighting spirit»
- Lieu de contrôle : externe

Traits de personnalité ou de caractère

- Masochisme, «stoic acceptance»
- Introversi
- Faiblesse du Moi
- «Hopelessness/helplessness»
- Psycho-rigidité et conformisme social
- Manque d'estime de soi
- Réactivité émotionnelle «excessive»
- Manque de créativité

Aspects psychodynamiques

- Conflit non résolu avec la mère
- Défauts de mentalisation, moi idéal prédominant
- Certaines structures psychiques
- Conflit dépendance/autonomie

Difficultés psychologiques

- Troubles psychiatriques
- Scores élevés sur différentes échelles psychopathologiques
- Difficultés sexuelles

Réponse au contexte psychosocial

- Evénements de vie stressants
- Statut socio-économique défavorisé
- Isolement social
- Insatisfaction globale (professionnelle ; existentielle)

Tableau 1. Cancer du sein : principaux facteurs psychosociaux dont l'éventuelle influence sur la genèse et/ou sur l'évolution du cancer du sein a fait l'objet de travaux empiriques.

psychologiques ou psychodynamiques, ou encore divers troubles psychiatriques (anxiété et dépression, principalement).

L'hypothèse que ces différents éléments pourraient être à l'origine d'un cancer, en association avec d'autres facteurs étiologiques, a été très souvent évoquée. Cela a été le cas de l'excès ou au contraire de la répression des émotions, en particulier pour la colère ou la tristesse. ^{5,6} Des fac-

teurs considérés comme favorables à une réaction thérapeutique positive ont également été décrits : la notion de «fighting spirit», soit une attitude active, combative, face à la menace a connu un énorme succès.⁷ Cela répondait sans doute à l'envie, toute légitime, de croire qu'un effort soutenu de «lutte» devrait être récompensé.

Des traits de personnalité favoriseraient-ils le développement du cancer ? La présence chez les patients d'une tendance à la répression de la colère, d'une autonomie affective jugée insuffisante, de problèmes sexuels, ou encore d'attitudes conformistes et de soumission, a été décrite comme une «personnalité de type C», par analogie avec le type A, réputé propice à l'apparition de troubles cardiovasculaires.⁸ Pour l'école psychosomatique de Paris, les patientes atteintes d'une lésion maligne du sein présenteraient plus souvent une estime de soi excessive, des deuils non résolus, une disposition hystérique, une mentalisation partielle, ou encore une prédominance du moi idéal.^{9,10}

Qu'en penser aujourd'hui ?

Dans la perspective de la médecine fondée sur les preuves, l'évaluation de ces hypothèses s'est révélée décevante. La méthodologie de la plupart de ces travaux est déficiente : groupes de sujets trop restreints, études rétrospectives, biais de sélection, multiplicité des théories sous-jacentes et des méthodes d'évaluation ; autant de caractéristiques rendant impossible la comparaison entre eux. L'absence de groupes-contrôles, la connaissance par l'investigateur du statut de malade des sujets, le manque de spécificité du lien psyché-maladie exploré par les auteurs, l'absence de contrôle des variables «confondantes» et enfin l'incompatibilité des résultats obtenus avec ce qu'on sait de la carcinogenèse sont venus compléter la liste.^{11,12}

Il existe donc une forme de consensus quant à l'impossibilité, en l'état actuel des connaissances, de confirmer un lien quelconque entre une ou plusieurs dimension(s) psychosociale(s) (tableau 1), d'une part, et l'apparition d'un cancer, en particulier affectant le sein, de l'autre.^{6,12-15}

Que peut-on attendre réellement d'une prise en charge psychologique, pour une patiente souffrant d'un cancer du sein ?

La possibilité d'améliorer le pronostic vital des patientes atteintes d'un cancer du sein grâce à une intervention psychosociale associée au traitement bio-médical, a suscité de grands espoirs. Simonton et Simonton ont décrit une amélioration de la longévité relative de cent

trente patients (cancers du sein, du côlon ou du poumon) (cité par¹⁶). Marty et Jasmin ont envisagé de prévenir le développement d'un cancer grâce à une intervention psychothérapeutique chez les sujets psychologiquement à risque.⁹ Forester, en 1985, avait observé une réduction des symptômes psychologiques et somatiques chez des patients cancéreux ayant bénéficié d'une psychothérapie.²

Il n'a pas été possible de confirmer l'effet de thérapies psychologiques sur l'évolution biologique du cancer. Morgenstern et coll. ont montré par exemple que la prise en compte, dans l'analyse des données, du délai entre le diagnostic et l'intervention psychosociale, annulait les bénéfices apparents, en termes de survie, de leurs groupes thérapeutiques.¹⁶ De même, pour la quasi-totalité des études sur l'effet des thérapies, la diversité excessive des instruments d'évaluation, des variables psychosociales, des types de patients, de la chronologie des évaluations et des méthodes d'analyse statistique, de même que le manque de contrôle des autres facteurs concourant au pronostic, ont rendu leurs résultats ininterprétables.¹³

Par ailleurs, des études interventionnelles n'ont pas obtenu de différences de longévité entre les patientes prises en charge ou non sur le plan psychologique, toutes choses étant égales par ailleurs.^{17,18}

Et pourtant, certaines patientes souffrant d'un cancer du sein ont absolument besoin d'une aide psychothérapeutique !

L'absence momentanément de côté la question de la longévité, nous devons insister sur la gravité des problèmes psychosociaux associés au cancer du sein. Actuellement, on ne peut plus ignorer les troubles de l'humeur et de l'anxiété, les problèmes d'adaptation, très fréquents,^{8,19,20} ni les états de stress aigus ou post-traumatiques.^{21,22,23} Le traitement achevé, des difficultés conjugales et familiales ainsi que des préjudices professionnels (chez 68% des patientes sans signe de rechute à 5 ans) et assureroles viennent compliquer la vie des patientes.²⁴

L'impact positif des thérapies sur les difficultés psychosociales des patientes est clairement établi : contrôle de la douleur,¹⁹ amélioration des troubles thymiques, anxieux²⁵ et post-traumatiques,²⁶ amélioration de la qualité de la relation avec le personnel soignant et réduction du délai de reprise du travail.²⁷

Deux des auteurs (A. M. et M. A.) ont conduit, de 1995 à 2000, des groupes thérapeutiques de patientes traitées depuis quelques mois pour un cancer du sein, selon un format spécifique de Spiegel. Lors d'une évaluation intermédiaire, plus 50% des participantes qui pré-

Bibliographie

- 1 Cella DF. Health promotion in oncology – a cancer wellness doctrine. *J Psychosoc Oncol* 1990 ; 8 : 17-31.
- 2 Spiegel D. Can psychotherapy prolong cancer survival ? *Psychosomatics* 1990 ; 31 : 361-6.
- 3 Goodwin PJ, Lescz M, Ennis M, et al. The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *N Engl J Med* 2001 ; 345 : 1719-26.
- 4 Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, Gottheil E. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 1989 ; 2 : 888-91.
- 5 Greer S, Morris T. Psychological attributes of women who develop breast cancer: A controlled study. *J Psychosom Res* 1975 ; 19 : 147-53.
- 6 Pettingale KW, Watson M, Greer S. The validity of emotional control as a trait in breast cancer patients. *J Psychosoc Oncol* 1984 ; 2 : 21-30.
- 7 Morris T, Greer S, Pettingale KW, Watson M. Patterns of expression of anger and their psychological correlates in women with breast cancer. *J Psychosom Res* 1981 ; 25 : 111-7.
- 8 Royak-Schaler R. Psychological processes in breast cancer: A review of selected research. *J Psychosoc Oncol* 1991 ; 9 : 71-89.
- 9 Marty P. Dispositions mentales de la première enfance et cancers de l'âge adulte. *Psychothérapies* 1988 ; 4 : 177-82.
- 10 Jasmin C, Lê MG, Marty P, Herzberg R. Evidence for a link between certain psychological factors and the risk of breast cancer in a case-control study. *Ann Oncol* 1990 ; 1 : 22-9.
- 11 Ewertz M. Bereavement and breast cancer. *Br J Cancer* 1986 ; 53 : 701-3.
- 12 Hurry C. Psyche and Cancer – Odyssey of an old idea in the troubled waters of modern science. *Ann Oncol* 1990 ; 1 : 6-8.
- 13 Mulder CL, van der Pompe G, Spie-

gel D, et al. Do psychosocial factors influence the course of breast cancer? A review of recent literature, methodological problems and future directions. *Psycho-Oncol* 1992; 1: 155-67.

14  Maunsell E, Brisson J, Mondor M, et al. Stressful life events and survival after breast cancer. *Psychosom Med* 2001; 29: 306-15.

15  Petticrew M, Bell R, Hunter D. Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer: Systematic review. *BMJ* 2002; 325: 1066-75.

16  Morgenstern H, Gellert GA, Walter SD, et al. The impact of a psychosocial support program on survival with breast cancer: The importance of selection bias in program evaluation. *J Chron Dis* 1984; 37: 273-82.

17 Linn MW, Linn BS, Harris R. Effects of counseling for late stage cancer patients. *Cancer* 1982; 49: 1048-55.

18 Richardson JL, Shelton DR, Krailo M, Levine AM. The effect of compliance with treatment on survival among patients with hematologic malignancies. *J Clin Oncol* 1990; 8: 356-64.

19 Spiegel D, Bloom JR. Group therapy and hypnosis reduce metastatic breast carcinoma pain. *Psychosom Med* 1983; 45: 333-9.

20  Sellick SM, Crooks DL. Depression and cancer: An appraisal of the literature for prevalence detection, and practice guideline development for psychological interventions. *Psycho-Oncol* 1999; 8: 315-33.

21 Tjemsland L, Soereide JA, Malt UF. Traumatic distress symptoms in early breast cancer II: Outcome 6 weeks post surgery. *Psycho-Oncol* 1996; 5: 295-303.

22 Green BL, Rowland JH, Krupnick JL, et al. Prevalence of PTSD in women with breast cancer. *Psychosomatics* 1998; 39: 102-11.

23 Primo K, Compas BE, Oppedisano G, et al. Intrusive thoughts and avoidance in breast cancer: Individual differences and association with psychological distress. *Psychol and Health* 2000; 14: 1141-53.

24 Stewart DE, Cheung AM, Duff S, et al. Long-term breast cancer survivors: Confidentiality, disclosure, effects on work and insurance. *Psycho-Oncol* 2001; 10: 259-63.

25 Bultz BD, Specia M, Brasher PM, et al. A randomized controlled trial of a brief psycho-educational support group for partners of early stage breast cancer patients. *Psycho-Oncol* 2000; 9: 303-13.

26 Classen C, Butler LD, Koopman C, et al. Supportive-expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer. *Arch Gen Psychiat* 2001; 58: 494-501.

27 Spelten ER, Sprangers MAG, Verbeek JHAM. Factors reported to influence the return to work of cancer survivors: A literature review. *Psycho-Oncol* 2002; 11: 124-31.

28 Archinard M, Murphy A. Cancer du sein: résultats préliminaires d'un groupe de soutien thérapeutique. *Med Hyg* 1997; 55: 250-2.

29  Fox BH. A hypothesis about Spiegel et al's 1989 paper on psychosocial intervention and breast cancer survival. *Psycho-Oncol* 1998; 7: 361-70.

30 Spiegel D. Mind matters – group therapy and survival in breast cancer. *N Engl J Med* 2001; 345: 1767-8.

se sentaient avant le groupe des scores trop élevés sur une échelle de psychopathologie les ont vus se normaliser, tandis que 66% montraient une amélioration de leur qualité de vie, évaluée avec un instrument standardisé. On ne peut attribuer ces évolutions favorables à leur participation au groupe thérapeutique, faute de contrôles, mais les résultats vont dans le sens de la littérature déjà mentionnée.²⁸

Il existe donc un consensus sur l'efficacité des prises en charge psychologiques (en association ou non avec un traitement psychopharmacologique) pour les difficultés psychosociales rencontrées par un nombre non négligeable de patientes, et par conséquent sur la nécessité d'aider ces dernières.

L'«effet Spiegel»

Revenant à la question de l'effet des thérapies psychologiques sur le pronostic vital, il faut évoquer la surprise suscitée en 1989 par la publication de l'étude de Stanford: les patientes ayant participé à un groupe psychothérapeutique avaient eu une survie moyenne double – 36 mois contre 18 – de celle des sujets contrôles, une différence statistiquement significative. L'auteur insistait d'emblée sur la sérendipité de ce résultat: à l'origine, le groupe visait exclusivement la souffrance psychologique des malades. Il évoquait également les «often overstated claims made by those who teach cancer patients that the right mental attitude will help to conquer the disease».⁴

Selon Spiegel, les principes actifs de son groupe thérapeutique étaient le soutien social, l'expression des émotions, l'amélioration de l'adhérence aux traitements, au régime alimentaire et à l'exercice (due à une diminution des sentiments dépressifs), et, éventuellement, une potentialisation des fonctions neuro-endocriniennes et immunologiques.⁴

Ces résultats retinrent l'attention de la communauté médicale et donnèrent lieu à force commentaires. Parmi ceux-ci, les critiques de Fox apparaissent les plus convaincantes: a) pour l'ensemble des patientes vivant aux Etats-Unis et dans la baie de San Francisco avec un cancer du sein ayant des caractéristiques similaires, la durée moyenne de survie n'est pas inférieure à celle des participantes au groupe thérapeutique; b) la différence de survie entre les deux groupes de l'étude est intégralement due au décès, très vite après leur inclusion et pour des raisons non identifiées par les auteurs, des douze dernières patientes-contrôles. Cette constatation s'ajoute aux interrogations jusqu'à présent sans réponse sur la longueur du délai (20 mois) intervenu entre l'inclusion dans le groupe thérapeutique – durée moyenne: douze mois – et l'apparition d'un avantage relatif pour les participantes par

rapport aux sujets-contrôles (la divergence des courbes de survie apparaît donc huit mois en moyenne après la fin de l'intervention thérapeutique).²⁹

En 2001, l'étude canadienne BEST (*Breast Expressive-Supportive Therapy Study*), reproduisant les procédures de sélection et les méthodes psychothérapeutiques de Spiegel, n'a pas obtenu de différence significative de longévité entre les deux groupes de participantes: 17,9 mois pour le groupe intervention, 17,6 pour les contrôles. En revanche, un effet positif sur la douleur, l'humeur et l'anxiété a été objectif, les patientes psychologiquement les plus souffrantes bénéficiant le plus de la thérapie.³

Enfin, les conclusions d'une seconde réplique multicentrique (aux Etats-Unis, celle-ci) de l'étude de Stanford sont attendues pour cette année. Spiegel en a déjà attribué les éventuels résultats négatifs aux progrès intervenus depuis 1970-80 (période de l'étude originale) dans la rapidité du dépistage et du diagnostic, les progrès de la chimiothérapie, l'utilisation plus large des modulateurs des récepteurs aux œstrogènes, l'organisation du soutien psychosocial (réduisant l'isolement des patientes) et enfin la familiarité accrue de l'opinion publique avec le cancer.³⁰

Conclusion

Les patientes atteintes d'un cancer du sein devraient-elles bénéficier d'une prise en charge psychologique? Que leur conseiller?

Nous espérons que la réponse est maintenant un peu plus claire.

Point numéro un: la détection rapide des souffrances psychosociales liées au cancer est devenue une des tâches fondamentales du médecin-traitant. Les patientes qui présentent une indication doivent avoir accès aux diverses formes d'aide psychologique actuellement disponibles en Suisse romande. Compte tenu des résultats documentés de ces interventions, ne pas les leur proposer constitue de facto une «mauvaise pratique».

Point numéro deux: l'état actuel de la recherche clinique ne permet pas de laisser espérer aux patientes qu'une intervention psychosociale, quelle qu'elle soit, puisse contribuer à un allongement de leur survie. Un tel effet n'est en principe pas impossible, mais nous manquons actuellement d'arguments empiriques en faveur de son existence. Il sera évidemment passionnant de prendre connaissance des nouvelles expériences dans ce domaine. Mais l'attente d'une amélioration du pronostic vital ne devrait pas jouer de rôle dans le choix éventuel de la patiente de s'engager dans un traitement psychologique.

Adresse des auteurs :

Drs Marc Archinard et
Sandro Borgacci
Unité de psychiatrie de liaison
51, Bd de la Cluse
1205 Genève
Mme Anne Murphy
Division d'oncologie
Hôpitaux universitaires de
Genève
1211 Genève 14

Implications pratiques

- En 2003, la détection précoce des difficultés psychosociales liées au cancer du sein fait partie intégrante de la prise en charge médicale de cette affection
- L'efficacité, dans ce contexte, des traitements pour la dépression ou tout autre trouble psychiatrique est clairement établie
- Dans ce cas, la patiente *doit* donc être mise au bénéfice d'un traitement spécifique
- L'état actuel des connaissances ne permet pas de confirmer l'existence d'un lien entre un traitement psychosocial et une amélioration du pronostic vital en cas de cancer du sein

Point de vue**Grand merci Monsieur Rumsfeld !**

Nous ne connaissions pas Monsieur Donald Rumsfeld avant le 11 septembre 2001. Depuis la destruction des tours de New York et du symbole qui leur était attaché, nous avons appris à découvrir cet homme porteur d'un gentil prénom et de bien mauvais augure. Bretteur planétaire, regard méchant, avide d'envoyer ses boys terrasser Satan pour s'emparer de nouvelles ressources pétrolières, le secrétaire d'Etat à la défense n'est pas de ces hommes avec qui l'on aimerait tuer le temps. Force est pourtant, aujourd'hui, de le remercier. Grand merci à vous, donc, Monsieur Rumsfeld, pour avoir qualifié, avec un profond mépris, de «vieille Europe», l'Allemagne et la France, ce vieux couple de vieux pays qui se refuse à partager la croisade que la jeune et fringante Amérique s'apprête à mener sur les sables irakiens. Le contexte géopolitique fait que Monsieur Rumsfeld trouve plus de vertus dans les pays situés à l'est de l'Allemagne et qui renaissent depuis peu à la vie occidentale. Le Royaume-Uni étant, comme toujours depuis deux siècles acquis à la cause américaine, l'Italie ne sachant plus, depuis bientôt deux millénaires, faire la guerre, l'Espagne ne comptant guère, la Suisse aux abonnés absents, le secrétaire d'Etat américain ne cache pas son ire devant le pacifisme du couple franco-allemand et il ose dire ce que beaucoup, outre-Atlantique, pensent.

Et qu'osent-ils penser ? Qu'il est bien étrange de voir ces deux nations s'allier contre la volonté américaine alors même qu'il y a un demi-siècle l'alliance des Britanniques et des Américains permet de délivrer l'une pour terrasser l'autre. Au moment où Monsieur Rumsfeld disait son mépris de la vieillesse du couple franco-allemand, nous étions, pur hasard, sur les plages normandes du débarquement de juin 1944.

➤ **“ Reste, Monsieur Rumsfeld, que l'on peut changer de focale. Puisque vous faites grand cas de la vieillesse, embrassons les deux ou trois derniers siècles ”**

Tout est là, intact. La sauvagerie du combat, ses ruines. La mer n'a lavé ni le sang ni la peur. Le parachute du soldat Steele flotte toujours au clocher de Sainte-Mère-Eglise. Les vieilles églises normandes surplombent Omaha Beach d'où le cuirassé Texas tira, le 6 juin, 600 salves de 356 et d'où surgit un bataillon de 225 rangers dont 135 moururent. Sur cette côte que l'on dit «de nacre», on a érigé mille et un monuments qui, entre les crucifix, veulent témoigner de la boucherie et du courage. Partout des hommages rendus à des soldats américains, britanniques, canadiens qui moururent en pleine jeunesse dans ce boga-

ge parce que ce bocage était devenu allemand, parce que Londres et Washington – faut-il y associer Moscou ? – des hommes et des femmes se faisaient une autre idée de la vie, de la liberté et de l'honneur que ceux qui défendaient les couleurs d'un Reich qui se pensait éternel. Sur l'un des monuments, on peut lire, entre autres noms de soldats américains morts sur le sable ou la marne, ceux de Vivaldi et de Wagner.

A quelques kilomètres de ces pures et vieilles merveilles que sont la cathédrale et la tapisserie de Bayeux, on peut, sous le vent et la pluie, découvrir deux cimetières. L'un contient 9386 croix blanches en marbre de Carrare ; l'autre, qui rassemble les corps de 21 500 soldats est parsemé de croix noires. Le premier est américain, l'autre allemand. On connaît tout cela, on se souvient de cette chanson faite à la gloire des boys venus mourir en Normandie et qui disait en substance que «si les ricains n'étaient pas là nous serions tous en Allemagne, à parler je ne sais quoi, à saluer je ne sais qui.» L'histoire est trop récente pour que le sentiment de la dette ne soit pas présent. Les horreurs et la folie nazies sont trop réelles pour que l'on oublie ce que nous devons à ceux qui y mirent un terme en nous délivrant. Le devoir de mémoire est là, bien là, et il faut tout faire pour

qu'il ne s'éteigne pas dans les générations qui nous suivront.

Reste, Monsieur Rumsfeld, que l'on peut changer de focale. Puisque vous faites grand cas de la vieillesse, embrassons les deux ou trois derniers siècles. Regardons, si vous le voulez bien, ce film qui n'a guère eu de succès dans votre pays et qui montre ce que fut la naissance de New York («Gangs of New York» de Martin Scorsese), retournons un instant sur le berceau de votre jeune et vaillante nation quand l'Angleterre était ce qu'elle était ; Lafayette ce qu'il fut.

Dans son dernier ouvrage,¹ Jean-François Revel observe, fort justement, que c'est l'Europe, et personne d'autre, qui a généré les colonialismes, les guerres mondiales du XX^e siècle et la brochette totalitaire du fascisme, du nazisme et du communisme. C'est vrai, M. Rumsfeld, jamais l'Amérique, toujours soupçonnée par ses adversaires de n'être pas véritablement démocratique, n'a donné naissance à de tels systèmes. Et la vieille Europe, qui sait de quoi elle parle, souhaite que cela dure.

J.-Y. Nau

¹ Revel JF. *L'obsession anti-américaine ; son fonctionnement, ses causes, ses conséquences.* Paris : Plon, 304 p.

Mise au point

Psychothérapie et cancer du sein : qu'en dire à mes patientes ?

M. Archinard, A. Murphy et S. Borgacci

Med Hyg 2003 ; 61 : 288-91

Les auteurs font le point à propos de l'impact éventuel des interventions psychosociales sur la qualité de vie et la longévité des patientes atteintes d'un cancer du sein. Dans le premier cas, la littérature confirme la nécessité, au vu des résultats, d'offrir cette possibilité à toutes les personnes présentant un état de détresse psychologique. Dans le second, l'état actuel des connaissances ne permet pas de laisser espérer aux patientes ou à leurs proches qu'une intervention psychologique puisse influencer positivement sur leur espérance de vie.