

## Docteur Majeau: "ne pas faire pitié, être en vie"



Jean Marc Majeau, médecin gastro-entérologue exerçant dans les Pyrénées Orientales, découvre son cancer du colon en 2005. Fort de sa double casquette patient/spécialiste, il réalise en 2006 son tour de France à vélo, la *Cyclogalloscopie*, afin de faire avancer le dépistage et la prise en charge du cancer colorectal en rencontrant pouvoirs publics et patients et de montrer que l'on peut et on doit guérir du cancer.

En 2007, il publie son livre *A demain matin, Mon tour de France contre la maladie*, récit de son parcours sportif contre le cancer colorectal.

Pour en savoir plus sur l'initiative et l'expérience du docteur Majeau, rendez-vous sur son [site](#) ou [blog](#).

### La découverte de mon cancer du colon



J'étais en pleine forme, un peu soucieux, mais qui ne l'est pas ? A la suite d'une prise d'aspirine, j'ai constaté un saignement dans mes selles. Je n'avais aucune douleur particulière, aucun trouble du transit. Comme je le recommande toujours, ce saignement m'a incité à réaliser une coloscopie. Et on a découvert que j'avais un cancer du colon droit, relativement évolué et totalement asymptomatique.

Le cancer du colon est une pathologie sournoise. Il peut se cacher derrière des symptômes d'une banalité affligeante. Ce genre de petits troubles que tout le monde a peu ou prou, temporairement dans son existence. Quelques douleurs, quelques troubles du transit, quelques saignements. Ce qui rend le pronostic du cancer du colon redoutable tient au fait que, longtemps, on minimise les symptômes jusqu'au jour où leur aggravation finit par inquiéter. Il est alors souvent trop tard. Il faut insister sur les signes précoces et toujours s'en inquiéter.

### La prise en charge et le traitement du cancer

J'ai été pris en charge comme tous les patients atteints de cette maladie. Ma qualification médicale ne m'a pas ouvert les portes de centres exceptionnels. Je tiens d'ailleurs à le souligner avec d'autant plus de force que, souvent, les patients atteints d'une maladie grave, craignent de n'être pas adressés aux équipes les plus performantes en raison de leur ignorance des circuits médicaux. Il faut rappeler, que la France est pourvue de Centres d'oncologie performants, répartis sur l'ensemble du territoire et que la prise en charge est actuellement uniformisée et identique, à Rennes, Brest, Toulouse, Montpellier ou Paris. Le vieil adage qui supposait la capitale plus novatrice que les villes de province, et les villes de CHU supérieures aux autres cités est actuellement complètement obsolète. N'en déplaise aux praticiens de certains lieux historiques qui se pensent toujours supérieurs à leurs homologues.

La plupart des tumeurs cancéreuses peuvent être traitées au plus proche de son lieu de vie, avec des résultats identiques et quelquefois supérieurs. En effet, la qualité de la relation, la présence de la famille, des amis, des soutiens est quelquefois aussi importante dans la tolérance thérapeutique que la renommée présumée d'une équipe médicale.

La prise en charge d'une tumeur du colon est, sauf dans le cas particulier du cancer du bas du colon (le rectum), toujours chirurgicale. A la suite de la chirurgie, selon les résultats de l'analyse histologique, une chimiothérapie adjuvante peut être proposée. Cette proposition n'est faite qu'après que l'indication ait été validée par une réunion consultative entre différents médecins. La responsabilité du traitement ne repose jamais sur un seul thérapeute mais sur un ensemble pluridisciplinaire, dont la décision est réfléchie, discutée et enregistrée. Par la suite, chaque nouvel épisode de la maladie, si celle-ci récidive notamment, donne lieu à une nouvelle discussion et une nouvelle proposition thérapeutique, chirurgicale ou médicale par une chimiothérapie. Il est d'ailleurs à noter que le cancer du colon est devenu depuis quelques années, un cancer accessible à la chimiothérapie qui, en collaboration étroite avec la chirurgie, permet de traiter, définitivement, la maladie à un stade avancé. Ce n'était pas le cas il y a seulement dix ans.

### Vivre avec un cancer du côlon



Il n'y a pas de quotidien particulier pour le patient atteint d'un cancer du colon. La détresse, la peur de la mort, la tristesse et l'angoisse, sont une phase probablement incontournable, au moins dans les premiers mois de la maladie. Le sentiment d'injustice aussi. Mais tout ceci concerne l'ensemble des patients atteints d'une maladie à conséquence vitale. Pas spécifiquement ceux atteints par un cancer du colon. Je dirais même que ceux là peuvent se raccrocher plus que d'autres, à la relative efficacité des traitements qui leur sont proposés. On peut affirmer, sans leur mentir, à certains patients, dont nous connaissons parfaitement le profil, qu'ils vont guérir de leur maladie, et ce, dès la première phase thérapeutique, la chirurgie.

La plupart du temps, un patient traité avec succès d'un cancer du colon, va retrouver une vie strictement normale. Il en va un peu différemment pour le cancer du rectum, qui entraîne des conséquences plus pénibles sur la qualité de vie. Tout d'abord lorsque le traitement impose la réalisation d'un anus artificiel. Nos chirurgiens ont fait des progrès

considérables et arrivent, par des prouesses techniques à réduire le nombre de patients pour lesquels on ne peut éviter de recourir à cette technique. Mais le choc psychologique est lourd. Les conséquences sociales pénibles et le retentissement général compliqué à gérer. Lorsque l'on ne doit pas avoir recours à la mise en place d'un anus artificiel, dans le cas où la tumeur est suffisamment bien située pour permettre de remettre le circuit en fonction normale, un autre problème se pose : celui de la radiothérapie préalable qui peut entraîner un inconfort pénible. Cet inconvénient est heureusement bien jugulé par les nouvelles techniques d'irradiation. Lorsqu'on doit faire face à ce type de complications, on peut néanmoins se rassurer en se disant qu'elles seront temporaires.

Dans quelques cas, heureusement exceptionnels, les patients sont gênés par des troubles du transit (diarrhées notamment) qui font suite à la chirurgie. Certains hommes peuvent présenter un dysfonctionnement de leur fonction érectile après une chirurgie du rectum. Là encore, la communication entre le médecin et le patient peut avoir permis d'expliquer ce type de risque avant qu'il ne survienne, limitant ainsi le retentissement psychologique en permettant notamment une prise en charge précoce.

Mais le plus difficile à appréhender est la peur du lendemain, l'angoisse des examens de contrôle, la relation avec l'incertitude de

l'avenir, toujours rappelée par les rapports obligatoires avec les banquiers. Ce point noir doit être éclairci. Des lois sont passées mais leur application est complexe et les démarches administratives rebutantes. A l'heure où l'on parle de relance économique, il serait temps que les pouvoirs publics se penchent enfin sur des solutions simples, peu onéreuses visant à simplifier la vie de ceux qui ont croisé le cancer dans leur parcours.

### **Mon engagement contre le cancer colorectal «ne pas faire pitié, être en vie»**

Mon expérience n'a pas changé ma perception du cancer. Je vis avec tous les jours depuis des années au travers des patients chez qui je le diagnostique, au contact de ceux que j'accompagne dans leur traitement, et face à la douleur de ceux qui n'arrivent pas à survivre à cette pathologie et que j'aide jusqu'au terme de leur combat. Ce qui a changé, c'est ma perception de ce que la maladie peut modifier dans votre quotidien, et ce, quel que soit le stade évolutif où vous vous situez. Le rapport avec votre banquier, avec vos voisins, avec les personnes que vous côtoyez au quotidien. C'est pourquoi j'avais comme devise lors de mon Tour de France en vélo : « **ne pas faire pitié, être en vie** »

Enfin, le fait d'être malade, m'a permis de pouvoir exprimer mes doutes et mes critiques à l'encontre du corps médical quant à sa prise en charge de la relation avec le patient, relation dont je déplore depuis des années la déliquescence progressive. M'exprimer au titre de soignant me faisait passer pour un délateur. Ma position, relativement inconfortable de « malade » me donne une légitimité dans cette critique. Je ne suis pas plus écouté par mes confrères, mais j'espère me faire la voix des milliers de patients qui méritent autre chose en matière de relations humaines que ce qui leur est proposé. Or je reste persuadé qu'une partie non négligeable de la qualité de tolérance des traitements et « in fine » de leur efficacité repose sur la qualité de confiance entretenue avec le personnel soignant.

### **La Cyclogalloscopie**



Tout d'abord l'objectif de la Cyclogalloscopie. Tout partait d'un constat : malgré tout notre investissement le cancer du colon est responsable, en France, d'un mort toutes les trente minutes. C'est insupportable. J'étais et je reste persuadé que la principale raison de cette catastrophe tient plus à un défaut d'information de la population qu'à tout autre raison. Dans ces conditions j'ai voulu profiter de l'ironie du sort qui me frappait, pour réaliser un « coup médiatique », puisque notre société est friande de ce genre d'événements. J'ai dessiné sur l'asphalte de notre territoire la forme d'un colon et j'ai pris mon vélo, réalisant un tour de la France de 21 étapes, en 21 jours, soit un total de 3000 kilomètres, allant à la rencontre des populations, des pouvoirs publics et des décideurs. Mon message était de sensibiliser les populations au dépistage organisé, d'étendre ce dépistage à l'ensemble du territoire et d'obtenir les moyens pour le faire. Je suis passé à Paris au ministère de la santé le 4 septembre 2006, un arrêté fixant les modalités du dépistage généralisé a été signé par Xavier BERTRAND le 29 septembre 2006. Lorsque je suis parti, 22 départements avaient les structures requises pour effectuer le dépistage. Aujourd'hui l'ensemble des départements sont pourvus de ces structures. On a depuis acté une semaine d'information sur le cancer du colon, chaque année, fin Mars. On a deux campagnes publicitaires sur l'Hémocult tous les ans. Je ne sais quel poids aura pesé la Cyclogalloscopie dans ce mouvement. J'ai la prétention de croire qu'elle peut avoir participé à initier le mouvement.

Le message que j'ai souhaité faire passer, c'est, d'une part, que la maladie est un **combat**. Il faut lutter même quand on sait que l'on peut perdre. Si j'ai choisi le vélo comme symbole, c'est parce que ce sport est dur, ingrat, qu'il expose à des défaillances et à des envies de renoncement. Mais qu'il procure des joies intenses lorsque l'on a vaincu un obstacle dans le dépassement de soi. Comme dans la maladie ; Comme lors des traitements lourds qu'on peut nous imposer. Savoir tenir, savoir lutter pour apprendre à gagner. D'autre part, je veux qu'on sache que le cancer n'est pas une fin. Je

veux que les patients puissent se reconnaître dans une guérison et se l'approprier comme objectif. Trop souvent le cancer n'a d'image que mortifère. Je veux dire aux nouveaux malades, et encore plus à ceux atteints d'un cancer du colon : « *Le cancer du colon pris à temps n'est pas méchant. Regardez-moi. Vous voyez, on peut en guérir. Ça existe !* ». Ensuite, le professionnel que je suis peut expliquer quelles sont les modalités pour obtenir une prévention efficace.