

UNIVERSITE DE FRANCHE-COMTE

3ème COLLOQUE INTERNATIONAL

SCIENCES HUMAINES  
&  
CANCEROLOGIE

Livret des Résumés

1 & 2

OCTOBRE  
2012  
Besançon



Ville de  
**Besançon**



# Colloque International – Sciences Humaines et Cancérologie

## Colloque International – Sciences Humaines et Cancérologie

Le cancer est aujourd'hui la première cause de mortalité en France. Qu'il s'agisse de la prévention, du dépistage, des pratiques médicales, de la question des prises de décision, de l'organisation des soins, de la relation soignant-soigné, du vécu des malades, mais aussi de celui des soignants et de l'entourage familial, (etc., cette liste n'étant pas exhaustive), les sciences humaines et sociales produisent des recherches qui permettent de répondre aux questions que se posent les patients, leur entourage, les professionnels de santé, les décideurs. A titre d'exemples : Comment amener les individus à adopter des comportements de prévention ? Comment les malades perçoivent-ils le soutien des proches ? Les patients estiment-ils avoir suffisamment participé aux décisions médicales concernant leur cancer ? Quelles sont les stratégies de faire face et de régulation émotionnelle les plus efficaces ? Quel est l'impact des facteurs psychologiques et sociaux sur la qualité de vie du patient et l'évolution sa maladie ? La qualité de vie au travail des soignants influence-t-elle la qualité des prises en charge ? Quels sont les enjeux économiques de la maladie ? Dans quelles conditions les malades peuvent-ils au mieux bénéficier d'un retour à l'emploi ? Quels rôles jouent les inégalités sociales ?

Les objectifs de ce colloque organisé sous l'égide du Cancéropôle du Grand-Est sont donc de valoriser les recherches en cours, de favoriser le dialogue entre les chercheurs en Sciences Humaines et Sociales (SHS) et en cancérologie, les personnels de soins, et les malades. Ce colloque vise également à discuter des enjeux que pose l'orientation des recherches en SHS pour une amélioration de la qualité de vie du patient.

# Colloque International – Sciences Humaines et Cancérologie

## COMITE SCIENTIFIQUE – RESPONSABLE : DIDIER TRUCHOT

Amiel Philippe (Institut Gustave Roussy)	Girandola, F. (Université de Provence)
Amsellem Norbert (INCa)	Guillemin Francis (Inserm)
Apostolidis Themistoklis (Université de Provence)	Herbet Jean-Baptiste (INCa)
Arveux Philippe (Centre G-F Leclerc, Dijon)	Laurent Alexandra (Université de Franche-Comté)
Bacqué Marie-Frédérique (Université de Strasbourg)	Lejeune Catherine (Université de Bourgogne)
Bonnaud-Antignac Angélique (Université de Nantes)	Pohl Sabine (Université Libre de Bruxelles)
Bonnetain Franck (CGFL, CHU Besançon)	Mercier Mariette, (UFC et CHU Besançon)
Bonnet Magalie (Université de Franche-Comté)	Oudet, Pierre, (CGE et CHU Strasbourg)
Borg Christophe (Inserm, CHU Besançon)	Préau Marie (Université de Lyon2)
Chahraoui Khadija (Université de Bourgogne)	Quintard Bruno (Université de Bordeaux)
Christophe, Véronique (Université Lille 3)	Schepens Florent (Université de Bourgogne)
Colombat Philippe (Université de Tours)	Spitz, Elisabeth (Université de Metz)
Cousson-Gélie Florence (Université de Montpellier3)	Sultan, Serge (Université de Montréal)
	Tessier Philippe (Université de Nantes)
	Truchot Didier (Université de Franche-Comté)
	Untas Aurélie (Université de ParisV)

## COMITE D'ORGANISATION

### Université de Franche-Comté

Andela Marie	Harm Jonathan
Belot Rose-Angélique	Lainé Agathe
Bonnet Magalie	Laurent Alexandra
Borteyrou Xabi	Lheureux Florent
Bouchakour Abdelnour	Mougeot Géraldine
Chassard Julie	Truchot Didier

**Cancéropôle du Grand-Est** : Emmanuelle Faivre, Marc Guenneugues

## SOMMAIRE

### 1. Prévention / Dépistage

**Etude Des Principaux Freins Et Leviers Psychologiques Envers L'examen De Dépistage Du Cancer Colorectal**, M. Bridou, C. Aguerre & C. Reveillere, *Université François Rabelais De Tours* 10

**Le Cancer Colorectal : Freins Et Moteurs Au Dépistage**, Prieto, A., Sales-Wuillemine, E., Galand, C., Kohler, *Université Paris 8* 11

**Les Tests Immunologiques Sont-Ils Efficaces Comparativement Au Test Hémocult® ? Résultats D'une Analyse Coût-Efficacité Du Dépistage De Masse Du Cancer Colorectal En France**, C. Lejeune, K. Le Gleut, C. Gallimard, G. Durand, V. Dancour, J. Faivre, *Université De Bourgogne* 12

**Perception, Acceptabilité Et Evolution Des Pratiques De Vaccination Contre Les Papillomavirus (HPV) Des Médecins De Rhône-Alpes**, J. Kalecinski, D. Lutringer-Magnin, C. Lasset, F. Chauvin, *Université De Lyon* 14

**La communication engageante en faveur de la Prévention contre le Cancer : Etude appliquée sur la consommation de Fruits et Légumes Chez les Etudiants**, F Crepin (*Université de Lorraine*), F. Girandola (*Université d'Aix en Provence*) 16

### 2. Relations soignant/soigné : Approches Cliniques

**Entre incertitudes et conflits de valeurs : la subjectivité du médecin dans la décision d'arrêt des chimiothérapies ?** Y. Beussant, F. Mathieu-Nicot, Dr L. Pazart, Dr C. Tournigand, E. Cretin, Pr Eric Deconinck, Pr P. Cuyenet, Pr R. Aubry, *CHU Besançon, Université De Franche-Comté* 18

- Agressivité et mensonge, deux effets de la relation soignant-soigné.** 20  
L. Diebold, (Chu La Timone, Marseille), J.-L. Pedinielli, *Université Aix-Marseille 1*
- La relation « couplale » médecin-patient face au dilemme de l'arrêt des thérapeutiques spécifiques,** 21  
F. Mathieu-Nicot, P. Cuynet, Y. Beussant, E. Cretin, L. Pazart, C. Tournigand, E. Deconinck, R. Aubry, *CHU Besançon, Université De Franche-Comté*
- Fonctions psychiques de la douleur en soins palliatifs.** B. Maillard, 23  
*Chu Nantes*
- Le travail de l'hypocondrie chez l'enfant dont la mère est atteinte d'un cancer.** R. Jean-Dit-Pannel, *CHU A Besançon Et D. Cupa, Spp* 25

### **3. Expériences de prise en charge et d'accompagnement de publics**

- Mise en place de formations de professionnels relais pour accompagner les publics en situation de précarité vers le dépistage organisé des cancers- FORMADOC 2- Loire 2011-2012,** 27  
J. Kalecinski, V. Dutertre, F. Chauvin, *Institut De Cancérologie Lucien Neuwirth, Cic-Ec 3 Inserm, Ifr 143, Saint-Etienne, France*
- Quand l'esthétique rencontre le psychologique... Miroir, mon beau miroir : dis-moi qui je suis ?** C. Reichling, C. Marquez Et H. Perrier, 29  
*Hôpital Saint-Joseph, Marseille*
- Dépistage de la souffrance psychologique en cancérologie et relation d'aide - Résultats de l'Etude ACES (Apport clinique d'un guide d'entretien semi-directif),** 31  
N. Stadelmaier, O. Duguey-Cachet, Institut Bergonié, Bordeaux, Y. Saada, B. Quintard, *Université Bordeaux Segalen*
- Adolescents atteints de cancer et pratique sportive. Perceptions d'éléments de reprise,** 33  
S. Knobe Et C. Marsault, *Université de Strasbourg*

#### **4. Perspective temporelle et parcours de malades**

- Particularités de la mémoire autobiographique épisodique chez des patientes avec un cancer du sein avant le début du traitement adjuvant**, Morel, N., Dayan, J., Piolino, J., Duval, C., Allouache, D., Noal, S., Levy, C., Joly, F., Eustache, F., & Giffard, B., *INSERM, Caen* 35
- Approche longitudinale de la perspective temporelle chez des femmes jeunes atteintes d'un cancer du sein**, Preau, M., Apostolidis, T., Bouhnik, A-D., & Rey, D., *Université Lyon 2* 37
- Information du patient et stratégies de réinsertion sociale après un cancer du sein. Parcours de malades**, Regnier-Denois, V., & Querre, M., *Institut De Cancérologie Lucien Neuwirth, CIC-EC 3 Inserm, IFR 143, Saint-Etienne* 39
- Comment devient-on mourant? Carrières de patients en soins palliatifs**, Schepens, F., *Université de Bourgogne* 41

#### **5. Inégalités**

- Détection des adénomes et cancers colorectaux : Disparités géographiques et socioéconomiques dans la population de Côte d'Or**, Fournel, I., Cottet, V., Bourredjem, A., Sauleau., E-A., Bouvier, A-M., Bonithon Kopp, C, *Université de Bourgogne* 43
- Mieux comprendre les inégalités géographiques de cancer : étude sur les cancers rares en région Rhône-Alpes**, Fayet, Y., Chasles, V., Ray-Coquard, I., Ducimetiere, F., *Université Lyon 3* 45
- Evaluation économique du coût social des cancers professionnels des voies respiratoires en France**, Serrier, H., *Université de Bourgogne* 46

**6. Attitudes et perception des patients. Représentations du Cancer**

**La coordination des soins ambulatoires durant la phase thérapeutique initiale du cancer : regards de patients sur les pratiques médicales.** Coindard, G. Vega A. & Combessie P., *Faculté de médecine, Paris-Sud* 49

**Représentations du cancer dans les milieux défavorisés : enquêtes dans les ateliers santé-ville.** Dumesnil, J., Regnier, V., & Chauvin, F., *Centre Hygée - Institut de Cancérologie Lucien Neuwirth - Saint-Étienne* 50

**Expérience scolaire et vie professionnelle. Perceptions de jeunes adultes traités pour un cancer pédiatrique,** Jutras, S., *Université du Québec   Montréal* 52

**Articulation entre l'information scientifique et les représentations symboliques de la maladie en cancérologie,** Dutier, A., *Université Paris-Descartes* 54

**7. Questions de communication soignant / soigné**

**Les rapports de genre dans la relation de soin en cancérologie,** H. Marche, *Université de Rennes 2* 57

**Analyse discursive de la consultation d'annonce de glioblastome,** R. Lanfroy, M. Batt, E. Garat, K. Colmar, P. Beauchesne, L. Taillandier, T., A.Trognon, *CHU Nancy/Université de Lorraine* 58

**Annonce de mauvaises nouvelles en cancérologie : Analyse du discours de médecins et d'infirmières d'annonce et de coordination,** M. Kretsch, S. Montel, E. Spitz, *Université de Lorraine – Metz* 59

**Le médicament, au cœur d'un réseau d'artefacts et d'acteurs,** C. Hem (*GREPS, Lyon 2*) & M. Grosjean (*ICAR, CNRS - auteure décédée*) 61



**Symposium : Intérêts de la psychothérapie Eye Movement  
Desentization Reprocessing (EMDR) dans la prise en charge  
des malades du cancer.**

- Dimensions théoriques et psychopathologiques de l'EMDR :  
résultats de la recherche et intérêts cliniques pour la prise en charge  
des malades du cancer**, C. Tarquinio, *Université de Lorraine - site de  
Metz* 65
- Application clinique de l'EMDR en oncologie : études de cas**, C.  
Petitjean, *EMSP Vesoul-Lure-Luxeuil* 66
- Prise en charge de la douleur avec la psychothérapie EMDR :  
clinique, protocole et étude de cas**, M-J. Brennstuhl, *Université de  
Lorraine - site de Metz* 66

**Symposium : Cancer et régulation des émotions**

- Validation d'une échelle de stress des infirmières en oncologie**,  
X. Borteyrou, D. Truchot, *Université de Franche-Comté* et N. Rasclé,  
*Université de Bordeaux*. 68
- Les déterminants managériaux de la qualité de vie au travail des  
soignants dans les services d'hémo-oncologie**, N. Gillet, E.  
Fouquereau, E. Michinov, A. M. Pronost, A. Bonnaud, R. Mokoukolo,  
& P. Colombat, *Université François-Rabelais de Tours* 69
- Fardeau de l'aidant et ajustement émotionnel au sein de la dyade  
patient-aidant dans le cadre des prises en charge palliatives en  
oncologie**. T. Leroy, E. Fournier, N. Penel, C. Fournier, P. Antoine, V.  
Christophe, *URECA EA 1059, Lille 3* 71
- Impact du sexe sur les stratégies de régulation émotionnelle mises en  
place via le partage social des émotions chez les patients atteints de  
cancer**, C. Duprez, V. Christophe, M. Mahieux, M. Foure, L. Boutaud  
De La Combe, L. Detourmignies, L. Vanlemmens, E. Vanlerenberghe,  
J-B Prevost & M. Wetterwald, *Université de Lille 3* 73

Colloque International – Sciences Humaines et Cancérologie  
**Symposium : Cancer et spiritualité**

- Evolution et valeur adaptative du contrôle religieux chez des patientes atteintes d'un premier cancer du sein.** *Cousson-Gélie, F.* 76  
*Université de Montpellier.*
- Qualité de vie, coping et spiritualité suite au cancer : des liens complexes.** *M. Preau, Université Lyon 2.* 77
- Etude des changements spirituels comme processus de coping pour faire face à un mélanome : quels liens avec le développement post-traumatique ?** *Bourdon, M., Roussiau, N. et Bonnaud-Antignac, C.* 78  
*Université de Nantes.*

**Symposium : Contributions des techniques de gestion des émotions à la prise en charge des malades du cancer**

- Dimensions psychophysiologiques et principes actifs des méthodes de stabilisation émotionnelles : le cas de la variabilité sinusale.** 81  
*Tarquinio, C., Université de Lorraine - site de Metz*
- Participation de la Sophrologie à la prise en charge pluridisciplinaire des malades du cancer,** *Bresler, M., & Steffen –* 82  
*Pisani, M., Institut Européen de Sophrologie du Travail – Luxembourg*
- Pertinence des interventions basées sur la pleine conscience dans la prise en charge de patients cancéreux : spécificités thérapeutiques et potentiel clinique des approches MBSR et MBCT,** *Strub, L.,* 83  
*Université de Lorraine - site de Metz*
- Cancer, sexualité et hypnose,** *Ramseyer, F., Université de Lorraine -* 84  
*site de Metz*

**Symposium : Egalités, inégalités d'accès aux soins précoces**

- Participer aux essais précoces : construire sa décision.** Sylvain Besle, **86**  
*Université Paris IV, Sorbonne.*
- Une typologie des patients participants aux essais précoces,** Valérie **86**  
Gateau, *Université Paris V, Descartes.*
- Essais précoces : vers une participation "choisie".** Philippe Amiel, **86**  
*Institut Gustave-Roussy.*

**Conférences invitées**

- Ethique des soignants et contraintes économiques. Une impossible (ré-)conciliation ?** **88**  
P. Tessier, *Université de Nantes*
- L'empathie en oncologie,** **89**  
S. Lelorain, *Université de Lille*
- La prise décision partagée dans la relation médecin patient en cancérologie,** **90**  
N. Moumjid Et C. Durif-Bruckert, *Université de Lyon (I et II)*
- Maladie et partage social des émotions,** **91**  
B. Rimé, *Université de Louvain la neuve.*

**1**

**PRÉVENTION/DÉPISTAGE**

---

Colloque International – Sciences Humaines et Cancérologie

---

Etude des principaux freins et leviers psychologiques envers l'examen de  
dépistage du cancer colorectal

---

**Morgiane Bridou, Colette Aguerre & Christian Reveillere**

Université François Rabelais de Tours

EA 2114 « Psychologie des Ages de la Vie ».

E-mail : [morgiane.bridou@etu.univ-tours.fr](mailto:morgiane.bridou@etu.univ-tours.fr)

En 2005, 37413 nouveaux cas de cancer colorectal (CCR) étaient recensés en France, un chiffre qui le propulse au troisième rang des cancers les plus fréquents et au second rang des décès par cancer (Bouvier, Chauvenet, Jooste, & Faivre, 2010). Fort de ce constat, un programme national de dépistage organisé du CCR a été mis en place afin de diagnostiquer la maladie avant l'apparition de signes avant-coureurs. Ce programme propose aux individus ayant un risque moyen de développer un CCR de participer à un test de dépistage spécifique tous les 2 ans à partir de 50 ans. Il est aujourd'hui clairement établi que le dépistage de masse par ce type de test réduit notablement la mortalité relative au CCR (Hewitson & al., 2007). Toutefois, le taux de participation actuel (34%) reste encore en deçà des normes recommandées (Institut National du Cancer, 2009). Dès lors, il apparaît nécessaire de mieux comprendre ce qui motive ou, au contraire, freine les individus à s'investir activement dans une démarche de dépistage visant à détecter précocement un CCR.

**Méthode :** Cette étude a été menée auprès de 674 individus âgés de 50 à 74 ans ayant rempli une batterie de questionnaires évaluant les connaissances envers le dépistage du CCR, l'anxiété envers la santé, et les stratégies d'ajustement de type vigilant et évitant.

**Résultats :** Des analyses comparatives ont mis en évidence des différences significatives entre les individus ayant déjà réalisé le test de dépistage (compliants) et ceux ne l'ayant encore jamais réalisé (non compliants). Les individus compliants ont de meilleures connaissances concernant le test [ $t(672)=4,77$  ;  $p<.001$ ], sont plus anxieux envers la santé [ $t(672)=2,46$  ;  $p<.05$ ], et mobilisent davantage de stratégies d'ajustement de type vigilant [ $t(672)=2,00$  ;  $p<.05$ ] que les individus non compliants. Enfin, des analyses de régression logistique binaire ont mis en évidence que les principaux prédicteurs de la participation au dépistage du CCR sont : le degré de connaissances envers le dépistage du CCR [OR = 0,36 ; 95% IC=1,23-1,66], la dimension peur de la maladie [OR = 0,07 ; 95% IC=1,01-1,12], et les stratégies d'ajustement de type vigilant [OR = 0,12 ; 95% IC=1,01-1,27].

**Conclusion :** Ce travail suggère que certains facteurs psychologiques jouent un rôle important dans la participation au dépistage du CCR. Nous espérons que ces données aideront les organisations de santé publique à concevoir des campagnes de communication en tenant compte des aspects psychologiques impliqués dans la démarche de participation au dépistage du CCR.

**Prieto A., Salès-Wuillemin E., Galand C., Kohler C.**

Université Paris 8, Laboratoire Parisien de Psychologie Sociale (EA-4386), Groupe de Recherche sur la Parole et la Pensée Sociale

**Contexte :** Le cancer colorectal (CRC) affecte tous les ans en France presque 40 000 individus représentant plus de 7.000 morts. Le dépistage précoce chez les individus de 50 ans, à partir de l'utilisation du test de détection du sang dans les selles, le test Hemocult II® est un défi important pour réduire le taux de mortalité. Mais, en dépit des diverses campagnes conduites en France, seulement 26% des individus ciblés acceptent de réaliser l'essai.

**Objectif :** Pour comprendre quelles sont les barrières et la motivation à faire le test de dépistage, nous avons analysé la perception de la maladie (le cancer colorectal) et du test (le test Hemocult®).

**Méthodologie :** des entretiens Semi-structurés ont été centrés sur la perception du cancer colorectal et du test de dépistage Hemocult II®. Ces entretiens ont été conduits avec 54 hommes et femmes ayant entre 50 à 74 ans. Une comparaison entre utilisateurs/non utilisateurs du test a été réalisée. Le codage a été réalisé en utilisant la méthode de l'analyse propositionnelle discours. Les traitements statistiques visent à mettre en évidence les différences entre les deux groupes de répondants relativement aux types des causes et d'attitudes évoquées à propos de la maladie et la perception du test.

**Résultats :** Les utilisateurs ont évoqué un plus grand nombre de causes du cancer colorectal et trouvent le test facile et simple à faire. En outre, la possibilité de guérir le cancer colorectal par un ciblage précoce est perçue comme important par cette population. Les patients Non-utilisateurs présentent un pourcentage plus élevé d'attitudes négatives, ils possèdent moins de connaissance sur le cancer colorectal et le test.

**Conclusion :** Les facteurs sociaux et cognitifs ont une incidence sur la motivation et les freins au dépistage du cancer colorectal et à l'utilisation du test Hemocult II®. Voici pourquoi il est important d'augmenter la qualité et la quantité d'informations transmises, une plus grande implication des médecins serait également souhaitable. Ces résultats devront être confirmés dans une prochaine étude sur un échantillon plus représentatif.

**Les tests immunologiques sont-ils efficaces comparativement au test Hémocult® ? Résultats d'une analyse coût-efficacité du dépistage de masse du cancer colorectal en France.**

---

C. Lejeune<sup>a</sup>, K. Le Gleut<sup>b</sup>, C. Gallimard<sup>c</sup>, G. Durand<sup>b</sup>, V. Dancour<sup>d,E</sup>, J ; Faivre<sup>e</sup>

<sup>a</sup> INSERM U866 ; Université de Bourgogne ; 7 bd Jeanne d'Arc, BP 87900, 21079 Dijon Cedex, France.

<sup>b</sup> ICONES, 4 allée René Hirel, 35200 Rennes, France.

<sup>c</sup> CPAM Côte d'Or, 16-18 rue Nodot, 21000 Dijon, France.

<sup>d</sup> Registre Bourguignon des Cancers Digestifs, INSERM U866 ; ADECA 21-58,16-18 rue Nodot, 21000 Dijon, France.

<sup>e</sup> Registre Bourguignon des Cancers Digestifs, INSERM U866, CHU de Dijon, 7 bd Jeanne d'Arc, BP 87900, 21079 Dijon Cedex, France.

E-mail : [catherine.lejeune@u-bourgogne.fr](mailto:catherine.lejeune@u-bourgogne.fr)

Le test au gaïac de recherche de sang dans les selles (Hémocult®) était jusqu'à présent le test de référence utilisé dans le dépistage de masse du cancer colorectal en France. Le passage aux tests immunologiques en remplacement du test Hémocult® a été récemment décidé par les autorités de santé publique françaises en raison de leur simplicité de réalisation, de leur plus forte sensibilité et de la lecture automatisé de leurs résultats. Cependant des incertitudes persistent concernant le type de tests à utiliser, le nombre de selles à prélever et la fixation du seuil de positivité.

**Objectif :** Comparer l'efficacité des trois tests immunologiques à lecture automatisée (OC-Sensor®, FOB-Gold® et Magstream®) utilisés tous les 2 ans dans la population générale française de 50 à 74 ans comparativement au test Hémocult® en tenant compte du nombre de selles prélevées (une ou deux) et de leur seuil de positivité (20 ng/mL pour Magstream®, 176/205/234/293 ou 352 ng/mL pour FOB-Gold®, 150/175/200/250 ou 300 ng/mL pour OC-Sensor®).

**Méthode :** Une analyse coût-efficacité reposant sur un modèle de Markov a été réalisée afin de simuler le suivi d'une population de 100 000 sujets âgés de 50 à 74 ans pendant 20 ans. Les données épidémiologiques et économiques étaient issues d'une étude de population menée dans quatre départements français.

## Colloque International – Sciences Humaines et Cancérologie

**Résultats :** Les résultats montrent que les trois tests immunologiques sur deux selles étaient efficaces, et ce, quel que soit le seuil de positivité. Comparativement à l'Hémocult®, ils présentaient un ratio coût-efficacité différentiel variant de 1 270 € par année de vie gagnée pour le plus faible à 3 624 € pour le plus élevé. Lorsque les tests étaient réalisés sur une seule selle, Magstream® et FOB-Gold® dominaient l'Hémocult® soit par leur coût, soit par leur efficacité. Quant au test OC-Sensor®, il était associé à un surcoût raisonnable par année de vie gagnée supplémentaire de 1799 €.

**Conclusion :** Ces résultats mettent particulièrement en évidence l'influence sur les résultats du prix d'achat des tests immunologiques qui varie du simple au double selon le test. Ces résultats apportent des arguments forts en faveur de l'utilisation d'un seul prélèvement et confirment l'avis donné en ce sens début 2012 par le comité national stratégique des dépistages des cancers. Les différences de prix entre les différents tests nécessitent désormais de mettre en concurrence des différents fabricants existant sur le marché.



**Perception, acceptabilité et évolution des pratiques de vaccination contre les papillomavirus (HPV) des médecins de Rhône-Alpes**

---

**J. Kalecinski**, *Institut de Cancérologie Lucien Neuwirth, CIC-EC 3 Inserm, IFR 143, Saint-Etienne*

**D. Lutringer-Magnin**, *Centre Léon Bérard et Université Lyon 1, CNRS UMR 5558, Lyon*

**C. Lasset**, *Centre Léon Bérard et Université Lyon 1, CNRS UMR 5558, Lyon*

**F. Chauvin** *Institut de Cancérologie Lucien Neuwirth, CIC-EC 3 Inserm, IFR 143, Saint-Etienne*

E-mail : [Julie.Kalecinski@icloire.fr](mailto:Julie.Kalecinski@icloire.fr)

### **Problématique**

La vaccination contre le virus HPV est recommandée chez les filles de 14 à 23 ans. Les études HPV-MED du programme REMPLAR évaluent les pratiques et l'acceptabilité de ce vaccin auprès des médecins généralistes (MG) impliqués dans la vaccination. Il s'agit d'approfondir leurs motivations pour mieux comprendre leurs opinions et identifier leur rôle dans la prise de décision de vacciner.

### **Méthodes**

Une étude transversale répétée en 2007 (T0) et 2010 (T1) a concerné deux échantillons représentatifs de 279 et de 271 MG de Rhône-Alpes. Ils ont été interrogés par auto-questionnaires. Une étude sociologique venait en compléter et enrichir les résultats. Deux échantillons non-représentatifs de 35 et 27 MG, sélectionnés en fonction de leur attitude face au vaccin (favorable, attentiste ou opposé) ont été rencontrés en entretiens semi-directifs.

### **Résultats**

Les études qualitatives et quantitatives montrent que la proportion de MG «attentistes» diminue alors que celle des MG «favorables» augmente (respectivement 17,2% et 79,9% vs. 10% et 87,1%). Ces derniers expliquent que l'efficacité du vaccin et son intérêt en terme de santé publique ont motivé leur adhésion. Leurs justifications n'ont pas évolué entre T0 et T1.

Les MG «attentistes» et «opposés» se questionnent toujours à propos du manque de recul et la durée d'immunité. Par contre, ils n'évoquent plus le «manque d'information». Ils ont acquis depuis T0 les connaissances leur permettant de parler du vaccin et de répondre aux questions des patientes. Ils parlent davantage du prix élevé du vaccin et de la «pression pharmaceutique». Enfin, le lien entre la pratique de l'homéopathie et les réticences face au vaccin HPV ressort davantage à T1.

## Colloque International – Sciences Humaines et Cancérologie

Les médecins rencontrés en entretien évoquent beaucoup moins souvent comme difficultés à T1 le manque de connaissances et les questions posées par les patientes, mises à part celles concernant l'innocuité du vaccin à long terme. Le motif initial de la consultation reste par contre une difficulté importante.

Les MG « attentistes » et « opposés » vaccinent moins à T1. Ils vaccinent pour la plupart uniquement à la demande et constatent que celle-ci a beaucoup diminué. Ils l'expliquent par une baisse dans la fréquence des messages publicitaires.

La vaccination permet d'aborder « la question des IST ». Mais il est plus difficile pour les MG de parler du frottis dans ce cadre.

### **Conclusion**

Trois ans après son introduction, l'acceptabilité du vaccin HPV reste forte et l'information a permis aux MG de se positionner plus favorablement et d'être moins souvent mis en difficulté par les questions des patientes. Si certains MG craignent toujours une diminution de la pratique du frottis, ils pensent que la vaccination HPV se trouve dans un bon rapport bénéfice-risque.

---

**La communication engageante en faveur de la prévention contre le cancer : étude appliquée sur la consommation des fruits et légumes chez les étudiants.**

---

**France Crépin** (Université de Lorraine), **Fabien Girandola** (Université Aix-Marseille)

E-mail : [france.crepin@hotmail.fr](mailto:france.crepin@hotmail.fr)

Les recherches ont montré que la consommation d'au moins 400g de fruits et légumes par jour pouvait prévenir l'apparition de certains cancers. Malgré les communications mises en place par les politiques de santé publique, leur consommation reste encore insuffisante, en particulier chez les jeunes. Or, nous savons aujourd'hui que ces messages persuasifs agissent sur les opinions et les croyances des individus mais ne sont pas suffisants pour changer les comportements. Notre objectif est de réaliser une étude longitudinale sur la consommation de fruits et légumes chez les étudiants dans le cadre de la communication engageante (Girandola et Joule, 2012 ; Joule, Girandola et Bernard, 2007). Son principe est simple : faire précéder un message persuasif d'un acte préparatoire engageant. Nous avons débuté notre recherche par le choix de l'acte à utiliser afin de savoir lequel était le plus adapté à notre population et notre thème. Pour cela, nous avons testé 4 actes auprès de 89 participants : la signature d'une charte, la recherche d'un slogan, la signature d'une charte-contrat et la distribution de fly. Les participants remplissaient un questionnaire d'habitude (Verplanken et Orbell, 2003) et un questionnaire de fréquence de consommation.

Les résultats montrent que seule la charte-contrat produit un changement favorable des habitudes et de la fréquence de consommation des participants. L'acte «slogan» produit uniquement un effet sur les habitudes mais semble plus sensible au temps. Les effets des actes «charte simple» et «fly» ne montrent aucun résultat significatif. Pour une étude longitudinale, nous utiliserons conjointement la charte-contrat (conduisant à une augmentation plus importante des habitudes et de la fréquence de consommation) et la recherche d'un slogan (sensible aux changements d'habitude dans le temps). Cette étude montre l'efficacité de la charte-contrat comme nouvel acte préparatoire. Ils servent également à notre recherche longitudinale, dont les premiers résultats montrent l'efficacité de la communication engageante dans l'augmentation de la consommation de fruits et légumes des étudiants. Les résultats seront discutés à la lumière de la communication engageante et des pistes de recherche seront explorées.

**2**

**RELATIONS SOIGNANT/SOIGNÉ :  
APPROCHES CLINIQUES**

**Yvan Beaussant, F. Mathieu-Nicot, Dr Lionel Pazart, Dr C. Tournigand, E. Cretin, Pr E. Deconinck, Pr P. Cuynet, Pr R. Aubry**

**Affiliations** : Service d'hématologie, CHU de Besançon ; Inserm CIT808, CHU de Besançon ; Espace Ethique Bourgogne Franche-Comté ; Département douleur – Soins palliatifs, CHU de Besançon ; Département de psychologie de Besançon, Université de Franche-Comté ; Service d'oncologie – médecine interne, CHU St Antoine, Paris

E-mail : [yvan.beaussant@gmail.com](mailto:yvan.beaussant@gmail.com)

### **Problématique**

Dans de nombreux cancers, les progrès thérapeutiques des dernières années offrent de plus en plus de possibilités de traitements à des phases de plus en plus avancées de la maladie. Décider, dans ces situations, de limiter ou d'arrêter les thérapeutiques spécifiques (TS), et notamment la chimiothérapie, est devenu non plus un acte mais un processus complexe qui échappe la plupart du temps aux référentiels validés. Cette étude explore les déterminants et les modalités de telles décisions, et analyse l'expérience qu'en rapportent des médecins et des patients y faisant face.

### **Méthode**

Etude multicentrique (5 centres d'oncologie et d'hématologie) comportant un volet épidémiologique et un volet d'étude qualitative. L'analyse épidémiologique recensait, sur une semaine donnée, les patients porteurs d'un cancer en phase avancée pour qui la question de l'arrêt se posait ou s'était posée dans les 15 jours précédant l'enquête. L'analyse qualitative reposait sur des entretiens auprès du médecin référent et du patient conduits respectivement par un médecin et un psychologue. L'accent sera porté sur le point de vue du médecin dans cette communication.

### **Résultats**

La question de l'arrêt des TS s'est posée pour 12,8% des patients hospitalisés au cours de la semaine d'inclusion (n=26 sur 202). L'espérance de vie de la majorité d'entre eux, estimée par le médecin référent, était comprise soit entre 15 jours et 3 mois (n=10), soit entre 3 et 6 mois (n=8). Tous les médecins référents et 21 des patients inclus ont pu être interviewés. La résistance de la maladie aux thérapeutiques et l'altération de l'état général étaient les facteurs incitant le plus fréquemment à la limitation ou l'arrêt de la chimiothérapie. Mais face aux incertitudes et aux conflits de valeurs, la subjectivité du médecin intervenait de façon prédominante dans la décision thérapeutique. Une relation de fort attachement ou d'identification au patient, le sentiment que les souhaits des patients étaient contraires à ce qu'eux-mêmes considéraient comme possible ou raisonnable de faire, ou encore la crainte d'annoncer

## Colloque International – Sciences Humaines et Cancérologie

une décision d'arrêt rendaient celle-ci difficile. A l'inverse le fait d'anticiper l'éventualité d'un arrêt avec le patient et en collégialité, de se laisser du temps, d'envisager l'arrêt dans une continuité du soin ou d'être formé à la communication portait les médecins à partager davantage leur questionnement avec les patients et facilitait la décision.

### **Discussion**

Cette étude rend compte pour la première fois de la proportion importante des patients concernés, en hospitalisation, par un questionnement à propos de la poursuite, de la limitation ou de l'arrêt des TS en oncologie et en hématologie. Dans ces situations d'incertitudes et de conflits de valeurs, les subjectivités de chacun se rencontrent au cœur d'enjeux éthiques majeurs, et sont déterminantes dans la décision. Mieux comprendre et mieux investir cette subjectivité, au sein d'une prise en charge pluridisciplinaire où les expertises et les compétences relationnelles sont mises au service du soin, semble correspondre à une attente prioritaire des médecins comme des patients dans les situations étudiées.

---

### **Agressivité et mensonge, deux effets de la relation soignant-soigné**

---

**Lionel DIEBOLD**, psychologue clinicien (CHU La Timone, Marseille) et docteur en psychologie et **Jean-Louis PEDINIELLI**, psychologue clinicien et Professeur émérite de psychopathologie clinique, Université Aix-Marseille 1

**E-mail :** [lionel.diebold@wanadoo.fr](mailto:lionel.diebold@wanadoo.fr)

Contrairement aux idées reçues de la bienveillance et à la bienveillance traditionnellement affichée dans les relations humaines, il apparaît que cette relation soignant-soigné, dans la pratique autour de la maladie somatique, peut s'inscrire sous l'égide de l'agressivité et du mensonge. De notre expérience clinique, à l'hôpital public, dans la prise en charge des sujets souffrant de cancer et en fin de vie, l'agressivité et le mensonge soutiennent les relations humaines.

Si l'agressivité est plus ou moins bien contrôlée, du côté des soignants, un dévouement excessif ou bien une disqualification excessive ne peut qu'interroger le clinicien. De la même façon, une complaisance exemplaire du malade qui accepte tout, ou qui refuse mérite notre intérêt. Ce malaise des soignants, comme le malaise des soignés désigne une faille narcissique dans la relation.

L'impuissance des soignants et des soignés peut prendre cette forme dans les relations humaines. Cette même impuissance peut conduire à se mentir. Si le mensonge peut sembler raisonnable au médecin qui ne dit pas le passage en palliatif ou le très mauvais pronostic, le sujet malade aussi se ment à lui-même, pour supporter l'insupportable. Ainsi, à partir de la promesse de guérison, dès l'annonce diagnostic, un malentendu s'installe. C'est bien l'impuissance des soignants et des soignés qui organise les relations humaines. Une archéologie des théories savantes et des théories naïves s'en impose. La fonction transférentielle explique et autorise la mise en travail de cette agressivité et de ces petits mensonges.

La démarche adoptée est qualitative (Pardinielli, 2002). Notre méthodologie s'articule sur des faits cliniques (Lagache, 1949) et participe d'un chemin, un « odos », « praxéologique » (Lacan, 1964). Cette hypothèse sur l'agressivité et le mensonge révèle le transfert dans la relation soignant-soigné. Elle a été mise à l'épreuve de la clinique.

Florence Mathieu-Nicot<sup>1,2,3,4</sup>, Patrice Cuynet<sup>1</sup>, Yvan Beaussant<sup>3,4,5</sup>, Elodie Cretin<sup>3,4</sup>, Lionel Pazart<sup>4</sup>, Christophe Tournigand<sup>6</sup>, Eric Deconinck<sup>5</sup>, Régis Aubry<sup>2,3,4</sup>

1- Département de psychologie de Besançon, Université de Franche-Comté; 2- Département douleur – Soins palliatifs, CHRU de Besançon ; 3- Espace Ethique Bourgogne Franche-Comté; 4- Inserm CIT808, CHRU de Besançon ; 5- Service d'hématologie, CHRU de Besançon ; 6- Service d'oncologie – médecine interne, CHU St Antoine, Paris

E-mail : [florence.mathieunicot@gmail.com](mailto:florence.mathieunicot@gmail.com)

## Contexte

La décision de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques spécifiques (DLAT) chez des patients porteurs d'un cancer en phase avancée est un processus complexe, toujours éprouvant pour les patients, leurs proches et les professionnels. Nous nous sommes demandés dans ce contexte quel était le poids et en quoi intervenait la subjectivité des médecins et des patients dans les décisions. Cette étude, au travers d'une analyse qualitative d'entretiens, s'intéresse aux modalités et aux déterminants de la décision chez ces patients et explore les nœuds de liens relationnels entre le patient et son médecin référent. L'objectif ici est de comprendre comment, dans ce « colloque singulier », la notion de régression et de dépendance intervient dans la décision finale de traitement.

## Méthode

Cette étude a été effectuée dans 5 centres en France concernant des patients ayant un cancer en phase avancée, hospitalisés pendant une semaine donnée et pour lesquels leur médecin référent s'interrogeait sur la poursuite ou l'arrêt des chimiothérapies. L'analyse qualitative repose sur des entretiens semi-dirigés conduits auprès du patient et de son médecin référent (menés respectivement par un psychologue et un médecin).



## Colloque International – Sciences Humaines et Cancérologie

### Résultats

La question d'une DLAT s'est posée chez 29 patients au cours de la semaine d'inclusion (sur 202 patients hospitalisés). 21 couples patient-médecin ont été interrogés dans le cadre d'entretiens et une analyse en miroir de ces deux points de vue a été effectuée. Les enjeux subjectifs sont des déterminants essentiels dans la prise de décision, notamment concernant la limitation ou la poursuite de la chimiothérapie et ils apparaissent très nettement lorsque le médecin ne possède plus de référentiel objectif. La relation patient-médecin peut être assimilée à une relation de couple qui est structurée par la notion d'attentes et de besoins réciproques. Nous posons ainsi l'« objet couple » qui sera interprété sous l'angle psychanalytique des relations d'interdépendance.

### Conclusion

Cette étude montre la faisabilité d'une approche qualitative transdisciplinaire des DLAT qui s'avère intégrable pour les médecins et les patients. Elle propose une analyse pertinente et originale pour la compréhension de ces situations peu explorées et souvent mal vécues où les incertitudes et les doutes de chacun sont au cœur du soin. Avec ce concept de lien psychique, nous proposons de relire la relation patient-médecin au travers de la psychanalyse familiale. La maladie place le patient dans une attente envers le médecin : attente d'être soigné, attente de guérir. Moins consciemment, le médecin est lui aussi dans une attente, celle que le patient guérisse. La maladie implique donc réciproquement le patient et le médecin dans des attentes narcissiques de restauration face à la mort.

**Benoît MAILLARD**, Psychologue clinicien Centre Hospitalier Universitaire de Nantes, Chargé d'enseignement et Docteur en psychopathologie clinique Université Rennes 2, Membre Associé Laboratoire de psychopathologie et clinique psychanalytique (EA 4050)

E-mail : [benoit.maillard@chu-nantes.fr](mailto:benoit.maillard@chu-nantes.fr)

## Introduction et Problématique

Si les soins palliatifs se réfèrent explicitement à la notion de « *total pain* » (C. Saunders) et font du traitement de la douleur un objectif premier de la prise en charge, la pratique clinique nous oblige à en complexifier les critères et interroger les incidences subjectives du soulagement de la douleur.

En effet dans plusieurs cas, la prise en charge et la suppression de la douleur produisent des effets paradoxaux pour le patient comme pour le médecin. La réduction maximale de la douleur peut déstabiliser le patient qui se trouve confronté à une absence et un vide existentiel dans une situation marquée par la mort à venir. Cette complexité de la douleur dans les situations où le pronostic vital est engagé sera interrogée à partir d'une double question : Comment caractériser la fonction psychique de la douleur dans ces situations ? Jusqu'où faut-il réduire et supprimer la douleur pour un patient cancéreux en soins palliatifs ?

## Méthodologie

L'exposé du travail clinique auprès des patients rencontrés à l'hôpital et la mise en série de cas individuels permettra de répondre à ces questions et d'extraire des repères cliniques sur la fonction psychique de la douleur en situations palliatives.

## Résultats et discussion

1) Chez certains patients, l'économie psychique, entièrement concentrée sur le maintien d'une homéostasie vitale, investit la sensibilité douloureuse pour se défendre contre la menace de la maladie létale. Ce résultat nous conduit à définir la douleur comme un « objet » psychique d'investissement de type narcissique.

2) La douleur fournit un appui à ces investissements et prend la forme d'une adversité grâce à laquelle le moi du patient continue à être. Nous indiquerons aussi que la douleur peut occuper la fonction de partenaire objectal dans ces moments où la relation, les échanges et le temps subjectif sont réduits et limités. Ainsi lorsque la douleur (objet psychique) est retirée, le sujet éprouve une détresse et se trouve face à un vide contre lequel ses défenses habituelles ne fonctionnent plus.

### **Conclusion**

Nous pouvons dire que, dans certaines situations, la concentration de l'énergie psychique sur une douleur « réfractaire » compose un objet défensif dont la fonction est de réduire l'angoisse de mort. La douleur doit alors être située comme un écran psychique nécessaire pour le patient immobilisé qui tente de vivre ce dernier temps.

**Le travail de l'hypocondrie chez l'enfant dont la mère  
est atteinte d'un cancer**

---

**Romuald JEAN-DIT-PANNEL**, Psychologue clinicien au CHU à Besançon, Fondation Transplantation, Doctorant en psychopathologie psychanalytique à Nanterre, Laboratoire des Atteintes Somatiques Identitaires, Centre de Recherche Didier Anzieu et **Dominique CUPA**, Pr. de psychopathologie psychanalytique. Psychanalyste à la SPP.

**E-mail :** [romuald.j\\_d\\_p@yahoo.fr](mailto:romuald.j_d_p@yahoo.fr)

Des manifestations d'hypocondrie peuvent prendre forme chez le sujet atteint par la maladie somatique dont le cancer. Le vécu du corps mis à mal par la maladie et ses traitements, le cancer et les chimiothérapies, se modifie. Un travail de l'hypocondrie peut ainsi se mettre en place (Aisenstein, Gibeault, 1990). Stathopoulos proposait (2012) que l'hypocondrie soit chez le patient cancéreux un moyen d'apo-destruction de la pensée, nous en discuterons. Seulement, cette question de l'hypocondrie se soulève également au sein de l'entourage. Je témoignerai ainsi dans mon propos du suivi d'un enfant dont la mère était atteinte d'un cancer.

Les angoisses hypocondriaques de cet enfant de onze ans prendront en entretien le devant de la scène, (re)questionnant vie et mort, intériorités et extériorités corporelles. Notamment, nous analyserons le matériel de dessins, d'un TAT, lesquels ont laissé émerger des récits à propos de la dame blanche, représentations de la mort, d'un corps mort pouvant disparaître, celui de sa mère.

Cela nous amènera à mettre en lien notre travail de recherche à l'hypothèse de l'enfant comme organe hypocondriaque de sa mère tel qu'a pu le théoriser Szwec (2002) ainsi qu'à remettre en question l'assertion de Leriche selon laquelle « la santé, c'est la vie dans le silence des organes », comme a pu le proposer dans son travail d'articulation théorico-clinique Dominique Cupa (1999).

**3**

**EXPÉRIENCES DE PRISE  
EN CHARGE ET D'ACCOMPAGNEMENT  
DE PUBLICS**

### Mise en place de formations de professionnels relais pour accompagner les publics en situation de précarité vers le dépistage organisé des cancers- FORMADOC 2- Loire 2011-2012

---

**J. Kalecinski**, *Institut de Cancérologie Lucien Neuwirth, CIC-EC 3 Inserm, IFR 143, Saint-Etienne, France*, **V. Dutertre**, *Institut de Cancérologie Lucien Neuwirth, CIC-EC 3 Inserm, IFR 143, Saint-Etienne, France*, **F. Chauvin**, *Institut de Cancérologie Lucien Neuwirth, CIC-EC 3 Inserm, IFR 143, Saint-Etienne, France*

**E-mail :** [Julie.kalecinski@icloire.fr](mailto:Julie.kalecinski@icloire.fr)

### Problématique

Les taux de participation au dépistage organisé (DO) du cancer du sein et du cancer colorectal augmentent chaque année mais cette progression concerne principalement les classes socioprofessionnelles élevées. Des actions ciblées sont nécessaires pour réduire ces inégalités et améliorer l'accès au dépistage des populations plus défavorisées. Le projet Formadoc 2 a pour objectif la mise en place de formations de professionnels relais (officinaux, soignants et acteurs du secteur social) dans des zones urbaines défavorisées de la région Rhône-Alpes, afin de promouvoir le DO parmi des populations fragilisées.

### Méthodologie

Une étude pilote a été mise en place dans le quartier de Montreynaud (Saint-Etienne, Loire) au 2<sup>ème</sup> semestre 2011. Son objectif était de concevoir une formation adaptée au travail et à l'environnement des professionnels sollicités. Six entretiens et 3 focus group ont été menés pour recueillir les attentes et représentations des futurs relais, ainsi que prendre en compte leur environnement et les spécificités locales. L'objectif était également de mobiliser les futurs relais et de les faire adhérer au projet.

### Résultats

Une form'action (formation suivie d'une action) a été proposée au 1<sup>er</sup> trimestre 2012. L'objectif de l'intervention était d'élaborer un message clair, cohérent et adapté, partagé par l'ensemble des acteurs relais en relation avec la population cible. La formation a été bâtie en 4 temps qui répondent à 4 sous-objectifs. La première séance théorique avait pour finalité d'identifier les points clés du dispositif du DO des cancers. Ce premier temps avait pour but d'apporter des connaissances et une meilleure compréhension de l'intérêt du dispositif du DO. La deuxième séance, sous

## Colloque International – Sciences Humaines et Cancérologie

forme de mises en situation fictives, était l'occasion de s'exercer à l'argumentation et d'acquérir des techniques de communication pour aborder plus facilement le sujet du dépistage. Ce second temps a permis de mettre en pratique les acquis de la première séance. Une troisième rencontre a été proposée afin d'organiser une action de sensibilisation au DO dans le quartier. Enfin, l'action de sensibilisation a été mise en place avec les partenaires associatifs. La réalisation des actions a permis de mettre en pratique les connaissances, le savoir-faire et le savoir-être acquis lors des séances de formation. Cette dernière phase avait pour objectif d'accompagner les professionnels dans leur démarche de changement et d'adoption de nouveaux comportements.

### **Conclusion**

Cette form'action a pour finalité la création de réseaux de partenaires de proximité actifs et pérennes, en mesure de relayer l'information et qui pourront renouveler de façon autonome les actions de sensibilisation initiées dans le cadre du projet. Ces form'actions seront suivies d'évaluations à court et à long terme. Un suivi du réseau de relais sera également mis en place.

**Camille REICHLING<sup>1</sup>, Christine MARQUEZ<sup>2</sup>, Hervé PERRIER<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Psychologue clinicienne. Fondation Mimi. Service oncologie médicale. Hôpital Saint Joseph. Marseille.

<sup>2</sup> Socio-esthéticienne. Fondation Mimi. Service oncologie médicale. Hôpital Saint Joseph. Marseille.

<sup>3</sup> Oncologue. Chef de service. Service oncologie médicale hôpital Saint Joseph. Marseille.

E-Mail : [camille.reichling@wanadoo.fr](mailto:camille.reichling@wanadoo.fr)

### **Introduction :**

Les avancées thérapeutiques, dans le cancer, participent à l'amélioration du confort des patients mais ne permettent pas encore de nier les répercussions psychologiques de la maladie. En outre, le cancer est aussi une maladie qui se voit malgré son caractère intransmissible et individuel. En effet, les événements de corps et les effets iatrogènes des traitements engendrent des effets sur la qualité de vie des patients ainsi que sur la représentation qu'ils ont d'eux même. Ainsi, la symptomatologie parfois stigmatisante, comme l'alopécie et la mastectomie entre autres, contribue à modifier la relation à soi et aux autres tant est mis à mal l'image sociale et l'image inconsciente du corps.

### **Problématique :**

L'objectif de notre propos cherche à témoigner des enjeux et des répercussions du travail en binôme entre une socio-esthéticienne et une psychologue clinicienne. En effet, la maladie cancéreuse révèle aussi bien les enjeux intersubjectifs que les investissements intrapsychiques. Nous postulons que c'est dans cet entre-deux que la triade soignant-soignant-soigné y trouve toute sa valeur opérative. Dans « l'espace de soin du corps et de l'esprit » le patient a l'occasion de traiter la transversalité des problématiques en jeu. Ainsi, il peut à la fois s'inscrire comme un vivant parmi tant d'autre et tout à la fois y retrouver un espace de liberté, condition sine qua non du bonheur. Toutefois, l'image, en tant qu'opérateur, est ce point de capiton d'une approche globale et multidisciplinaire issue du soin palliatif et qui trouve également ses lettres de noblesse au cœur des soins de support. C'est pourquoi nous souhaitons mettre en avant cette offre de soin coopérative à l'endroit d'un patient admis en cancérologie et néanmoins inscrit au cœur de la vie sociale.



## Colloque International – Sciences Humaines et Cancérologie

### **Méthodologie :**

Notre exposé s'inscrit dans la démarche d'une recherche-action dont les données recueillies ont fait l'objet d'une analyse du discours sur la base d'une nosographie psycho-dynamique. Ces données ont été recueillies lors de suivis croisés en socio-esthétisme et psychothérapies de soutien auprès de patients cancéreux. Nous avons ensuite croisés les discours des patients en fonction des intervenants pour tenter d'en abstraire notre réflexion.

### **Résultats :**

Notre analyse du discours a rendu compte de deux dimensions, à la fois distincte et « emboîtée », à propos de l'image. Comme nous le supposions, l'image du corps dans son acception plurielle (sociale et inconsciente) se révèle être un opérateur de choix auprès des patients souffrants de cancer. Le binôme socio-esthéticienne – psychologue clinicienne permet un travail vectorisé et assez bien délimité au niveau de ses deux plans. Mais il convient de considérer que cette double assertion au niveau de l'identité se retrouve à la fois dans les rencontres de socio-esthétisme et en psychothérapies.

### **Conclusion :**

Nous souhaitons conclure notre exposé sur le sujet de l'identité et surtout mettre en avant son lien avec l'alter. En effet, qu'il s'agisse de l'image sociale du corps et/ou de l'image inconsciente du corps, elle se révèle toujours en étroite relation avec les autres, proches ou éloignés. C'est pourquoi, nous soutenons que l'identité se base et se perpétue dans la rencontre avec l'objet sociale mais aussi l'objet de la culture. En d'autres termes, il s'agit d'entendre par moment le corps comme un emblème et parfois comme un symbole. Quoi qu'il en soit, c'est quasiment toujours que se découvre l'interrogation d'un « qui suis-je » qui est capable de se décliner sous différentes conjugaisons.

**Dépistage de la souffrance psychologique en cancérologie  
et relation d'aide - Résultats de l'Etude ACES (Apport clinique d'un guide  
d'entretien semi-directif)**

---

**Nena Stadelmaier, Odile Duguey-Cachet**, Institut Bergonié, Bordeaux et **Yaël Saada, Bruno Quintard**, Laboratoire de Psychologie, Université Bordeaux Segalen

**E-mail :** [n.stadelmaier@bordeaux.unicancer.fr](mailto:n.stadelmaier@bordeaux.unicancer.fr)

La « Documentation de Base Psycho-oncologique » (Po-Bado), élaborée et validée par un groupe de travail allemand (Herschbach et al. 2004 et 2008, Knight, 2008), est un guide d'entretien semi-directif permettant le dépistage des difficultés psychosociales des patients atteints de cancer. Il permet aux médecins et aux soignants de réaliser une évaluation structurée de la détresse psychologique des patients et de proposer de façon ciblée une consultation psychologique. L'objectif de la recherche ACES, financée par la Fondation de France en 2011, a été d'analyser l'impact de l'utilisation de la PoBado au cours de l'entretien soignant qui fait suite à l'annonce médicale (Temps Accompagnement Soignant TAS) sur :

- 1- la qualité de la relation d'aide avec le patient ;
- 2- la satisfaction des soignants quant à la structuration de l'entretien autour du vécu psychologique du patient ainsi que leur perception de leurs compétences relationnelles.

### **Méthode**

Ce projet de recherche multicentrique a impliqué la participation de 4 établissements de santé dont un seul utilisait déjà cet outil avant la recherche. Nous avons comparé les techniques d'entretiens de soignants inexpérimentés, avant et après une formation à la Po-Bado, à celles de soignants déjà expérimentés. Au total, 62 entretiens ont été enregistrés au cours du TAS.

Nous avons également réalisé 15 entretiens avec les soignants formés à la PoBado et l'utilisant régulièrement. Leur perception de l'outil et leur satisfaction quant à son utilisation ont également été évaluées (EVA). Le protocole a été approuvé par le CPP et la CNIL.

Les entretiens ont été traités par une analyse de contenu (logiciel NVIVO 8) et les données analysées à l'aide de SPSS 18.

## Colloque International – Sciences Humaines et Cancérologie

### Résultats

L'utilisation de la Po-Bado permet une meilleure structuration de l'entretien et favorise une relation d'aide. Nous pouvons observer une augmentation des séquences de communication centrées sur le vécu subjectif et les affects des patients et une augmentation significative des techniques de relation d'aide dans le groupe des soignants après formation. Au niveau de l'information médicale transmise pendant le TAS, celle-ci ne diffère pas entre les groupes.

L'ensemble des soignants rapportent des éléments positifs de l'expérience avec la Po-Bado :

- écoute plus attentive et approfondie
- sentiment d'une légitimité accrue dans la préconisation d'une orientation vers le psychologue
- meilleure structuration de l'entretien
- abord plus facile du vécu psychologique avec le patient.

### Conclusion

Les résultats de l'étude confirment que cet outil permet au cours du TAS d'allier information médicale, dépistage de la détresse psychologique et relation d'aide. Cette recherche montre la faisabilité de l'implantation de la Po-Bado dans d'autres établissements. Il conviendrait désormais de mettre à l'épreuve les qualités psychométriques de cet outil dans sa forme française.

**Sandrine Knobé**, Équipe d'Accueil en Sciences Sociales du Sport, Université de Strasbourg

**Christelle Marsault**, Équipe d'Accueil en Sciences Sociales du Sport, IUFM d'Alsace, Strasbourg

E-mail : [knobe@unistra.fr](mailto:knobe@unistra.fr)

Longtemps interdite par le corps médical, la pratique sportive devient aujourd'hui un élément reconnu dans l'amélioration de la qualité de vie des malades (Fuchs, 2011, Perrin, 2007). Par l'épreuve de la maladie, l'individu peut avoir le sentiment de n'être plus en prise avec le monde qui l'entoure et faire l'expérience de la déprise (Caradec, 2008 ; Clément & Mantovani, 1999). Ainsi, l'expérience de la maladie conduit souvent le jeune patient à un isolement et un désengagement face au monde dans une période de construction de son identité souvent critique au moment de l'adolescence. Parmi les éléments qui permettent la conscience de ne plus être en prise avec le monde, la pratique sportive constitue un indicateur particulier. En effet, la pratique sportive est un lieu de mise en scène de l'effort physique (Knobé, 2002 ; 2008) et de sociabilité (Callède, 1985). Elle offre une opportunité d'engagement physique et une occasion de socialisation qui placent la personne face à la conscience de sa déprise au monde, soit à la conscience d'une éventuelle reprise.

De 2004 à 2010, 74 adolescents du service d'onco-hématologie pédiatrique de Hautepierre ont participé à un stage d'activités physiques « de l'hôpital à la montagne ». Nous essayerons de cerner l'intérêt en termes de reprise (et donc de santé) d'un tel stage au cours du processus de soin en étudiant son impact dans les parcours de vie retracés par les adolescents. Les données analysées sont issues du traitement d'un questionnaire adressé aux anciens participants (n=35) et d'observations au cours des séjours de 2006 et de 2007.

L'étude montrera que loin d'être homogène, cette épreuve de la maladie dépend non seulement des ressources de l'enfant (état de santé, capacités physiques et cognitives, propriétés sociales) et de son environnement social (médical, familial et amical) qui lui procure des sollicitations. Elle prend sens dans une histoire individuelle particulière que nous chercherons surtout à caractériser en termes de trajectoires sportive, scolaire, de la maladie et de socialisation afin de mieux comprendre les effets réels ou perçus de la participation à un tel stage sportif.

**4**

**PERSPECTIVE TEMPORELLE ET PARCOURS  
DE MALADES**

---

Particularités de la mémoire autobiographique épisodique chez des patientes  
avec un cancer du sein avant le début  
du traitement adjuvant

---

**N. Morel 1,2,3,4, J. Dayan 1,2,3,4,5, P. Piolino6, C. Duval 2, D. Allouache 7, S. Noal 7,8, C. Levy 7, F. Joly 7,8,9, F. Eustache 1,2,3,4, B. Giffard 1,2,3,4**

1 INSERM, U1077, Caen, France

2 Université de Caen Basse-Normandie, UMR-S1077, Caen, France

3 Ecole Pratique des Hautes Etudes, UMR-S1077, Caen, France

4 Centre Hospitalier Universitaire, U1077, Caen, France

5 Département de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, CHU Guillaume Rénier, Rennes, France

6 Laboratoire de Psychologie et Neuropsychologie Cognitives, CNRS FRE 3292, Université Paris Descartes, Paris, France

7 Département d'oncologie médicale, Centre François Baclesse, Caen, France

8 Unité de recherche clinique, Centre François Baclesse, Caen, France

9 CHU Côte de Nacre, Caen, France

**E-mail :** [morel@cyceron.fr](mailto:morel@cyceron.fr)

La mémoire autobiographique épisodique (MAE) est un ensemble de souvenirs particuliers à un individu et a un rôle dans la constitution du self (représentations de soi). Certaines pathologies psychiatriques telles qu'un état de stress post-traumatique ou un état dépressif majeur, ont été associées à des déficits de MAE [1,2] (souvenirs moins spécifiques). Dans la pathologie cancéreuse, de tels déficits de MAE ont été montrés chez des patients présentant des troubles psychiatriques associés [3,4], mais aussi chez des patientes en rémission d'un cancer du sein - ayant vécu l'annonce du cancer et bénéficié du traitement adjuvant - sans troubles psychiatriques associés [5,6]. Les facteurs précis responsables de ces troubles de MAE restent inconnus dans le cancer. Ce travail propose d'étudier la MAE juste après l'annonce du cancer et le traitement chirurgical associé, mais avant tout traitement adjuvant, et les liens entre les déficits de MAE et les bouleversements psychopathologiques liés à la période d'annonce du cancer (anxiété et perturbations du self).

Trente patientes diagnostiquées pour un cancer du sein sans troubles psychiatriques ( $53.6 \pm 5.3$  ans) et 44 sujets sains appariés sans vécu de cancer ( $54.7 \pm 6.5$  ans) ont été évalués pour la MAE à l'aide du Test Episodique de Mémoire du Passé autobiographique adapté (TEMPau)[7]. Un score de spécificité composé des détails factuels, émotionnels et spatio-temporels est obtenu pour 3 périodes de vie : 18-30 ans (pic de réminiscence), 2 dernières années sans les 6 derniers mois (« avant cancer ») et 6 derniers mois (« cancer »). Les groupes ont été évalués pour l'anxiété (STAI)[8] et le

## Colloque International – Sciences Humaines et Cancérologie

self à l'aide du Questionnaire de Représentations de soi[9] rapportant un score d' « affirmation de soi » et de valence positive.

L'ANOVA des scores de MAE Groupe \* Période de vie \* Détail montre une interaction significative entre Groupe (Patientes, Contrôles) et Détail (factuel, émotionnel et spatio-temporel) ( $F = 2.7$ ,  $df = 3$ ,  $p = 0.046$ ). L'analyse post-hoc (LSD de Fisher) montre une différence significative uniquement pour les détails émotionnels ( $p=0.008$ ). Les patientes rappellent moins de détails émotionnels que les contrôles. Le test t pour les scores d'anxiété et de self montre une différence significative entre les groupes. Les patientes sont plus anxieuses ( $p=0.03$ ) et ont un score d' « affirmation de soi » ( $p=0.04$ ) et de valence ( $p=0.004$ ) plus élevé que les contrôles. Il n'existe aucune corrélation significative entre les scores de MAE et ceux d'anxiété et self.

Ces résultats montrent des particularités de MAE chez les patientes avant le début du traitement adjuvant avec une difficulté de rappel des détails émotionnels ne s'expliquant ni par l'anxiété ni par les modifications du self. Ces résultats rejoignent ceux de travaux précédents montrant l'existence d'une alexithymie chez les patients cancéreux [10,11]. Pour la première fois, il est mis en évidence ici une alexithymie autobiographique.

1. Dagleish et al. (2008) - *J Abnorm Psychol* 117: 236–241;
2. Lemogne et al. (2006)- *Conscious Cogn* 15: 258–268 ;
3. Brewin et al. (1998) - *Behaviour Res. and Therapy* 36 113:1142; 4.Kangas et al. (2005)- *J. Consulting and Clinical Psychol*, 73: 293–299;
5. Nilsson-Ihrfelt et al. (2004) - *J Psychosom Res.* 57: 363–266;
6. Bergouignan et al. (2011) – *PLoS One* 6(10) ;
7. Piolino et al. (2009) - *Neuropsychologia* 47:2314-29 ; 8.Spielberger, C. D. (1989);
9. Duval et al. (2011) – *Neuropsychologia* 10.1016
10. Manna et al. (2007) - *Annals of Oncology* 18 : vi77-vi80 ;
11. De Vries et al. (2012) – *Psychother Psychosom* 81-79-86

**Marie Préau<sup>1,2</sup>, Thémis Apostolidis<sup>3</sup>, Anne-Deborah Bouhnik<sup>2</sup>, Dominique Rey<sup>2</sup>**

1. Groupe de Recherche en Psychologie Sociale (GRePS), Université Lumière Lyon2

2. INSERM U912 SESSTIM, Marseille

3. Laboratoire de Psychologie Sociale, Aix-Marseille Université

**E-mail :** [marie.preau@univ-lyon2.fr](mailto:marie.preau@univ-lyon2.fr)

Un grand nombre de recherches sont menées sur l'optimisation de la prise en charge et de la qualité de vie des femmes atteintes de cancer et notamment de cancer du sein. Malgré tout, peu de recherche se sont intéressée d'une part aux femmes jeunes atteintes de cancer et par ailleurs, le concept de perspective temporelle, particulièrement pertinent dans le cadre de cette population a été jusqu'alors peu investigué. L'orientation temporelle représente une approche appropriée permettant d'appréhender l'impact de la maladie cancéreuse sur les différentes dimensions de la vie des femmes atteintes.

## **Méthodes**

Toutes les femmes diagnostiquées pour un premier cancer du sein non métastatique enregistrées dans les fichiers de l'assurance maladie entre juillet 2005 et juillet 2009, âgées de 18 à 40 ans et vivant dans le sud de la France ont été invitées à participer à un suivi longitudinal de 5 ans. Dans le cadre de cette cohorte, les données médicales étaient recueillies par le médecin et les femmes étaient interrogées par téléphone sur les aspects liés au vécu de leur situation.

Les femmes ayant accepté de répondre aux questionnaires de suivi à 16 et 28 mois ont été incluses dans la présente étude. Les données notamment relatives à la perspective temporelle, par le biais de l'échelle ZTPI, validée en français, étaient recueillies lors de ces 2 suivis. Des modèles de régression logistique ont été utilisés afin d'étudier les facteurs médicaux, psychosociaux et socio-démographiques associés aux orientations temporelles mises en évidence par l'échelle ZTPI.



### **Résultats**

Parmi les 101 femmes ayant répondu aux deux questionnaires à 16 et 28 mois, aucune différence significative en terme d'évolution des scores de perspective temporelle. Ne pas avoir d'enfants, être diagnostiquée en stade II/III et rapporter un manque de satisfaction des explications apportées par l'équipe médicale apparaissent comme indépendamment associé au fait de se positionner sur un score élevé de passé négatif. Les patientes les plus âgées et celles qui considèrent que le suivi médical est source de soutien et de satisfaction sont les patientes qui présentent des scores plus élevés sur l'échelle de perspective future.

### **Conclusion**

Ces données longitudinales sur la perspective temporelle soulignent les liens entre certaines caractéristiques de ces femmes et des orientations temporelles plus ou moins marquées dans des registres temporels différents. Par ailleurs, il apparait que l'expérience de maladie notamment en terme gravité de la maladie et de relations médecin-patient soit associée à des changements sur certaines orientations temporelles. Au-delà de l'intérêt théorique de ces données longitudinales sur la perspective temporelle, ces données inédites sur l'orientation temporelle de ces femmes permettent d'optimiser leur prise en charge.

---

## Information du patient et stratégies de réinsertion sociale après un cancer du sein. Parcours de malades.

---

**V. Regnier-Denois** : PhD Anthropologie Sociale - Institut de Cancérologie Lucien Neuwirth, CIC-EC 3 Inserm, IFR 143, Saint-Etienne, France,

**M. Querre** : PhD Anthropologie sociale et culturelle - REVeSS

**E-mail** : [Veronique.Regnier@icloire.fr](mailto:Veronique.Regnier@icloire.fr)

### Problématique

« La vie après le cancer » est un des thèmes prioritaires du nouveau plan cancer 2009-2013. La mesure 25 donne pour objectif à chaque établissement le développement d'une prise en charge personnalisée en faisant bénéficier « 50% des patients au moins d'un programme personnalisé de l'après cancer ».

Si plusieurs études ont montré l'efficacité du soutien psychosocial non seulement sur la qualité de vie mais aussi sur le taux de récurrence et sur le taux de survie (Andersen 2010) (Cousson-Gélie, 2005), peu d'études sont disponibles sur l'influence des services de soutien proposés dans les établissements de soins et de leur utilisation par les patients.

L'étude VIAS a pour objectif d'éclairer d'une part les modalités de repérage de ces ressources par les patients et d'autre part la pertinence de ces ressources dans la période de l'après-soin. Dans la phase de l'après-soin, le « travail du patient » tel que l'a développé Strauss (Strauss, 1992) est largement mobilisé pour atteindre des objectifs de reconstruction sociale et professionnelle qui s'inscrivent eux-mêmes dans une problématique plus large: retrouver la vie de l'avant-cancer, ou s'adapter à une situation considérée comme nouvelle.

### Méthode

Il s'agit d'une étude qualitative socio-anthropologique.

Caractéristiques d'échantillons : 60 femmes de moins de 50 ans, soignées pour un cancer du sein sont interviewées en face à face, en individuel ou en petit groupe de 2 à 4 personnes, entre 6 mois et 2 ans après les soins hospitaliers.

Le recrutement est opéré via les consultations de suivi dans les établissements spécialisés. 3 établissements présentant des caractéristiques d'organisation différentes sont sollicités.

### Résultats

Nous présenterons des résultats intermédiaires concernant une trentaine de femmes interviewées majoritairement par entretiens individuels. Les points clefs de contact avec l'information sur les services hospitaliers existants sont identifiés et comparés. (corrélation avec le parcours de soins, les différents acteurs rencontrés et les lieux physiques de l'information existants dans les établissements)

Nous essayerons ensuite de prendre en compte les mécanismes d'appropriation (ou de rejet) de l'information sur ces services

- appropriation de l'existence de ces dispositifs (accès et mémorisation de l'information)

- compréhension des objectifs et du fonctionnement des services (organisation, temporalité, personnes ressources); compréhension de l'intérêt et évaluation de l'accessibilité

- évaluation de l'adéquation des dispositifs vis-à-vis des attentes des patientes (évaluation des besoins actuels et à venir dans la période de l'après-soin).

En conclusion : de nouvelles hypothèses sont présentées avec une tentative de typologie du rapport à l'information et à la structure de soins prenant en compte l'utilisation de l'information et des services pendant « la vie après les soins ».

---

### **Comment devient-on mourant? Carrières de patients en soins palliatifs.**

---

**Schepens Florent, CGC, U de Bourgogne**

**E-mail :** [schepens.f@wanadoo.fr](mailto:schepens.f@wanadoo.fr)

La maladie cancéreuse suit une trajectoire qui n'est pas une ligne droite mais qui évolue en fonction des traitements et des résultats obtenus. Ainsi rémission, rechute, stagnation, flambée sont autant de moments de la trajectoire de la maladie. Il en est un particulier, c'est celui où le médecin dit du malade qu'il est un incurable allant vers sa fin de vie. Cependant, si cet étiquetage semble issu d'une vérité médicale, force est de constater qu'il n'existe pas un état biologique déterminé qui fera passer le patient du statut de curable à celui d'incurable, cela dépend, pour le moins, du lieu de prise en charge (CH, CHU, centre anticancéreux), des médecins (du genre, de la spécialité – médecine d'organe ou de pathologie), des interactions entre pairs, notamment avec les médecins de soins palliatifs.

Si le patient se présente comme un « cas complexe », c'est-à-dire difficile à prendre en charge par un service curatif, il peut être orienté vers le service de soins palliatifs. Soit le patient accepte ce statut d'incurable et prend l'identité de « mourant » (à entendre ici comme personne toujours en vie ayant conscience de sa mort à venir), ce qui implique des attributions spécifiques liées à ce que l'on attend d'une personne dans sa situation, soit le patient refuse cette désignation. Dans ce dernier cas, la trajectoire de la maladie – déterminée par l'expertise médicale – et la carrière du patient – ce que le patient va accepter comme évolution de son identité – vont se dissocier. En refusant, l'identité de mourant, le patient va refuser de se construire comme malade de soins palliatifs. Sa prise en charge sera difficile car ce que propose ce type de service ne peut convenir qu'à un patient relevant du soin palliatif. En refusant de tenir son rôle, la personne malade résiste à cette prise en charge, empêchant les soignants de mener à bien leur mission, ce qui génère de la souffrance dans le service.

Ces résultats sont issus d'une recherche compréhensive menée auprès de deux Unités de Soins Palliatifs à partir d'entretiens semi-directifs et d'observation in situ. Trajectoire d'incurable décrétée par les médecins et carrière de patient mourant ne se confondent pas nécessairement, ce qui peut expliquer un certain nombre de hiatus dans la prise en charge médicale, tel que les patients non-observants ou encore ceux dont le comportement semble irrationnel.

**5**

**INEGALITÉS**

Isabelle Fournel (1, 2), Vanessa Cottet (1), Abderrahmane Bourredjem (2), Erik André Sauleau (3), Anne Marie Bouvier (1, 2), Claire Bonithon Kopp (1, 2)

1. U866 Equipe 5, Université de Bourgogne
2. Inserm CIE 01, CHU Dijon.
3. Université de Strasbourg

E-mail : [isabellefournel@yahoo.fr](mailto:isabellefournel@yahoo.fr)

## Problématique

Peu de données sont disponibles sur les variations socio-géographiques de la détection des adénomes colorectaux. Un travail préliminaire mené dans la population de Côte d'Or a suggéré l'existence de disparités entre zones urbaines et zones rurales dans la détection des adénomes colorectaux mais pas dans l'incidence du cancer colorectal (CCR). Toutefois, ce travail ne permettait pas de prendre en compte la répartition spatiale fine des tumeurs colorectales ni l'existence d'inégalités socio-économiques entre zones géographiques.

## Objectif

Cette étude a pour objectif d'étudier l'impact des disparités sociogéographiques dans la détection des adénomes colorectaux et l'incidence des CCR en Côte d'Or.

Méthodes : La population d'étude a été identifiée à partir des données du registre bourguignon des tumeurs digestives. Ont été inclus tous les patients d'au moins 20 ans domiciliés en Côte d'Or, avec un premier adénome détecté entre 1995 et 2002 ou un CCR invasif incident au cours de la même période. L'analyse a été réalisée au niveau des zones IRIS. Les données du recensement 1999 de l'INSEE ont permis d'estimer le niveau socio-économique de chaque IRIS par les scores de déprivation de Townsend et de Carstairs. Des modèles de poisson bayésiens avec une procédure de Monte Carlo par chaînes de Markov ont été utilisés après avoir testé l'hétérogénéité et l'autocorrélation spatiale. Les différents modèles ont été comparés en utilisant le DIC (critère d'information de déviance).

## Colloque International – Sciences Humaines et Cancérologie

### Résultats

Au total, 5 399 patients présentaient au moins un adénome et 2 125 un CCR invasif. Le taux de détection, standardisé sur l'âge et le sexe, des adénomes colorectaux était 151/1000000 [95%IC :147-156] et le taux d'incidence des CCR de 48/100000 [IC95% :46-51]. Les modèles bayésiens ont identifié des disparités géographiques dans la détection des adénomes colorectaux (sur-détection autour de Dijon, sous-détection en périphérie du département), contrairement à l'incidence des CCR. En revanche, il n'était pas retrouvé d'association entre la détection des adénomes ou l'incidence des CCR, et les scores de déprivation.

### Conclusion

L'approche bayésienne a permis de confirmer l'existence de disparités géographiques dans la détection des adénomes. D'autres analyses prenant en compte la distance au médecin le plus proche et le niveau d'études sont nécessaires pour compléter ces premiers résultats.

---

### Mieux comprendre les inégalités géographiques de cancer : étude sur les cancers rares en région Rhône- Alpes

---

**Yohan Fayet**, Centre Léon Bérard, Université Jean Moulin Lyon 3, **Virginie Chasles**, Université Jean Moulin Lyon 3 **Isabelle Ray-Coquard**, Centre Léon Bérard Lyon, **Françoise Ducimetiere**, Centre Léon Bérard Lyon.

**E-mail :** [yohan.fayet@lyon.unicancer.fr](mailto:yohan.fayet@lyon.unicancer.fr)

Les recherches sur les inégalités face au cancer en France insistent de plus en plus sur leur dimension géographique, en tant qu'approche pertinente d'interprétation et d'action. Ainsi, les zones les plus touchées par la mortalité par cancer sont, pour la plupart, des territoires socialement défavorisés. L'intérêt de l'approche géographique des inégalités de cancer se justifie donc par le fait que la qualité des territoires impacte directement sur les facteurs épidémiologiques, de prise en charge et sur la qualité de la vie des patients. Les inégalités face aux cancers rares observées en Rhône-Alpes seront analysées selon cette hypothèse.

Les bases de données de l'équipe de recherche clinique EMS, basée au Centre Léon Bérard à Lyon, sont des cohortes régionales exhaustives sur plusieurs années de cas de sarcomes et de lymphomes, permettant déjà une étude géo-épidémiologique de ces tumeurs aux facteurs de risque assez méconnus. L'analyse complète de la prise en charge et le suivi à 5 ans permettront aussi de décrire les inégalités territoriales de mortalité liées à ces tumeurs et donc l'influence du territoire sur ces inégalités.

Les disparités géographiques d'incidence montrent l'existence de territoires à risques en Rhône-Alpes pour la survenue des sarcomes. Cette géo-épidémiologie diffère selon les sous-types, ce qui suggère une étiologie différente selon les sous-types de sarcomes. Certains semblent ainsi plus fréquents dans des territoires plutôt favorisés et/ou en bonne santé. De plus, la survie n'est pas exclusivement corrélée à la conformité de la prise en charge vis-à-vis des référentiels de pratiques.

L'approche géographique permet de mieux connaître l'épidémiologie de ces tumeurs, ainsi que leur possible diversité étiologique selon les sous-types. La survie des patients ne peut être seulement liée à des facteurs médicaux, mais aussi à des facteurs individuels et collectifs, confirmant ainsi l'influence des caractéristiques sociales des populations et du territoire sur la santé.



Hassan Serrier, Université de Bourgogne

E-mail : [hassan.serrier@u-bourgogne.fr](mailto:hassan.serrier@u-bourgogne.fr)

## Problématique

Les cancers professionnels représentent des enjeux importants en termes de prévention, mais en France, l'importance de ce problème est masquée par la sous-déclaration et la sous-reconnaissance de ces maladies professionnelles. De plus, la prévention est généralement perçue comme coûteuse par les entreprises voire les pouvoirs publics.

L'objectif de ce travail est d'évaluer le coût social des cancers professionnels des voies respiratoires en France. Une telle évaluation peut mettre en évidence l'impact économique de ces pathologies sur la société, fournir une aide pour l'allocation des ressources ou encore être mobilisée dans le cadre de l'évaluation des bénéfices attendus, en termes de coûts évités, par la mise en place d'une politique de prévention.

## Méthode

Les facteurs de risque pour lesquels il existe un tableau de maladies professionnelles et/ou ceux qui sont classés comme cancérigènes avérés ou probables par le Centre international de Recherche sur le Cancer sont à priori inclus dans l'analyse.

La méthode des risques attribuables est mobilisée pour estimer les nombres de cas de cancers du poumon, du larynx, des naso-sinus et de mésothéliomes de la plèvre imputables à chaque facteur de risque. Pour cela une revue de la littérature des données de risque relatif disponibles est notamment réalisée.

Le coût que représentent ces cas de cancer pour la société est évalué selon la méthode du coût de la maladie. Des modèles d'évaluations spécifiques des cancers sont développés pour chaque catégorie de coût et nous permettent d'estimer, les coûts directs (hospitaliers et soins de ville), indirects de morbidité (absentéisme et présentéisme) et de mortalité dans les sphères marchande et non marchande.

### **Résultats et conclusion**

Au final, l'évaluation concerne l'amiante, le chrome, les fumées d'échappement des moteurs diesel, les peintres, la silice cristalline, les poussières de bois et les poussières de cuir. Le cancer du poumon est de loin le cancer dont le cout social est le plus élevé. La prise en compte des couts indirects est primordiale puisqu'ils sont toujours supérieurs aux couts directs.

Pour l'année 2010, le cout social des cancers du poumon imputables à une exposition à l'amiante est estimé entre 415 et 1 380 millions d'euros. Les fumées d'échappement des moteurs diesel et la silice cristalline représentent respectivement un cout pour la société estimé entre 233 et 336 millions d'euros et entre 119 et 229 millions d'euros.

**6**

**ATTITUDES ET PERCEPTIONS DES  
PATIENTS. REPRÉSENTATION  
DU CANCER**

---

**La coordination des soins ambulatoires durant la phase thérapeutique initiale du cancer : regards de patients sur les pratiques médicales.**

---

**Coindard Guillaume, Vega Anne, Combessie Philippe,**

Laboratoire d'analyses socio-anthropologiques du contemporain, Université Paris Ouest Nanterre La Défense, Faculté de médecine Paris-Sud.

**E-mail :** [drcoindard@yahoo.fr](mailto:drcoindard@yahoo.fr)

La coordination des soins est encore peu claire lors du retour à domicile pour les patients atteints de cancer. Par manque d'études réalisées en milieu ambulatoire, nous manquons de connaissance sur le vécu à domicile de la maladie par ces patients, sur la coordination de leurs soins de ville, et en particulier sur les liens qu'ils entretiennent avec leur médecin traitant.

Afin d'interroger ces éléments du parcours de soins, nous avons entrepris de réaliser une étude prospective qualitative. Cette étude interdisciplinaire réunira une équipe d'anthropologues, médecins généralistes, oncologues, psychologues et sociologues dans le but d'explorer la complexité de la coordination des soins ambulatoires chez les patients atteints de cancer, au moment de la phase initiale de traitement, lors de leur retour à domicile. Au total, 80 patients atteints des quatre cancers les plus fréquents (cancers du sein, du côlon-rectum, du poumon et de la prostate) à des stades divers de la maladie, seront recrutés dans deux hôpitaux de jour de deux centres de lutte contre le cancer. Ils seront interrogés par entretiens semi-dirigés, par deux fois à quelques mois d'intervalle afin d'observer l'évolution de leur prise en charge et les différents types de recours auxquels ils auront fait appel. Nous avons choisi de construire le guide d'entretien autour de trois problématiques à la fois fréquentes, sources de difficultés dans la coordination des soins et constituant un enjeu majeur pour le suivi réalisé par le médecin généraliste : la gestion des effets secondaires des chimiothérapies anticancéreuses, la gestion des troubles anxio-dépressifs et la gestion des pathologies chroniques préexistantes.

Cette étude devrait permettre de mieux comprendre les mécanismes d'adaptation des patients atteints de cancer en terme de coordination des soins lorsqu'ils sont chez eux. Au final, nous espérons obtenir des pistes d'amélioration de la prise en charge du patient, impliquant les acteurs de la ville, dont le médecin traitant, et les acteurs hospitaliers responsables des soins oncologiques.

**Dumesnil J<sup>1</sup>, Régnier V<sup>1</sup>-Chauvin F<sup>1</sup>**

1Centre Hygée - Institut de Cancérologie Lucien Neuwirth - CIC-EC Iserm3, IFR 143, Saint-Étienne, France

**E-mail :** [julia.dumesnil@icloire.fr](mailto:julia.dumesnil@icloire.fr)

## **Problématique**

L'étude s'inscrit dans l'objectif de la mesure 2 du dernier plan cancer : « Comprendre par la recherche les inégalités face au cancer pour les réduire ». Notre hypothèse est que l'adoption de comportements individuels et de gestion collective conformes aux recommandations de prévention est freinée par des représentations sociales de la santé et du cancer. Le recueil des connaissances et des représentations du cancer auprès des populations les plus modestes servira à concevoir des outils en prévention primaire visant la réduction des inégalités face au cancer. Ce travail s'inscrit dans le cadre des objectifs du centre Hygée, centre inter-régional de prévention des cancers et plateforme de santé publique du canceropôle CLARA.

## **Méthode**

Enquête qualitative effectuée auprès 11 groupes d'alphabétisation et de réinsertion (108 personnes) recrutées par le biais des ateliers santé-ville du département de la Loire. Utilisation d'un photo-expression et d'un quiz.

## **Résultats**

L'étude montre que le cancer reste fortement associé à la mort et la souffrance. En dépit d'un meilleur accès à l'information et d'une augmentation de cas de cancer dans l'entourage, il y a dans l'ensemble une méconnaissance du sujet au niveau du processus de cancérisation, des traitements, des effets secondaires, du parcours de soin et des avancées de la recherche. Les médias, principales sources d'information, développent leur intérêt pour les sujets environnementaux corrélés aux problèmes de santé. Quant à la prévention, la majorité estime les recommandations trop nombreuses

## Colloque International – Sciences Humaines et Cancérologie

et irréalisables ; posant la question du cout et du temps nécessaire à l'adoption d'un mode de vie sain. Lors des entretiens de groupe, les notions d'injustice et de fatalité prédominent, contrastant avec l'idée de responsabilité et de culpabilité également évoquée dans l'apparition du cancer. Pour le public interrogé, le sujet reste majoritairement anxiogène et tabou bien qu'une volonté de déstigmatisation et d'intégration des personnes atteintes de cancer soit souhaitée.

### **Conclusion**

Malgré les avancées de la médecine, l'accès à l'information et l'augmentation des cas de cancers dans l'entourage, il n'y a pas d'amélioration sensible de la représentation des cancers dans les milieux défavorisés. Un premier travail de recherche sur les déterminants psychosociaux intervenant dans les inégalités face au cancer est nécessaire, complété par un travail d'éducation et de remédiation.

---

### Expérience scolaire et vie professionnelle. Perceptions de jeunes adultes traités pour un cancer pédiatrique

---

**Sylvie Jutras, Ph. D.**

Professeure titulaire, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal  
Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain

**E-mail :** [jutras.sylvie@uqam.ca](mailto:jutras.sylvie@uqam.ca)

La majorité des enfants atteints de cancer guérissent. Cependant, en plus des difficultés scolaires au moment de la maladie, le parcours et le projet de formation de plusieurs d'entre eux sont perturbés en raison d'importantes séquelles (Laverdière et al., 2009; Seigneur, 2004). L'étude avait pour objectif de décrire comment de jeunes adultes guéris d'un cancer pédiatrique perçoivent leur expérience scolaire et voient leur vie professionnelle. L'échantillon comprend 18 jeunes adultes (20-33 ans) qui ont eu un cancer en moyenne 16 ans auparavant. Dans des entrevues individuelles, les participants se sont exprimés sur leurs difficultés et l'aide reçue sur le plan scolaire au moment de la maladie, et sur leur bien-être actuel relatif à leur santé, leur vie scolaire ou professionnelle. Leurs réponses ont fait l'objet d'une analyse de contenu rigoureuse. Plusieurs participants rapportent qu'à l'école ils étaient fatigués, éprouvaient des difficultés de concentration, manquaient d'estime de soi et souffraient de l'incompréhension ou du rejet de camarades. Le cancer a retardé le cheminement scolaire de plusieurs, malgré l'aide des parents pour l'étude et les travaux, le soutien pédagogique et la souplesse des enseignants. À l'école, l'affection, la gentillesse et l'aide concrète des camarades contribuaient considérablement à leur bien-être. Les répondants ont estimé le soutien d'un organisme bénévole venu à l'école expliquer le cancer et ce que vit l'élève atteint. Aujourd'hui, les répondants sont nombreux à évaluer leur santé comme médiocre, à avoir un problème de santé chronique ou une incapacité qui les limitent dans leurs activités. Pourtant, bon nombre se disent satisfaits de leur vie et tous affirment avoir retiré du positif de leur expérience. Si plusieurs répondants ont dû modifier leur projet d'études en raison de séquelles, la maladie a incité plus de la moitié à choisir un métier lié à cette expérience. La moitié des répondants exercent une activité rémunérée et en sont satisfaits. Cependant, plusieurs ne la trouvent pas idéale. La majorité affirme qu'il leur a été plus difficile de trouver un emploi en raison de la maladie. Il s'agit de la première étude à donner la parole sur ces questions à de jeunes adultes guéris d'un cancer pédiatrique. L'échantillon est restreint et les résultats ne peuvent être généralisés. Néanmoins, ils apportent un éclairage inédit sur la vie de jeunes adultes, guéris certes, mais dont le développement a été perturbé.

## Colloque International – Sciences Humaines et Cancérologie

### *Références*

*Laverdière, C., Liu, Q., Yasui, Y., Nathan, P. C., Gurney, J. G., Stovall, M., ... Sklar, C. A. (2009). Long-term outcomes in survivors of neuroblastoma: A report from the childhood cancer survivor study. Journal of the National Cancer Institute, 101, 1131-1140.*

*Seigneur, E. (2004). La guérison et ses aléas en oncologie pédiatrique: revue de la littérature. Revue Francophone de Psycho-Oncologie, 3, 83-90.*



---

## Articulation entre l'information scientifique et les représentations symboliques de la maladie en cancérologie.

---

**Aurélien Dutier**

Post-Doctorant Ethique Médicale – université Paris Descartes

**E-mail :** [aurelien.dutier@neuf.fr](mailto:aurelien.dutier@neuf.fr)

### **Problématique**

Les attentes et les connaissances des patients ont considérablement changé en cancérologie. Cependant, l'accroissement de ces connaissances ne signifie pas pour autant que patients et médecins partagent un même langage. Les patients activent dans leurs discours, un fond symbolique extrêmement riche autour de la maladie et des traitements, qui révèle des angoisses et des préoccupations qui leur sont très personnelles. Cette recherche qualitative a pour objectif d'analyser les interactions entre les représentations subjectives des patients et la logique d'explication et d'objectivation du discours des cancérologues.

### **Méthode**

Une série d'observations non participantes d'observations de consultations de cancérologie (spécifiquement en cancer du sein, cancer du poumon et cancer cérébral et en hématologie) a été réalisée dans trois centres de cancérologie (à Rouen, Angers et Paris). Des entretiens semi-directifs ont été ensuite effectués avec les médecins cancérologues et les patients.

### **Résultats**

L'imaginaire des malades se nourrit souvent des comparaisons imagées, utilisées par les soignants. Et lorsque les malades s'approprient progressivement certains termes médicaux, notamment pour désigner l'évolution de la maladie, le sens qu'ils peuvent attribuer à ces termes leur est parfois très personnel. Un long travail d'explication est souvent engagé chez les médecins pour anticiper les représentations anxiogènes de la maladie et évaluer les besoins d'information des patients. De très nombreux médecins tentent de trouver dans leur discours un équilibre entre l'exigence de véracité et l'encadrement de la violence du discours. En ce sens, les compétences des médecins ne se réduisent jamais à une simple délivrance ponctuelle d'information.

### **Conclusion**

La prise en compte, par les médecins, des représentations qu'ont les patients de leur maladie, permettrait d'ajuster et d'enrichir la communication soignant / soigné. Il est essentiel pour les soignants de pouvoir délivrer un message médical qui puisse être rapidement compris, tout en tenant compte des impératifs éthiques qui s'y rattachent, c'est-à-dire une écoute éclairée des peurs, des croyances et des préoccupations des patients, un souci d'adaptation du discours par rapport à leurs attentes, une vigilance particulière sur la portée du discours médical, sur la violence psychique des annonces diagnostiques ou des rechutes, une attention sur les bouleversements sociaux imposés par les traitements et les contraintes qui leur sont liées.

**7**

**QUESTIONS DE COMMUNICATION  
SOIGNANT/SOIGNÉ.**

---

## Les rapports de genre dans la relation de soin en cancérologie

---

**Hélène Marche,**

Sociologue, chercheure contractuelle CNRS, ESO-Rennes UMR 6590, Université Rennes 2

**E-mail :** [hmarche@yahoo.fr](mailto:hmarche@yahoo.fr)

Dans le contexte actuel des soins oncologiques, les professionnels sont amenés à travailler sur des aspects qui débordent le domaine médical : les conséquences des traitements sur la vie quotidienne, la gestion de la souffrance physique et psychique, le partage de l'information médicale, la considération des besoins existentiels du patient. La réalisation de ces objectifs suppose l'établissement d'une relation de soin attentive aux différentes facettes de l'identité sociale des malades, dont le genre est une des composantes.

En partant d'une enquête ethnographique menée dans des services de cancérologie et d'entretiens compréhensifs menés auprès de patients, de proches et de professionnels, cette communication vise à interroger l'implication des rapports de genre dans les conduites de soins des malades et dans les activités d'accompagnement des professionnels. Des contraintes spécifiques liées au travail domestique et au travail de care tendent à orienter la façon dont les patientes contrôlent au quotidien les conséquences de la maladie et des traitements. Ces contraintes ont des effets sur les formes de soutiens qu'elles sont susceptibles de mobiliser. En outre, si les rapports de genre interviennent dans la manière de vivre avec la maladie, ils sont également présents dans les représentations que les professionnels de santé entretiennent à l'égard des malades et de leurs proches. Les normes de genre interviennent dans la façon dont les professionnels appréhendent le rapport au corps des patients (désignation de « compétences naturelles » des femmes à prendre soin de leur corps, à communiquer les difficultés qu'elles rencontrent, « fierté masculine » qui conduit les hommes à ne pas se confier aux professionnels, etc.). Ces représentations ont des incidences sur les attentes des soignants quant aux conduites des malades et de leur entourage (sollicitation plus fréquente à l'égard des femmes pour participer aux soins d'un patient hospitalisé ou maintenu à domicile ; délégation de la dimension affective du soin lors d'une prise en charge palliative, etc.) Tout en soulignant l'importance des normes de genre dans la gestion profane et professionnelle du cancer, ces résultats de recherche invitent à poursuivre la réflexion sur la manière dont l'intersectionnalité des rapports sociaux (genre, génération, milieu social) interfère dans les inégalités sociales de santé et de prise en charge.

**Analyse discursive de la consultation d'annonce de glioblastome**

---

**Rénald Lanfroy**

Emsp - Chu Nancy/Universite De Lorraine, **Martine Batt** - Universite De Lorraine, Evelyne Garat - Unité De Neurooncologie – Chu Nancy, **Katia Colmar** - Unité De Neurooncologie - Chu Nancy

**Patrick Beauchesne**

Unité De Neurooncologie - Chu Nancy

**Luc Taillandier**

Unité De Neurooncologie - Chu Nancy - Universite De Lorraine **Thérèse Jonveaux** - Emsp - Chu Nancy

**Alain Trognon**

Universite De Lorraine

**E-mail :** [r.lanfroy@chu-nancy.fr](mailto:r.lanfroy@chu-nancy.fr)

Annoncer un cancer constitue un acte régulier pour tout médecin mais reste pourtant un exercice difficile à réaliser malgré des recommandations et des guides de bonnes pratiques nés des Plans Cancer successifs. Cela est d'autant plus vrai lorsque ce cancer vient annoncer d'emblée au patient une mort inéluctable à court-terme. Ainsi, le glioblastome représente un cancer au pronostic effroyable, la médiane de survie se situant autour de 9 mois. Nous comprenons donc l'impact que l'annonce d'une telle pathologie va avoir sur le patient et son entourage. En les interrogeant alors sur leur vécu de cette annonce, nous cherchons ainsi à comprendre ce qui se joue dans ce temps déstructurant mais pourtant fondateur d'une relation entre un médecin et son patient. L'objectif de cette étude est d'évaluer le dispositif d'annonce tel qu'il est appliqué dans notre service afin de l'améliorer si nécessaire, à travers une analyse discursive des échanges entre le médecin, l'infirmière référente, le patient et ses proches.

### **Annonce de mauvaises nouvelles en cancérologie : Analyse du discours de médecins et d'infirmières d'annonce et de coordination**

---

**Marina Kretsch ; Sébastien Montel ; Elisabeth Spitz**

Université de Lorraine – Metz

**E-mail :** [ma.kretsch@gmail.com](mailto:ma.kretsch@gmail.com)

L'annonce de mauvaises nouvelles a principalement été étudiée sous l'angle du médecin, et à travers l'annonce du diagnostic initial. L'objectif de cette étude est d'explorer les pratiques et les perceptions des médecins et des infirmières d'annonce et de coordination vis-à-vis de l'ensemble des annonces qui parcourent la trajectoire de soins en cancérologie (annonce de résultats d'analyses, annonce d'un changement de traitement, annonce du passage des soins curatifs aux soins palliatifs etc.) et plus précisément dans les cas de progression et d'évolution négative de la maladie.

#### **Méthode**

Quinze entretiens semi-structurés ont été conduits avec huit médecins et sept infirmières d'annonce et de coordination au sein de plusieurs services de cancérologie en région Lorraine (oncologie, oto-rhino-laryngologie, hépato-gastro-entérologie, neuro-oncologie, pneumologie, hématologie, dermatologie, chirurgie digestive, urologie). Deux analyses de contenu thématiques distinctes ont été menées d'une part avec le corpus "médecins" et d'autre part avec le corpus "infirmières". Les analyses ont été conduites à l'aide du logiciel NVivo 9.

#### **Résultats**

L'analyse de contenu a permis de faire émerger plusieurs sous-thèmes centrés sur l'information donnée au patient, la manière de transmettre cette information tout au long de la maladie, les difficultés qu'elle génère ainsi que les facteurs qui poussent à transmettre ou non certains de ces savoirs. Les attitudes relationnelles avec les patients et proches sont abordées mais aussi les réactions manifestées par les patients et proches tout au long du parcours de soin.

### **Discussion**

La question du palliatif et de l'évolution négative de la maladie s'inscrit très tôt dans la relation soignant-soigné-aidant. Différents éléments déterminent la manière dont les professionnels abordent ces questions comme par exemple le stade de la maladie, le temps passé depuis l'annonce du diagnostic, la possibilité ou non de proposer des traitements, le comportement des proches, ou encore les attitudes présentées par le patient lors des entretiens. Les professionnels éprouvent de véritables difficultés lorsqu'il s'agit de discuter de la progression de la maladie, notamment pour savoir ce qui peut être entendu ou non par le patient. Les médecins et infirmières d'annonces et de coordination présentent également une grande diversité dans leur perception des réactions de leurs patients face aux différentes annonces tout au long de la maladie.

**Carole HEM** (GREPS, Lyon 2) & **Michelle GROSJEAN** (ICAR, CNRS - auteur décédée)

**E-mail :** [carole.hem@gmail.com](mailto:carole.hem@gmail.com)

Pour cette étude, nous avons fait le choix d'aborder la problématique de l'observance telle une activité distribuée dans le temps, engageant une pluralité d'acteurs et nécessitant l'utilisation d'une multitude d'artefacts, tous en rapport avec l'objet, qu'est le médicament.

C'est l'articulation de tous ces éléments qui fonde et construit le moment de prise, or chacun est plus ou moins cloisonné dans son système d'activité, avec sa temporalité, son lieu, ses pratiques, ses objets, et au sein duquel l'activité des autres acteurs n'est pas toujours envisagée. Seul le patient, au cours de la trajectoire du médicament, entre en interaction avec ces différentes sphères d'activités. C'est alors à partir de ce dénominateur commun qu'est le patient, ses connaissances, pratiques et représentations que nous avons étudié les acteurs composant le réseau, leurs actions et les objets qui concourent d'une manière ou d'une autre à la réalisation de l'activité de prise à domicile, pour identifier la dynamique du phénomène, ses points forts, ses points faibles et tenter d'agir en faveur de l'observance thérapeutique.

Inspirée du courant écologique, la méthode de recherche fut centrée sur le domicile du patient et basée sur un recueil de documents (ordonnances, cahiers de liaison), de photographies (boîtes de médicaments, lieu de stockage, domicile), d'observations filmées (scénario de préparation et de prise des médicaments) et d'entretiens semi-directifs. Des études de cas, inspirées du concept ethnométhodologique de descriptibilité rationnelle des actions pratiques (accountability), ont été réalisées sur cinq sujets bénéficiant des services de l'association RESOVAL de Mâcon, commanditaire de l'étude, chargée de l'organisation du retour à domicile de patients ayant été hospitalisés et nécessitant une continuité des soins. A partir de ces études de cas, nous avons retracé, de la prescription à l'évacuation, ce qu'impliquait de suivre une thérapeutique médicamenteuse en termes de stratégies, de pratiques et de représentations, pour en déduire les visions situées du médicament, le rôle des acteurs du soin ainsi que celui des artefacts instrumentant l'activité à chaque étape de la prise.



## Colloque International – Sciences Humaines et Cancérologie

L'étude montra que tout au long du circuit, le médicament prit successivement la forme d'une inscription, d'un achat, d'un objet à stocker, à organiser et à transformer avant de devenir à proprement parler un objet de soin.

Que les connaissances mais surtout les rôles et la confiance accordés aux professionnels (médecin, pharmacien, IDE) influencent le comportement d'observance. Et enfin, que les traces écrites (ordonnances, boîtes) jouent un rôle prépondérant dans la mise en œuvre de l'activité en tant que supports privilégiés, repères thérapeutiques, informationnels et organisationnels, en soulignant les lacunes qu'elles peuvent présenter : quand certaines font défaut (posologies, correspondances génériques...), manquent historiquement de trace (recommandations médicales, ajustements thérapeutiques), de sens ou sont inexploitables (illisibilité et/ou variabilité des inscriptions, organisation de l'ordonnance), elles peuvent alors impacter la dynamique générale de l'activité et donc l'observance elle-même.

## **SYMPOSIUM**

# **INTERETS DE LA PSYCHOTHERAPIE EYE MOVEMENT DESENTIZATION REPROCESSING (EMDR) DANS LA PRISE EN CHARGE DES MALADES DU CANCER**

Organisé par **Marie-joe Brennsthul & Pr Cyril Tarquinio**

Université de Lorraine - site de Metz  
Unité de Recherche APEMAC EA 4360  
Equipe ESPSAM Psychologie de la santé

## Colloque International – Sciences Humaines et Cancérologie

L'*EMDR* peut apparaître comme une réponse psychothérapeutique intéressante permettant de réduire les effets psychologiques et psycho traumatique d'une maladie comme le cancer. Cette approche est aujourd'hui clairement identifiée dans la littérature internationale pour son efficacité dans la prise en charge de l'ESPT et des troubles réactionnels classiques qui y sont associés. Depuis 1989, de nombreuses publications ont mis en évidence l'efficacité de la méthode *EMDR*. Initialement destinée à traiter des sujets ayant vécu des expériences traumatisantes, cette approche s'est développée par la suite pour trouver des indications dans le traitement de plusieurs troubles psychopathologiques et son intérêt semble s'imposer dans le domaine de la prise en charge des malades, notamment ceux confrontés à la maladie grave comme le cancer. Le postulat qu'une maladie grave puisse être traumatogène se vérifie dans le cas du cancer: les prévalences restent certes difficiles à estimer (en partie du fait de l'hétérogénéité des mesures), mais elles expriment la réalité de l'entité clinique de l'ESPT dans le cancer : entre 0 % et 19 %, mais de 14 % à 32 % en utilisant la CAPS-I à 16 mois post-diagnostic, et 5 % à 13 % d'ESPT subclinique. Par typologie de symptômes, il est également difficile de dégager un tableau clinique singulier : les affects intrusifs sont compris entre 16 % et 43 %, ceux d'évitement de 15 % à 80 %, dans le premier mois faisant suite à l'annonce. La phase précoce semble être celle la plus à risque, car de manière générale, les affects psychotraumatiques déclinent chez la plupart des malades dans les trois mois après l'annonce officielle de leur pathologie. Si ces données légitiment l'existence d'un ESPT dans le cancer, celui-ci, dans sa phénoménologie, se distingue de l'ESPT classique. Plusieurs remarques doivent donc être apportées ici. La question la plus sujette à débat est de savoir ce qui fait trauma dans le cancer (annonce, rechute, début des traitements...?) étant donné la complexité de la prise en charge. Les stressors ne sont pas formellement délimités dans le temps, comme pour un ESPT classique, mais souvent chroniques, voire permanents. Ce stressor peut se définir par son statut interne (la maladie en soi), et non externe, mettant en échec les tentatives d'évitement. Ils sont médicalement imposés et offrent peu de prise aux stratégies de contournement. C'est ainsi que la peur pour sa vie, caractéristique de l'ESPT n'est pas forcément inscrite dans l'immédiateté, mais peut-être orientée vers le futur (et non vers un événement passé, au sens du DSM-IV). Par exemple, les intrusions peuvent concerner des événements futurs (toxicité des traitements...). Les informations reçues sur le pronostic (peur orientée vers le futur) sont jugées plus stressantes que les souvenirs des traitements passés. C'est dans ce contexte particulièrement flou que ce symposium tentera de positionner la mise en œuvre de cette nouvelle approche psychothérapeutique.

**Pr Cyril Tarquinio**

Université de Lorraine - site de Metz  
Unité de Recherche APEMAC EA 4360  
Equipe ESPSAM Psychologie de la santé

La place de l'EMDR dans la prise en charge des malades du cancer reste encore peu identifiée. Un élément est par ailleurs prépondérant quant au questionnement autour de l'usage de l'EMDR chez le malade : la maladie est toujours présente lors du traitement. A la différence du traumatisme où l'on agit sur un évènement du passé, ancré de façon dysfonctionnelle dans la mémoire de l'individu, chez le malade la peur de mourir, l'impuissance, ne sont pas forcément des croyances fausses. Si le traumatisme peut être guéri avec l'EMDR, la maladie –elle- reste. Des pistes de travail intéressantes ont cependant été développées depuis plusieurs années. Par exemple, afin de potentialiser les ressources nécessaires pour faire face à la maladie, des protocoles spécifiques ont été élaborés, notamment le Peak Performance (Foster et Lendl, 1997) qui met l'accent sur la potentialisation des ressources positives déjà existantes chez le patient. Le malade peut donc faire face à l'impuissance ressentie en redécouvrant ses propres capacités et en pouvant les utiliser de manière adaptée et fonctionnelle. S'il est admis depuis plusieurs années par le DSM-IV que l'annonce d'une maladie grave peut être un élément déclencheur d'ESPT, et que nous retrouvons 5 à 20% de ce diagnostic chez les patients cancéreux, tout porte pourtant à croire que l'impact du cancer a une portée bien plus grande chez les malades. Le vécu de la maladie, du traitement, des interventions – chirurgicales ou non -, l'impact social avec les familles ou sur le travail, tous ces éléments provoquant stress, anxiété, dépression, sont autant de symptômes comorbides qu'il convient de prendre en charge. C'est dans cette perspective que nous présenterons les protocoles les plus indiqués en la matière, dont le protocole PEACE (PrisE en chArge pour malades du CancEr) actuellement en pleine phase de développement expérimental et clinique.

---

**Application clinique de l'EMDR en cancérologie : études de cas**

---

**Dr Christophe Petitjean**

Médecin cancérologue  
Responsable EMSP Vesoul-Lure-Luxeuil

L'objectif de cette communication sera de présenter plusieurs cas de malades pris en charge avec la psychothérapie EMDR. Résolument cliniques et pratiques, ces cas devront nous amener à saisir l'intérêt et les limites de l'introduction de cette nouvelle approche psychothérapeutique dans la prise en charge du cancer. Les cas seront détaillés, sur le plan psychopathologique et situés dans la problématique cancéreuse du malade.

---

**Prise en charge de la douleur avec la psychothérapie EMDR : clinique, protocole et étude de cas**

---

**Marie-jo Brennstuhl**

Université de Lorraine - site de Metz  
Unité de Recherche APEMAC EA 4360  
Equipe ESPSAM Psychologie de la santé

La douleur fait partie inhérente des effets secondaires de la chimiothérapie et de l'intervention chirurgicale, dont la prise en charge est un élément essentiel pour améliorer la vie des malades.

La complexité de la problématique douloureuse doit s'envisager à travers quatre composantes fondamentales : sensitive, cognitive, comportementale et émotionnelle, qui peuvent être prises en charge dans le cas de psychothérapies dont la thérapie EMDR peut être une modalité

Cette communication sera l'occasion de présenter un protocole EMDR spécifiquement conçu pour la prise en charge de la douleur, et d'en discuter les avantages et les limites. Intégrer dans les dispositifs de soin, il pourrait permettre d'aider les patients et d'apporter un soulagement indéniable.

## **SYMPOSIUM**

# **STRESS, QUALITE DE VIE ET RÉGULATION DES ÉMOTIONS**

Organisé par **Véronique cristophe** (Université de Lille) et **Didier Truchot**  
(Université de Franche-Comté)

---

**Elaboration et validation d'un questionnaire de stresseurs professionnels  
spécifique aux infirmières en oncologie**

---

**Xavier Borteyrou<sup>1</sup>, Didier Truchot<sup>1</sup>, Nicole Rasclé<sup>2</sup>**

1. Université de Franche-Comté

2. Université de Bordeaux 2

Les études portant sur le stress professionnel des infirmières sont nombreuses. Il existe d'ailleurs des instruments spécifiques à cette profession comme le Nursing Stress Scale ou le Health Professions Stress Inventory (HPSI). Ces deux instruments ont fait l'objet de nombreuses critiques portant sur la nature et le nombre de stresseurs appréhendés. De plus, des études qualitatives ont montré que les infirmières en oncologie sont exposées à des situations spécifiques (confrontation à la mort, à la souffrance physique et psychologique, à l'inquiétude des familles) qui ne sont pas prises en compte par le NSS ou le HPSI. Il nous est donc apparu nécessaire d'élaborer un questionnaire spécifique à cette activité professionnelle.

Dans une phase exploratoire, nous avons interrogé 59 infirmières pour obtenir une banque de 118 items relatifs à des situations professionnelles anxiogènes. Après éviction des items rares et redondants, nous avons rédigé une liste de 60 items soumise à 582 infirmières travaillant dans une unité d'oncologie. Les analyses factorielles aboutissent à une solution à 5 facteurs. La validité de critère de ces facteurs a été testée en corrélant ces 5 facteurs avec des indicateurs de Burnout (MBI) et de santé mentale (GHQ).

Les résultats montrent que les stresseurs organisationnels (charge de travail, relations avec les collègues) sont fortement corrélés à des indicateurs de souffrance. Les liens entre stresseurs émotionnels (confrontation à la mort, confrontation à la souffrance, relations avec les familles) et les indicateurs de souffrance sont moins forts. Nous discuterons de l'intérêt de ce questionnaire par rapport aux outils existants.

---

**Les déterminants managériaux de la qualité de vie au travail  
des soignants dans les services d'héματο-oncologie**

---

**N. Gillet**, EA 2114 Psychologie des Ages de la Vie, Université François-Rabelais de Tours

**E. Fouquereau, E. Michinov, A. M. Pronost, A. Bonnaud, R. Mokoukolo, & P. Colombat**

**E-mail :** [nicolas.gillet@univ-tours.fr](mailto:nicolas.gillet@univ-tours.fr)

A travers cette recherche, nous souhaitons, dans un premier temps, montrer que le leadership transformationnel a une influence significative sur la qualité de vie au travail des personnels soignants dans les services d'hématologie et d'oncologie. Notre second objectif sera d'analyser le rôle médiateur de la justice organisationnelle (i.e., justice distributive et justice interactionnelle) dans cette relation. Finalement, nous voulons montrer que la qualité de vie au travail est positivement associée à l'engagement au travail.

Trois cent quarante-trois personnels soignants (325 femmes et 18 hommes) travaillant dans 47 services distincts ont participé à cette recherche. Notre échantillon est composé de 208 infirmiers et 135 aides-soignants / agents de service hospitalier. L'âge moyen des personnels était de 36,30 ans (ET = 10,29) et l'ancienneté moyenne dans le service était de 6,85 ans (ET = 7,61). Les participants ont complété un questionnaire auto-administré comprenant différentes échelles de mesure. Le leadership transformationnel a été mesuré à l'aide de sept items utilisés par Carless et ses collaborateurs (2000). La justice distributive (5 items) et la justice interactionnelle (9 items) ont été mesurées à l'aide de l'échelle développée par Niehoff et Moorman (1993). La qualité de vie au travail a été mesurée à l'aide de la version française (Delmas et al., 2001) de l'échelle développée par Elizur et Shye (1990). Finalement, les participants ont complété les neuf items de l'Utrecht Work Engagement Scale (UWES-9 ; Schaufeli et al., 2006).

Les résultats d'une analyse en pistes causales ont mis en évidence une relation positive entre le leadership transformationnel et la qualité de vie au travail. Nous avons également montré que la justice distributive et la justice interactionnelle avaient une influence positive sur la qualité de vie au travail. Des tests de Sobel (1982) ont



## Colloque International – Sciences Humaines et Cancérologie

confirmé que les deux formes de justice organisationnelle étaient des variables médiatrices dans la relation entre le leadership transformationnel et la qualité de vie au travail. Finalement, les résultats ont montré que la qualité de vie au travail était positivement associée à l'engagement au travail.

Cette recherche souligne à quel point il est important de sensibiliser les cadres de santé et les médecins à l'adoption de comportements de leadership transformationnel afin de renforcer la qualité de vie au travail des infirmiers, des aides-soignants et des agents de service hospitalier. Nos résultats soulignent également la nécessité de renforcer le sentiment de justice organisationnelle des personnels de santé dans les services d'hématologie et de cancérologie. Finalement, ils montrent que le renforcement de la qualité de vie au travail des personnels est bénéfique pour l'organisation dans la mesure où il conduit à un accroissement de l'engagement au travail.

---

**Fardeau de l'aidant et ajustement émotionnel au sein de la dyade patient-aidant  
dans le cadre des prises en charge palliatives  
en oncologie**

---

**Tanguy Leroy<sup>1</sup>, Emmanuelle Fournier<sup>1</sup>, Nicolas Penel<sup>2</sup>, Charles Fournier<sup>2</sup>,  
Pascal Antoine<sup>1</sup>, Véronique Christophe<sup>1</sup>**

1 - Unité de Recherche en Sciences Cognitives et Affectives, URECA EA 1059,  
Université Lille3, 2 - Centre Oscar Lambret, Lille

**E-mail :** [tanguy.leroy@univ-lille3.fr](mailto:tanguy.leroy@univ-lille3.fr)

### **Problématique**

Le soutien fourni au patient dans le cadre d'une prise en charge palliative engendre des répercussions positives et négatives importantes pour le proche, appelées fardeau : augmentation du niveau de satisfaction à être aidant, problèmes de gestion du temps, coûts financiers, manque de soutien social, difficultés de santé physiques et psychologiques (augmentation de la consommation de soins et de médicaments, symptômes dépressifs...). Cette étude vise à évaluer la perception qu'a le patient du fardeau de l'aidant et les effets de ce fardeau sur l'ajustement émotionnel au sein de la dyade patient-aidant.

### **Méthode**

*Participants.* Soixante dyades ont été incluses dans l'étude : 60 patients atteints d'un cancer bénéficiant d'une prise en charge exclusivement palliative (31 hommes, 29 femmes) et 60 aidants désignés par les patients (21 hommes, 39 femmes). L'aidant désigné est le conjoint/concubin du patient dans 65% des cas, l'un de ses enfants dans 25% des cas, et un autre proche dans 10% des cas.

*Mesures.* Après obtention du consentement éclairé du patient et de l'aidant, chaque membre de la dyade remplissait une fiche de données sociodémographiques et répondait à un auto-questionnaire portant sur : 1) la qualité des relations familiales (Family Relationship Index) en auto-perception, 2) l'anxiété et la dépression (Hospital Anxiety and Depression Scale) en auto- et en hétéro-perception, et 3) le fardeau (Caregiver Reaction Assessment) en auto-perception pour l'aidant et en hétéro-perception pour le patient. En parallèle, un recueil des données médicales était effectué.

### Résultats

Une majorité des participants (patients et aidants) ont des niveaux d'anxiété et de dépression élevés, et l'aidant est globalement plus anxieux que le patient ( $p<.001$ ). L'aidant surestime le niveau d'anxiété ( $p<.05$ ) et de dépression ( $p<.001$ ) du patient, alors que le patient estime à leur juste valeur les niveaux d'anxiété et de dépression de l'aidant. Le patient sous-évalue le fardeau de l'aidant en terme de gestion du temps ( $p<.05$ ) et de difficultés financières ( $p<.05$ ), ainsi que la valorisation que ressent l'aidant à s'occuper de lui ( $p<.01$ ). Le fardeau décrit par l'aidant est prédictif de ses niveaux d'anxiété ( $p<.05$ ) et de dépression ( $p<.01$ ), tandis que la perception de ce fardeau par le patient est source, chez lui, de dépression ( $p<.01$ ) mais pas d'anxiété. La dyade perçoit de manière homogène la qualité de leurs relations familiales (*ns.*) qui est par ailleurs prédictive du fardeau de l'aidant ( $p<.05$ ).

### Conclusion

Ces résultats confirment la nécessité d'étudier le vécu des proches lors des prises en charge palliatives, en particulier le rôle social de l'aidant, les déterminants de son vécu, et leurs effets sur le vécu du patient. Il s'agira ensuite de proposer des interventions cliniques auprès de la dyade patient-aidant fondées sur les spécificités de leur relation et de la prise en charge palliative.

---

**Impact du sexe sur les stratégies de régulation émotionnelle mises en place via le partage des émotions chez les patients atteints de cancer**

---

**Christelle Duprez<sup>1</sup>, Véronique Christophe<sup>1</sup>, Magali Mahieuxe<sup>2</sup>, Maureen Fouré<sup>3</sup>, Laurence Boutaud De la Combe<sup>2</sup>, , Laurence Detournignies<sup>4</sup>, Laurence Vanlemmens<sup>5</sup>, Edith Vanlerenberghe<sup>5</sup>, Jean-Briac Prevost<sup>6</sup> & Marc Wetterwald<sup>3</sup>**

1. Univ Lille Nord de France – Université Lille 3, URECA EA 1059,
2. Service de Cancérologie générale, Centre Hospitalier de Dunkerque
3. Service d'Hématologie, Centre Hospitalier de Dunkerque,
4. Service d'Hématologie, Centre Hospitalier de Roubaix
5. Département de cancérologie gynécologique, Centre Oscar Lambret
6. Centre de radiothérapie Marie Curie, Arras

**E-mail :** [christelle.duprez@univ-lille3.fr](mailto:christelle.duprez@univ-lille3.fr)

### **Problématique**

La majorité des patients atteints de cancer ressent le besoin de parler de sa maladie avec son entourage (Kornblith et al., 2006 ; Zakowski et al., 2003). Ce « partage social des émotions » est envisagé comme étant un processus interpersonnel de régulation émotionnelle, permettant de mettre en place des stratégies d'auto-régulation (e.g., stratégies cognitives) et des stratégies de régulation sociale (e.g., soutien social) pour faire face aux événements négatifs et intenses (Christophe, 2009 ; Rimé, 2009)

Cette étude vise ainsi à déterminer 1) quelles sont les stratégies de régulation émotionnelle que les patients atteints de cancer mettent en œuvre lorsqu'ils parlent de leur maladie avec leur entourage, 2) si ces stratégies varient selon le sexe des patients, et 3) leur impact sur les difficultés de régulation émotionnelle. Ces difficultés sont ici envisagées comme indicatrices de l'efficacité des stratégies mises en place via le partage social relatif à la maladie

### **Méthode**

122 patients atteints d'un cancer (69 femmes , 53 hommes; 47 patients en hématologie, 75 en cancérologie générale, majoritairement cancers du sein et cancers digestifs) âgés de 18 à 81 ans (M = 56.35, SD = 13.77) ont répondu à un auto-questionnaire portant sur 1) le partage social de leurs émotions en lien avec leur maladie, 2) les stratégies de régulation émotionnelle mises en place via ce partage social (SSMS-39), et 3) leurs difficultés de régulation émotionnelle (DERS 18)

### Résultats

Le partage social de l'événement lié à la maladie (e.g., annonce de la maladie à l'entourage, effets secondaires des traitements) a majoritairement lieu à l'initiative du patient lui-même (83.6% des cas), le jour-même de la survenue de l'événement (50.8%), et auprès du conjoint (58.2%). La quasi-totalité des patients (85.2%) se dit par ailleurs très satisfaite de la qualité de la communication avec son entourage.

Les deux principales stratégies de régulation émotionnelle mises en œuvre par les patients sont la recherche de soutien et l'information de leur entourage (stratégies de régulation sociale). Ces stratégies varient selon le sexe des patients : comparativement aux hommes, les femmes se confient davantage sur leur maladie afin de rechercher du soutien, des conseils/des solutions (stratégies de régulation sociale), de se défouler, et de rechercher du sens à ce qu'elles vivent (stratégies d'auto-régulation émotionnelle). Chez les hommes, trois stratégies sont associées à de moindres difficultés de régulation émotionnelle : la recherche de conseils/de solutions ( $B = -.49$ ), la volonté de susciter l'empathie/l'attention d'autrui ( $B = -.55$ ), et la volonté d'informer l'entourage ( $B = -.43$ ). En revanche, plus les patients cherchent à amplifier leurs émotions à travers le partage social (ex : parler de l'événement pour se le remémorer), plus ils rapportent de difficultés de régulation émotionnelle ( $B = .95$ ). Chez les femmes, le pattern de résultats est l'inverse de celui identifié chez les hommes : plus les patientes parlent de leur maladie afin de susciter l'empathie/l'attention d'autrui, plus elles ont de difficultés de régulation émotionnelle ( $B = .38$ ). En revanche, le recours à l'amplification est chez elles prédicteur de moindres difficultés de régulation émotionnelle ( $B = -.38$ ).

### Conclusion

Ces résultats préliminaires permettent de mieux identifier les stratégies de régulation émotionnelle que les patients mettent en place *via* le partage social. Ces stratégies et leur efficacité semblent par ailleurs varier selon le sexe des patients. Dès lors, si ces données préliminaires sont confirmées, il serait pertinent de prendre en compte ces différences dans les prises en charge des patients.

**SYMPOSIUM**

**CANCER ET SPIRITUALITÉ**

Organisé par **Angélique BONNAUD-ANTIGNAC**

Université de Nantes

### **Evolution et valeur adaptative du contrôle religieux chez des patientes atteintes d'un premier cancer du sein**

---

**Florence Cousson-Gélie,**

Professeur de Psychologie, Directrice d'Epidaure-Pôle SHS et Prévention du Centre de Lutte Contre le Cancer Val d'Aurelle, Montpellier, Laboratoire Epsilon, Université Montpellier 3, route de Mende, 34199 Montpellier cedex 5.

**E-mail :** [florence.cousson-gelie@univ-montp3.fr](mailto:florence.cousson-gelie@univ-montp3.fr)

Depuis quelques années, des études ont montré que la perception de contrôle de la maladie est un élément important de l'ajustement psychologique à un cancer (Ranchor, et al., 2010). Le contrôle religieux correspond au fait de croire qu'un Dieu peut avoir un rôle dans l'apparition ou l'évolution de la maladie. Son rôle adaptatif est loin d'être consensuel et doit être clarifié, d'autant plus que, dans d'autres maladies chroniques, les croyances et les pratiques religieuses et spirituelles sont souvent associées à une bonne qualité de vie et parfois à une diminution de la mortalité (Ironson, et al., 2002; Laubmeier, Zakowski, & Bair, 2004).

L'objectif de notre étude est d'appréhender l'évolution de l'utilisation du contrôle religieux et de montrer que cette évolution du contrôle religieux a un effet sur l'évolution de la détresse émotionnelle, des stratégies de coping et de la qualité de vie des patientes.

Cent dix sept patientes ont été rencontrées à différents temps de leur maladie : au moment de la chirurgie, puis 1, 4, 7, 10 et 13 mois après la première évaluation. La détresse émotionnelle et la qualité de vie ont été évaluées avec la Hospitalized Anxiety Depression Scale (HADS) et le Quality of Life Questionnaire-C30 (QLQ-C30) aux six temps de l'étude alors que le contrôle religieux et les stratégies de coping ont été évalués avec le Cancer Locus of Control Scale (CLCS) et la Mental Adjustment to Cancer Scale (MAC) aux cinq derniers temps.

Les résultats montrent que le contrôle religieux diminue durant les 4 premiers mois du traitement puis se stabilise. De plus, le maintien du contrôle religieux est associé à une diminution de l'impuissance-désespoir, du déni, de l'évitement et des préoccupations anxieuses et à une meilleure qualité de vie émotionnelle et physique à tous les temps de l'étude. Nous ne trouvons aucune association avec l'anxiété ou la dépression. Ces résultats suggèrent qu'il semble pertinent d'évaluer ce type de ressources religieuses et de promouvoir leur identification dans les interventions psychologiques mises en place avec les patientes.

**Marie Préau**

GRePS, Université Lyon 2

INSERM U912, Marseille

CLARA, Lyon

Les relations entre qualité de vie, stratégies de coping et spiritualité représentent un champ d'investigation particulièrement fécond dans le champ de la psychoncologie notamment du fait des approches et orientations théoriques rejointes, mais aussi des enjeux sociétaux posés.

L'étude présentée a investigué les relations entre la spiritualité, les stratégies de coping et la qualité de vie dans un échantillon représentatif de patients diagnostiqués pour un cancer deux années auparavant. Il s'agit d'une étude transversale dans laquelle les patients interrogés par téléphone. Parmi les 4270 participants, 54.6% considère que la spiritualité n'a pas représenté une source de confort face à la maladie, 23.4% considère que la spiritualité a représenté ne source de réconfort modéré et 22.5% une source importante de réconfort.

Les modèles de régression logistique ont montré qu'après ajustement sur l'âge, le sexe, le niveau d'étude et le fait de vivre en couple, une faible qualité de vie mentale était indépendamment associée au fait de considérer la spiritualité comme source de confort modérée en comparaison avec les patients considérant la spiritualité comme Par ailleurs, une faible qualité de vie physique et une stratégie de coping fortement ancrée dans un esprit combatif sont apparus comme indépendamment associés au fait de considérer la spiritualité comme une source de réconfort importante en comparaison avec les patients qui ne considèrent pas la spiritualité comme une source de réconfort.

Cette étude visait à investiguer la dynamique des croyances religieuses au fil de l'expérience de maladie et la façon dont les patients "utilisent" la spiritualité dans la situation de maladie. Ces résultats soulignent la complexité des liens entre la place de la spiritualité, les stratégies de coping et la qualité de vie dans ses différentes dimensions et ceci dans le cadre de localisations variées de cancer.



**Etude des changements spirituels comme processus de coping pour faire face à un mélanome : quels liens avec le développement post-traumatique ?**

---

**Marianne Bourdon, Nicolas Roussiau et Angélique Bonnaud-Antignac**

Université de Nantes.

Laboratoire LPPL. UPRES EA 4638.

Chemin de la Censive du Tertre.

BP 81227. 44312 Nantes Cedex 03.

Cette recherche propose d'étudier les liens entre les changements spirituels en développement (positifs) et le développement post-traumatique vécus par des patients depuis le diagnostic d'un mélanome. Après s'être assuré de la cohérence de notre recherche par la réalisation d'une pré-enquête qualitative auprès de 19 patients, 87 patients atteints de mélanome ont été interrogés à propos du sens qu'ils attribuent à leur maladie, du contrôle perçu (Cancer Locus of Control Scale) sur la maladie, des changements spirituels (Spiritual Transformation Scale, partiellement validée en langue française) et du développement post-traumatique (Post Traumatic Growth Inventory) rencontrés depuis le diagnostic. Les hypothèses testées au moyen d'analyses de corrélations et de régressions multiples sont partiellement soutenues par les données recueillies. Plus les participants se tournent vers la spiritualité depuis le diagnostic du mélanome, plus ils changent leurs priorités de vie, redéfinissent leurs relations aux autres, se sentent renforcés par cette épreuve et apprécient leur vie. Les changements spirituels positifs expliquent d'ailleurs une part importante de la variance du développement post-traumatique. Les résultats nous amènent aussi à penser que se tourner vers la spiritualité aide les individus à donner un sens à la maladie, et que ce sens sera lui-même propice à un développement post-traumatique. Enfin, il ressort que plus les patients pensent que Dieu a une influence sur leur maladie, plus ils se tournent vers la spiritualité et moins leur développement post-traumatique est important. Cela nous conduit à supposer que l'échelle de changements spirituels employée dans cette étude évalue davantage une spiritualité religieuse qu'universelle.

*Références*

Cole, B., Hopkins, C.-M., Tisak, J., Steel, J.-L., & Carr, B.-I. (2008). Assessing spiritual growth and spiritual decline following a diagnosis of cancer: reliability and validity of the spiritual transformation scale. *Psycho-oncology*, 17, 112-121.

Cousson-Gélie, F., Irachabal, S., Bruchon-Schweitzer, M., Dilhuydy, J.M., & Lakdja, F. (2005). Dimensions of cancer locus of control scale as predictors of psychological adjustment and survival in breast cancer patients. *Psychological reports*, 97, 699-711.

Tedeschi, R.G., & Calhoun, L.G. (1996). The posttraumatic growth inventory: measuring the positive legacy of trauma. *Journal of traumatic stress*, 9(3), 455-471.

## **SYMPOSIUM**

# **CONTRIBUTIONS DES TECHNIQUES DE GESTION DES EMOTIONS A LA PRISE EN CHARGE DES MALADES DU CANCER**

Organisé par **Marie-joe Brennsthul & Pr Cyril Tarquinio**

Université de Lorraine - site de Metz  
Unité de Recherche APEMAC EA 4360  
Equipe ESPSAM Psychologie de la santé

D'un point de vue psychique, le cancer est une expérience singulière d'adaptation où les profonds changements de l'état de santé et de la vie donnent lieu dans de nombreux cas à des remises en cause fondamentales des valeurs sur lesquelles reposait la vie de quelqu'un ; elle définit un enjeu psychique essentiel lié à la mobilisation de ressources psychiques qui font appel à des nouvelles valeurs et qui constituent d'autres raisons de vivre. Les patients qui consultent, souvent, ne l'auraient pas fait sans l'intrusion dans leur vie de cette épreuve. Et il faut l'avouer, l'expérience clinique montre que ce sont bien les conséquences de cette maladie, plus ou moins profondes que l'on demande au psychologue de juguler, lorsqu'il ne s'agit pas d'accompagner le patient dans un questionnement existentiel plus profond. Depuis quelques années, la question de la prise en charge psychothérapeutique des malades refait surface et de nouvelles voies psychothérapeutiques sont proposées. Multiples, parfois étonnantes, elles disposent néanmoins de validations suffisantes pour être enseignées aux praticiens et proposés aux malades aux différentes phases de la maladie. Ce premier symposium souhaite ainsi proposer une ouverture sur des approches susceptibles de stabiliser les patients sur le plan émotionnelle, notamment dans les périodes de peur et d'angoisse, qu'impose la maladie et les traitements. Il s'agira ici de doter les malades d'un certains nombres de compétences et de ressources susceptibles de les accompagner dans cette période de vie si particulière qu'est la maladie.

**Pr Cyril Tarquinio**

Université de Lorraine - site de Metz  
Unité de Recherche APEMAC EA 4360  
Equipe ESPSAM Psychologie de la santé

Le principe de la cohérence cardiaque, terminologie consacrée par les psychologues français, plus connu chez les chercheurs sous les terminologies de variabilité de fréquence cardiaque (ou *heart rate variability*), de variabilité cardiaque ou de variabilité sinusale (VS) a récemment été vulgarisé en France. L'étude de la variabilité sinusale (VS), la connaissance de ses effets et de sa régulation sont d'une importance considérable, pour les psychologues ayant en charge la santé ou la maladie de leurs patients, en particulier lorsque l'on sait que le contrôle de la VS est d'un intérêt majeur, pour améliorer la gestion émotionnelle des patients présentant des troubles psychiques comme le stress, la dépression ou encore l'anxiété. De ce fait c'est à la fois un marqueur émotionnel et un indice pronostique dont la puissance heuristique nous a conduits à vouloir lui consacrer une présentation qui ne manquera pas d'interpeller chercheurs et praticiens dans le domaine du cancer. La mesure et la prise en compte de la VS pourrait se révéler pour les psychologues de la santé (et les autres) d'une importance considérable et d'un intérêt thérapeutique indéniable, notamment dans l'accompagnement des malades du cancer.

Colloque International – Sciences Humaines et Cancérologie

---

**Participation de la Sophrologie à la prise en charge pluridisciplinaire des malades du cancer**

---

**Max Bresler et Dr Michèle Steffen –Pisani**

Institut Européen de Sophrologie du Travail - Luxembourg

Depuis quelques années c'est une sophrologie moderne qui voit le jour et qui peu à peu émerge. Une sophrologie qui s'est dédouanée des pères fondateurs et qui de plus en plus se confronte à la question de l'évaluation, de l'intégration et de la dialectique psychothérapeutique. Cette présentation fondamentalement inscrite dans le champ de la santé et de la maladie, insistera sur l'intérêt de cette approche dans la prise en charge psychologique des malades du cancer.

On peut considérer que la spécificité de la sophrologie par rapport aux autres techniques de relaxation est la prise en compte de trois dimensions qui sont les piliers de l'approche à savoir, l'intégration du schéma corporel, le principe d'action positive et le principe de réalité objective. Les objectifs de la sophrologie dans la prise en charge des cancéreux sont :

-Améliorer la qualité de vie du patient lors du traitement en lui apprenant à gérer son anxiété, réguler son « stress », les effets indésirables liés aux traitements, ainsi que la douleur

- Apprendre aux patients à potentialiser leurs ressources psychiques, pour faire face à la maladie et à son évolution, en l'incitant notamment à participer activement à sa prise en charge thérapeutique.

- Reprendre son corps en main.

La mise à disposition d'une « boîte à outils sophrologiques » peut, si elle bien utilisée permettre au patient de retrouver une certaine autonomie et indépendance, qui peut résonner comme une reprise de contrôle sur sa vie Il s'agira de montrer à travers une présentation précise des modèles et de certains cas de malade pris en charge, en quoi la sophrologie constitue une ressource thérapeutique qui peut facilement et utilement s'inscrire dans le processus de prise en charge pluridisciplinaire des malades du cancer.

**Pertinence des interventions basées sur la pleine conscience dans la prise en charge de patients cancéreux :  
spécificités thérapeutiques et potentiel clinique  
des approches MBSR et MBCT**

---

**Dr Lionnel Strub**

Université de Lorraine - site de Metz  
Unité de Recherche APEMAC EA 4360  
Equipe ESPSAM Psychologie de la santé

La MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) et la MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy) s'inscrivent dans le courant des thérapies comportementales et cognitives de troisième génération et accordent une place prépondérante à l'observation intérieure des pensées, des émotions, et des sensations corporelles tout en promouvant une attitude d'ouverture par rapport aux différents aspects de l'expérience qui se déploie au moment présent. Ainsi, plutôt que de mettre en avant de nouvelles stratégies de contrôle des expériences inconfortables ou douloureuses, ces deux approches où cohabitent pleine conscience et acceptation visent à faciliter un processus de distanciation par rapport à leur contenu. Cette nouvelle relation à la pensée permet ainsi à l'individu d'alléger les difficultés psychologiques et émotionnelles associées à la chronicité de sa maladie. L'objectif de cette communication sera de tracer les contours théoriques et pratiques de ces deux approches et de tenter d'illustrer la prise en charge des problématiques qui nous semblent représentatives des patients confrontés au cancer.

**Dr François Ramseyer, Gynécologue-obstétricien, Sexologue**

Responsable du DIU de Sexologie  
Université de Lorraine - site de Metz  
Unité de Recherche APEMAC EA 4360  
Equipe ESPSAM Psychologie de la santé

La survenue d'un cancer, et par là même les soins qu'il nécessite, interrogent régulièrement la sexualité du patient comme celle du couple qu'il peut former. Les sentiments de honte et de culpabilité sont très souvent actifs, éveillant des fondements anciens de l'histoire du patient, l'anxiété est omniprésente. La place de l'hypnose, technique facilement accessible, attractive et respectueuse du sujet, est utile à tous les stades de la prise en charge du cancer, besoin de moins d'anesthésiques, interventions moins longues, moins de douleurs, nausées ou fatigue après l'opération. L'hypnose entraîne le patient à mettre en place un travail, dans le cadre d'une alliance thérapeutique aux modalités paradoxales, une stratégie de changement, lui permettant d'intégrer ses plaintes dans son économie personnelle, corrigeant le fonctionnement de la personne et ses rapports avec l'autre. Dans cet état particulier de fonctionnement cérébral qu'est l'hypnose, la personne se connecte à l'essentiel d'elle-même, à ce qui lui convient, à ces solutions et à ses ressources. Ce travail de transformation, de changement se fera à partir d'un travail sur les sensations physiques directes. Le corps va guider la séance, l'imagination n'est jamais en reste, facilitant une demande de mieux-être et de désir attendu.

**SYMPOSIUM**

**EGALITES, INEGALITES D'ACCES AUX  
ESSAIS PRECOCES**

Organisé par Philippe AMIEL (IGR)



---

**Participer aux essais précoces : Construire sa décision**

---

**Sylvain Besle**

Sociologue, Université Paris IV Sorbonne/Gemas et Institut Gustave Roussy.

---

**Une typologie des patients participants aux essais précoces**

---

**Valérie Gateau**

Philosophe, Institut Curie et Centre de recherche Sens, Éthique, Société  
CERSES/CNRS-Université Paris V Descartes.

---

**Essais précoces : vers une participation choisie**

---

**Philippe Amiel**

Sociologue et juriste, Unité de recherche en sciences humaines et sociales, Institut  
Gustave-Roussy.

## **CONFÉRENCES INVITÉES**

**Ethique des soignants et contraintes économiques. Une impossible (ré)-conciliation.**

---

**Philippe Tessier,**

Faculté de Médecine de Nantes, ERSSCa (ERT A-901) & Biostatistique, recherche clinique et mesures subjectives en santé (EA 4275)

Il arrive fréquemment que l'application de « contraintes économiques » dans le système de santé soit présentée comme contraire à l'éthique médicale ou clinique. Partant de ce constat, cette communication présente les réflexions d'un économiste de la santé, membre d'une consultation d'éthique clinique, sur les tensions entre les valeurs qui sous-tendent la pratique et la décision médicale et celles de l'analyse économique des questions de santé. Ces logiques normatives sont-elles irrévocablement irréconciliables ? Dans quelle mesure les tensions peuvent-elles relever d'une absence de compréhension ou de dialogue entre des disciplines toutes deux préoccupées par la santé ?

Notre communication commence par discuter les fondements éthiques dont peuvent se réclamer la pratique médicale et le calcul économique afin d'en faire ressortir les principaux points de divergence et, éventuellement, de convergence. Elle s'intéresse en particulier aux implications de l'influence grandissante dans le discours sur l'éthique clinique de l'approche anglo-saxonne pragmatique dite du principlisme de Beauchamp et Childress (1979, 2001). Dans un second temps, elle aborde une difficulté soulevée par les tentatives de dialogue ou de croisement entre médecine et économie qui tient à ce qu'un concept normatif peut revêtir des sens différents selon la perspective retenue, médicale ou économique. Cette difficulté est illustrée en prenant l'exemple des principes de bien-être – ou de bienfaisance par extension – et d'autonomie.

**L'empathie des soignants en oncologie : un défi scientifique pour la psychologie de la santé.**

---

**Sophie Lelorain,**  
Université de Lille

S'il semble y avoir un consensus autour de l'importance de l'empathie des soignants en oncologie, le sujet soulève pourtant de nombreuses questions. Tout d'abord, il n'est guère aisé de définir clairement ce que représente l'empathie. On décompte dans la littérature scientifique jusqu'à huit définitions du terme, recouvrant des concepts variés. On peut ainsi se demander quel type d'empathie est important en oncologie. Ensuite, il faut interroger scientifiquement cette notion d'importance. L'empathie reçue par les patients en oncologie, notamment en provenance du corps médical, a-t-elle réellement des effets bénéfiques avérés pour les malades ? Si la question peut paraître surprenante, elle se pose pourtant car l'empathie semblerait avoir un coût psychologique pour les soignants en cancérologie. Cela expliquerait justement le manque d'empathie de certains soignants, ou encore l'échec de formations visant à améliorer la communication médicale, notamment par une plus grande empathie. Le véritable défi pour la recherche serait donc de trouver dans quelles circonstances et pour quels types de patients et soignants l'empathie serait réellement bénéfique.

Après avoir discuté de ces questions au regard des données scientifiques disponibles sur le sujet en psycho-oncologie, nous exposerons certains résultats d'une recherche récente menée à l'Institut Curie (Paris) en partenariat l'Université Paris Descartes, sur l'empathie des oncologues traitant des personnes pour un cancer métastatique avancé.

**La prise de décision partagée dans la relation médecin / patient en cancérologie :  
l'apport d'une triangulation méthodologique.**

---

**Christine Durif-Bruckert,**

Université Lyon 2 ; Groupe de recherche en psychologie sociale (GRePS EA 4163),  
CIC-EC3 Inserm ; Preducan ; Institut de cancérologie de la Loire, St Etienne.

**Nora Moumjid-Ferdjaoui,**

Université Lyon 1 ; GATE-LSE UMR 5824 CNRS ; Centre Léon Bérard.

**Pauline Roux,**

Groupe de recherche en psychologie sociale (GRePS EA 4163)

**Christelle Faure,**

Centre Léon Bérard

**Hervé Mignotte,**

Centre Léon Bérard.

Nous présentons les résultats issus d'une démarche basée sur la triangulation méthodologique et appliquée au traitement chirurgical (mastectomie versus tumorectomie) du cancer du sein opérable d'emblée : questionnaires (n=132), entretiens individuels semi-directifs (n=47) et observations de consultations (n=26). L'étude s'est déroulée au Centre Léon Bérard (Centre Régional de Lutte Contre le Cancer en Rhône-Alpes) dans le cadre d'une démarche d'information et de prise de décision partagée utilisée en routine Pôle Sénologie. Cette démarche a été développée par une équipe de recherche pluridisciplinaire (cliniciens, chercheurs en Sciences Humaines, Economiques et sociales) à la fin des années 90.

L'ensemble des résultats recueillis fait émerger un schéma d'interrelations significatif entre prise de décision partagée, information et participation. Ce schéma s'est structuré autour de trois axes problématiques : le rapport de dissociation ou d'assimilation entre participation et prise de décision partagée, la dimension expérientielle du processus même de prise de décision partagée et la définition de la notion de participation aux soins du point de vue des patientes.

---

**Maladie et partage social des émotions**

---

**Bernard Rimé,**

Université de Louvain à Louvain-la-Neuve, Belgique.

L'émotion est indissociable de la parole. Il est bien établi que l'expérience émotionnelle, positive ou négative, stimule un besoin d'en parler avec son entourage. Ce « partage social des émotions » est effectivement observé dans 80 à 95% des épisodes. Lors de la maladie, les expériences émotionnelles négatives abondent et se succèdent. Leur partage social suscite une dynamique subtile qui met en jeu ce que la personne qui souffre voudra ou pourra exprimer et ce que son auditeur voudra ou pourra écouter. Les implications de cette dynamique sont nombreuses. Elles concernent notamment le partage de l'information, la régulation de l'émotion, la validation sociale de l'expérience, la construction du sens, le maintien du lien social, et l'expérience subjective de la maladie.