



HAL
open science

Diagnostic de cancer associé à la grossesse, aspects psychologiques : revue de la littérature 2005-2015

Valentine Fabregat Borrego

► **To cite this version:**

Valentine Fabregat Borrego. Diagnostic de cancer associé à la grossesse, aspects psychologiques : revue de la littérature 2005-2015. Gynécologie et obstétrique. 2016. dumas-01520321

HAL Id: dumas-01520321

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01520321>

Submitted on 10 May 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE BORDEAUX
ECOLE DE SAGES-FEMMES DE BORDEAUX

DIAGNOSTIC DE CANCER ASSOCIÉ À LA GROSSESSE :
ASPECTS PSYCHOLOGIQUES
REVUE DE LA LITTÉRATURE 2005-2015

Mémoire en vue de l'obtention
du diplôme d'Etat de sage-femme

Soutenu en **Juin 2016**

FABREGAT Valentine

Née le 12 Février 1992

Sous la direction de
Dr MONGE Jérémy, médecin oncologue

2^{ème} cycle des études en sciences maïeutiques

UNIVERSITE DE BORDEAUX
ECOLE DE SAGES-FEMMES DE BORDEAUX

DIAGNOSTIC DE CANCER ASSOCIÉ À LA GROSSESSE :
ASPECTS PSYCHOLOGIQUES
REVUE DE LA LITTÉRATURE 2005-2015

Mémoire en vue de l'obtention
du diplôme d'Etat de sage-femme

Soutenu en **Juin 2016**

FABREGAT Valentine

Née le 12 Février 1992

Sous la direction de
Dr MONGE Jérémie, médecin oncologue

2^{ème} cycle des études en sciences maïeutiques

*« Quand on ne peut revenir en arrière,
on ne doit se préoccuper que de la meilleure manière d'aller de l'avant. »*

(Paulo Coelho, l'Alchimiste, 1988)

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier mon directeur de mémoire, le Docteur Monge, de m'avoir fait l'honneur de diriger ce travail, pour son aide, ses conseils et ses encouragements tout au long de l'élaboration de ce mémoire.

J'exprime également toute ma gratitude à mon enseignante Madame Ricros, pour sa disponibilité, son écoute et tous ses précieux conseils.

Je remercie aussi l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'école de sages-femmes de Bordeaux, les enseignantes et la directrice Madame Ghilardi, pour tout ce qu'elles m'ont apporté durant ces quatre années d'études enrichissantes.

Enfin, je remercie tout particulièrement et sincèrement ma famille pour leur soutien indéfectible, pour leur générosité et pour leur investissement tout au long de mes études. Sans eux, je ne serais pas ce que je suis aujourd'hui et cette histoire n'aurait jamais commencé.

A ma maman, à ma sœur Pauline, à Philippe.

TABLE DES MATIERES

<u>REMERCIEMENTS</u>	4
<u>TABLE DES MATIERES</u>	6
<u>LISTE DES ABREVIATIONS</u>	8
1. Abréviations concernant la méthodologie	8
2. Journaux	8
3. Autres termes	8
<u>GLOSSAIRE</u>	9
<u>INTRODUCTION</u>	10
<u>METHODOLOGIE GENERALE</u>	13
1. Objectif du projet.....	13
2. Banques de données interrogées.....	13
3. Analyse de la littérature.....	13
3.1 Termes MeSH (Medical Subject Headings).....	13
3.2 Délimiter la stratégie	13
3.3 Sélection des articles	14
3.3.1 Equations de recherche.....	15
3.3.2 Liste des articles retenus.....	16
3.3.3 Diagramme de flux	18
<u>RESULTATS</u>	19
Article 1: The psychological impact of a cancer diagnosed during pregnancy: determinants of a long-term distress	19
Article 2 : Lorsque maternité et cancer se rencontrent : influence réciproque de deux processus antagonistes	22
Article 3 : Devenir une mère malade : entre impact de la maladie et nouages familiaux	27
Article 4 : The experience of pregnancy and early motherhood in women diagnosed with gestational breast cancer	29
Article 5 : Psychological management of pregnancy-related breast cancer	32
Article 6 : Impact d'un diagnostic de cancer maternel pendant la grossesse sur les interactions précoces parent-bébé	37
Article 7 : Quand le temps de la maternité croise celui du cancer : réflexions cliniques.....	40
Article 8 : Prise en charge psycho-oncologique de la jeune femme enceinte confrontée au cancer	43
Article 9 : Découverte d'un cancer pendant la grossesse : quand la grossesse s'interrompt ! Deuxième partie : le point de vue du psychanalyste.....	45
<u>DISCUSSION</u>	48
<u>CONCLUSION</u>	57
<u>REFERENCES</u>	59

<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	62
<u>FILMOGRAPHIE</u>	63
<u>ANNEXE I : Echelle BSI-18</u>	64
<u>ANNEXE II : Ma proposition de traduction en français de l'échelle BSI-18</u>	65
<u>ANNEXE III : Echelle IES-Revised</u>	66
<u>ANNEXE IV : Echelle IES-Revisée en français</u>	67
<u>ANNEXE V : Présentation synoptique des étapes de lecture critique</u>	68

LISTE DES ABREVIATIONS

1. Abréviations concernant la méthodologie

CINAHL : Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (*ma traduction : base de données bibliographiques dédiée aux disciplines des sciences infirmières et des sciences paramédicales*)

MeSH: Medical Subject Headings (*thésaurus biomédical de référence*)

2. Journaux

BMJ : British Medical Journal (*Revue Médicale Britannique*)

3. Autres termes

CALG : Cancer Associé à La Grossesse

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CONCERT : Centre for Oncology Education and Research Translation (*ma traduction : Centre pour l'Éducation et la Traduction de Recherches en Psycho-Oncologie*)

CREPSY : Cellule de Recherche et d'Enseignement en Psychologie

ECHOCALG : Etude psychologique des Cancers Associés à La Grossesse

ENT : Environnement Numérique de Travail

HAS : Haute Autorité de Santé

NCCN : National Comprehensive Cancer Network (*ma traduction : Réseau National du Cancer*)

SFCP : Société Française de Chirurgie Pelvienne

SFOG : Société Française d'Oncologie Gynécologique

SFPO : Société Française de Psycho-Oncologie

SPSS : Programme Statistique pour les Sciences Sociales

GLOSSAIRE

BSI : Brief Symptom Inventory (*ma traduction : Inventaire Rapide des Symptômes*) (Voir Annexe I). Il s'agit d'une échelle qui mesure la détresse des patients à l'aide de 18 items. La réponse varie entre 0 et 4 :

0 = pas du tout ; 1 = un peu ; 2 = moyennement ; 3 = beaucoup et 4 = extrêmement.

IES : Impact of Event Scale (*ma traduction : Echelle de mesure de l'Impact de l'Événement*). Il s'agit d'une échelle d'auto-évaluation mesurant la fréquence des pensées intrusives et des comportements d'évitement lors de la semaine écoulée à l'aide de 15 items. La réponse varie entre 0 et 5 : (les réponses 2 et 4 étant exclues)

0 = pas du tout ; 1 = rarement ; 3 = parfois ; 5 = souvent.

IES-R : Impact of Event Scale – Revised (*ma traduction : Echelle de mesure de l'Impact de l'Événement Révisée*) (Voir annexe III). C'est une version révisée de l'Echelle de mesure de l'Impact de l'Événement. Elle contient 22 items répartis en trois sous-échelles permettant de distinguer les symptômes d'intrusion, d'évitement, et d'hyperactivité neurovégétative. La réponse varie entre 0 et 4 :

0 = pas du tout ; 1 = un peu ; 2 = moyennement ; 3 = beaucoup et 4 = extrêmement.

INTRODUCTION

Le cancer est une maladie décrite depuis l'Antiquité. C'est le médecin grec Hippocrate qui, en comparant les tumeurs à la forme d'un crabe et en relevant la ressemblance entre les deux, a ainsi désigné pour la première fois les tumeurs en utilisant les noms grecs de « karkinos » et « karkinoma ». Le cancer est resté une maladie incurable pendant de longues années. Mais aujourd'hui, grâce aux progrès et aux avancées de la médecine, de nombreux cancers peuvent être guéris. Pourtant, le mot « cancer » garde à ce jour une charge symbolique négative puissante, associée à des évocations particulièrement sombres (1).

Le cancer est une maladie qui a pour mécanisme une prolifération cellulaire anarchique, incontrôlée et incessante. Cette prolifération anarchique s'oppose à la prolifération contrôlée, harmonieuse et le plus souvent intermittente qui caractérise les tissus normaux et qui n'a lieu que pour réparer les pertes cellulaires accidentelles par plaie ou agression et les pertes naturelles par vieillissement (2). Une cellule cancéreuse devient totalement indisciplinée suite à une agression ou à un dommage lié à une modification de la structure d'un gène : c'est ce que l'on appelle une « mutation ». La cellule cancéreuse peut se « détacher » de la tumeur, migrer dans une autre partie du corps (par le sang ou par la lymphe) et s'installer ailleurs, voire sur un autre organe, pour créer une nouvelle tumeur. Les tumeurs créées à un endroit différent sont appelées des métastases (3).

Les cancers figurent parmi les principales causes de morbidité et de mortalité dans le monde. En 2012, on comptait approximativement 14 millions de nouveaux cas et 8,2 millions de décès liés à la maladie (4). Toujours en 2012, le nombre de nouveaux cas de cancer en France métropolitaine a été estimé à 355 000 (200 000 hommes et 155 000 femmes) et le nombre de décès liés à un cancer à 148 000 (85 000 hommes et 63 000 femmes) (5).

Bien que cela reste encore assez rare, il arrive qu'un cancer puisse survenir chez une femme enceinte. L'incidence des cancers pendant la grossesse devrait augmenter dans les années à venir car dans notre société actuelle, les femmes ont tendance à attendre un âge plus avancé pour avoir des enfants (6). En effet, en 2013 en France métropolitaine, l'âge moyen des mères à l'accouchement était de 30,3 ans, tous rangs de naissance confondus. Cet âge n'a cessé d'augmenter depuis le milieu des années 1970, date à laquelle les mères accouchaient en moyenne à 26 ans (7). Il est médicalement reconnu que le risque de développer un cancer augmente avec l'âge (8).

Un cancer est dit associé à la grossesse lorsqu'il survient pendant la grossesse ou dans l'année qui suit l'accouchement. Les cancers les plus fréquents chez les femmes enceintes sont les cancers du sein, du col de l'utérus, de la thyroïde, les mélanomes et les lymphomes de Hodgkin. Plus rarement, il s'agit de leucémies, de cancer de l'ovaire, de cancer pulmonaire ou de cancer digestif. On estime qu'un cancer survient à une fréquence de 1 pour 1 000 à 1 500 grossesses (9). Ainsi le nombre de femmes chez lesquelles un cancer a été diagnostiqué alors qu'elles étaient enceintes a été estimé aux alentours de cinq cents chaque année en France (10). Ce nombre indique clairement qu'il s'agit là d'un problème sous-jacent et croissant dans le domaine médical, ce qui explique le choix que nous avons fait de traiter ce sujet.

Le réseau Cancer Associé à la Grossesse (CALG) a été créé en 2008 en France à la demande du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), dans l'objectif d'optimiser la prise en charge des patientes chez qui un cancer a été découvert lors de leur grossesse (11). La mission première des comités d'experts est de proposer une prise en charge diagnostique et thérapeutique des patientes ayant une tumeur maligne associée à leur grossesse en s'appuyant sur des référentiels précis qui ont été développés et validés (12).

Par ailleurs, en réponse à l'intérêt croissant porté aux aspects psychologiques, comportementaux et sociaux liés à la survenue d'un cancer, une discipline récente s'est structurée dans les années 1980 : il s'agit de la psycho-oncologie. L'objectif de cette nouvelle discipline est l'intégration de la dimension psycho-sociale aux soins dispensés en cancérologie (13).

La Société Française de Psycho-Oncologie (SFPO) est une société savante qui a été fondée il y a plus de 30 ans dans l'objectif d'aborder sur le mode pluridisciplinaire les problématiques psychologiques propres au champ de la cancérologie (14).

Nous savons que la physiologie est modifiée pendant la grossesse, ce qui requiert une approche diagnostique et thérapeutique quelque peu différente de la part de l'équipe médicale. La prise en charge d'un cancer pendant la grossesse a pour but de maximiser les bienfaits pour la mère et de minimiser les effets néfastes pour le fœtus (15). Cette gestion particulière de la grossesse présente donc des défis considérables, défis dans lesquels les souhaits maternels restent extrêmement importants dans le processus décisionnel. La démarche de traitement d'une patiente enceinte tente toujours de se rapprocher le plus possible de la démarche de traitement d'une patiente qui ne serait pas enceinte (16).

Recevoir un diagnostic de cancer est toujours très déconcertant et désorientant, et le choc émotionnel de la patiente sera encore plus intense pendant la grossesse. De nombreuses questions surviennent : Que faire ? Quel est le traitement le plus approprié pour préserver la santé de la mère et de l'enfant, et quels en sont les risques ? (17)

Une femme diagnostiquée d'un cancer associé à la grossesse sera amenée à gérer psychologiquement et de manière simultanée deux événements menaçant son équilibre psychosocial et qui plus est, antagonistes dans leur représentation : d'un côté la naissance et donc la vie, de l'autre le cancer et le risque de mort (18). Toute annonce de pathologie grave pendant la grossesse, et notamment une annonce de cancer, peut avoir des répercussions néfastes et durables pour la mère. En effet, la grossesse est une période où la femme est plus fragile des points de vue somatique et psychologique (19).

La sage-femme est le professionnel de santé qui se trouve au premier plan tout au long du parcours de la grossesse chez la femme enceinte. L'accompagnement par la sage-femme se fait aussi bien en période prénatale, per-natale que post-natale. Bien que la situation de cancer associé à la grossesse fasse partie du suivi pathologique, ces femmes enceintes seront tout de même inévitablement amenées à rencontrer une sage-femme durant cette période difficile.

La rareté de ce phénomène hors du commun explique sans aucun doute le manque d'études à son sujet. Toutefois, l'accompagnement par la sage-femme d'une patiente enceinte atteinte de cancer semble plus que jamais essentiel dans cette situation, d'où l'intérêt professionnel de l'étude de ce sujet spécifique. Entre obstétricien et oncologue, la sage-femme pourra apporter à ces patientes une autre forme de soutien, de disponibilité et de réconfort. C'est donc en raison de la rareté du phénomène et du manque de recherches et de connaissances le concernant qu'il nous a semblé primordial d'étudier ce sujet, qui sera de plus en plus présent dans nos maternités dans les années futures.

A l'aide d'analyses de plusieurs articles scientifiques, l'objectif de ce mémoire sera de chercher à savoir quels sont les impacts psychologiques d'un diagnostic de cancer associé à la grossesse.

METHODOLOGIE GENERALE

1. Objectif du projet

L'objectif principal de ce mémoire est d'analyser la littérature existante afin de trouver quels sont les impacts psychologiques d'un diagnostic de cancer associé à la grossesse.

2. Banques de données interrogées

Les banques de données suivantes ont été interrogées afin de réaliser une recherche complète sur le sujet :

- PubMed
- Cochrane Library
- CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature)
- Cairn
- PsycINFO
- PsycARTICLES
- Psychology and Behavioral Sciences Collection
- Springer Reviews

3. Analyse de la littérature

3.1 Termes MeSH (Medical Subject Headings)

Le site internet MeSH Inserm a été utilisé pour trouver les mots clés de recherche en termes MeSH, afin d'interroger de façon plus efficace les bases de données spécialisées en santé. Ce site nous a aussi permis de traduire ces descripteurs français en anglais :

- « Cancers » traduit par « Neoplasms »
- « Grossesse » traduit par « Pregnancy »
- « Psychologie » traduit par « Psychology »

3.2 Délimiter la stratégie

Des filtres de recherche ont été appliqués afin d'obtenir les résultats les plus pertinents possibles :

- **Articles** : textes intégraux et abstracts disponibles, accessibles librement depuis la bibliothèque de l'Environnement Numérique de Travail (ENT) de l'Université de

Bordeaux. La présence de l'abstract a été primordiale pour évaluer la concordance des articles avec le sujet ainsi que leurs qualités.

- **Période** : de Janvier 2005 à Décembre 2015. Nous avons choisi une période limitée malgré la faible abondance de la littérature à ce sujet car les résultats au-delà des dix dernières années étaient trop abondants et surtout hors sujet.
- **Langues** : anglaise et française.
- **Délimitation géographique des populations étudiées** : aucune délimitation géographique.
- **Sujets** : humains.

À ces filtres se sont ajoutés des critères d'inclusion et d'exclusion.

Critères d'inclusion :

- Tous types d'articles et tous types d'études,
- Cancer diagnostiqué pendant la grossesse ou dans l'année suivant l'accouchement,
- Impact psychologique du cancer pendant la grossesse sur la grossesse en elle-même,
- Impact psychologique du cancer pendant la grossesse sur la relation conjugale et sur la relation parent/enfant,
- Attitudes des professionnels de santé face à un cancer chez une patiente enceinte.

Critères d'exclusion :

- Traitement du cancer pendant la grossesse,
- Cancer hors grossesse,
- Articles hors sujets pour d'autres raisons.

3.3 Sélection des articles

Notre sujet étant très récent à ce jour, la littérature le concernant est par conséquent peu abondante mais la sélection des articles se devait d'être rigoureuse et minutieuse pour assurer une certaine qualité à notre travail. La valeur de l'information a été jugée notamment grâce à la présence ou non de l'abstract et à son contenu. La description des résultats de la recherche bibliographique a été reprise sous la forme d'un diagramme de flux présenté à la fin de la méthodologie générale.

3.3.1 Equations de recherche

L'équation de recherche a été construite à partir des termes MeSH et s'est montrée différente selon la base de données interrogée.

- Dans **Pubmed**, une équation de recherche a été créée après avoir ajouté les termes MeSH dans la fenêtre de recherche intitulée « Pubmed search builder ». L'équation était : « Neoplasms/Psychology » [MeSH] AND « Pregnancy » [MeSH]. Après avoir sélectionné les filtres mentionnés plus haut, cette équation a donné 95 résultats.

- Nombre de documents repérés = 95
- Nombre de documents retenus = 3
- Nombre de documents exclus sur le résumé = 4
- Nombre de documents exclus sur le titre = 87

Un autre article a été exclu car il s'agissait de l'analyse de deux articles déjà inclus dans notre travail.

- Dans la **Cochrane Library**, une équation de recherche a été créée après avoir inséré les mots clés (keywords) suivants : « Pregnancy » AND « Neoplasms » AND « Psychology ».

Aucun résultat n'a été trouvé.

- Dans **CINAHL**, une équation de recherche a été créée avec les termes MeSH : « Neoplasms [MeSH] or cancer » AND « Pregnancy complications ». Après avoir appliqué les filtres, cette équation a donné 62 résultats.

- Nombre de documents repérés = 62
- Nombre de documents retenus = 2
- Nombre de documents exclus sur le résumé = 5
- Nombre de documents exclus sur le titre = 55

- Dans **Cairn**, une équation de recherche a été créée avec les mots clés : « Cancer » ET « Grossesse » ET « Psychologie ». Après avoir appliqué les filtres, cette équation a donné 226 résultats.

- Nombre de documents repérés = 226
- Nombre de documents retenus = 1
- Nombre de documents exclus sur le titre = 225

- Une recherche commune a été effectuée dans les trois bases de données **PsycINFO**, **PsycARTICLES** et **Psychology and Behavioral Sciences Collection** afin d'éviter les doublons. L'équation de recherche était : « Neoplasms [MeSH] or cancer » AND « Pregnancy » AND « Psychology ». Après avoir appliqué les filtres, cette équation a donné 45 résultats.

- Nombre de documents repérés = 45
- Nombre de documents retenus = 1
- Nombre de documents exclus sur le résumé = 1
- Nombre de documents exclus sur le titre = 43

- Dans **Springer** (Reviews), le mot clé « Pregnancy » a été recherché dans la revue *Psycho-Oncologie*. 12 résultats ont été obtenus.

- Nombre de documents repérés = 12
- Nombre de documents retenus = 5
- Nombre de documents exclus sur le résumé = 1
- Nombre de documents exclus sur le titre = 5
- Nombre de documents exclus à la lecture du contenu = 1

Parmi les cinq articles retenus, il y en a deux dans lesquels les auteurs ont choisi de faire des revues de la littérature. Bien qu'il n'y ait pas d'étude qui ait été mise en place dans ces articles, nous les avons tout de même sélectionnés car ils apportent des résultats intéressants pour notre travail.

Une veille documentaire a été mise en place et activée dès le début de notre recherche afin de recevoir en temps réel les nouvelles publications concernant notre sujet.

3.3.2 Liste des articles retenus

Les recherches ont toutes été menées entre juillet et octobre 2015. La sélection des articles a été réalisée à l'aide des critères contenus dans la grille de lecture critique du Docteur L. R. Salmi, spécialiste en épidémiologie et biostatistiques, Professeur des Universités et Praticien Hospitalier. Cette grille a été placée en annexe V.

Voici la liste complète et à jour des neuf articles retenus :

1) The psychological impact of a cancer diagnosed during pregnancy: determinants of long-term distress

Auteurs : Henry M, Huang LN, Sproule BJ, Cardonick EH.

Date et source : 2012, *Psycho-Oncology*.

2) Lorsque maternité et cancer se rencontrent : influence réciproque de deux processus antagonistes

Auteurs : Ferrere R, Wendland J.

Date et source : 2013, Psycho-Oncologie.

3) Devenir une mère malade : entre impact de la maladie et nouages familiaux.

Auteurs : Boinon D, Dauchy S, Flahault C.

Date et source : 2009, Psycho-Oncologie.

4) The experience of pregnancy and early motherhood in women diagnosed with gestational breast cancer.

Auteurs : Ives A, Musiello T, Saunders C.

Date et source : 2012, Psycho-Oncology.

5) Psychological management of pregnancy-related breast cancer.

Auteurs: Zanetti-Dällenbach R, Tschudin S, Lapaire O, Holzgreve W, Wight E, Bitzer J.

Date et source: 2006, The Breast.

6) Impact d'un diagnostic de cancer maternel pendant la grossesse sur les interactions précoces parent-bébé.

Auteur : Wendland J.

Date et source : 2009, Psycho-Oncologie.

7) Quand le temps de la maternité croise celui du cancer : réflexions cliniques.

Auteurs : Lof A-F, Riand R, Moro M-R.

Date et source : 2011, La psychiatrie de l'enfant.

8) Prise en charge psycho-oncologique de la jeune femme enceinte confrontée au cancer.

Auteurs : Alder J, Bitzer J, Brédart A.

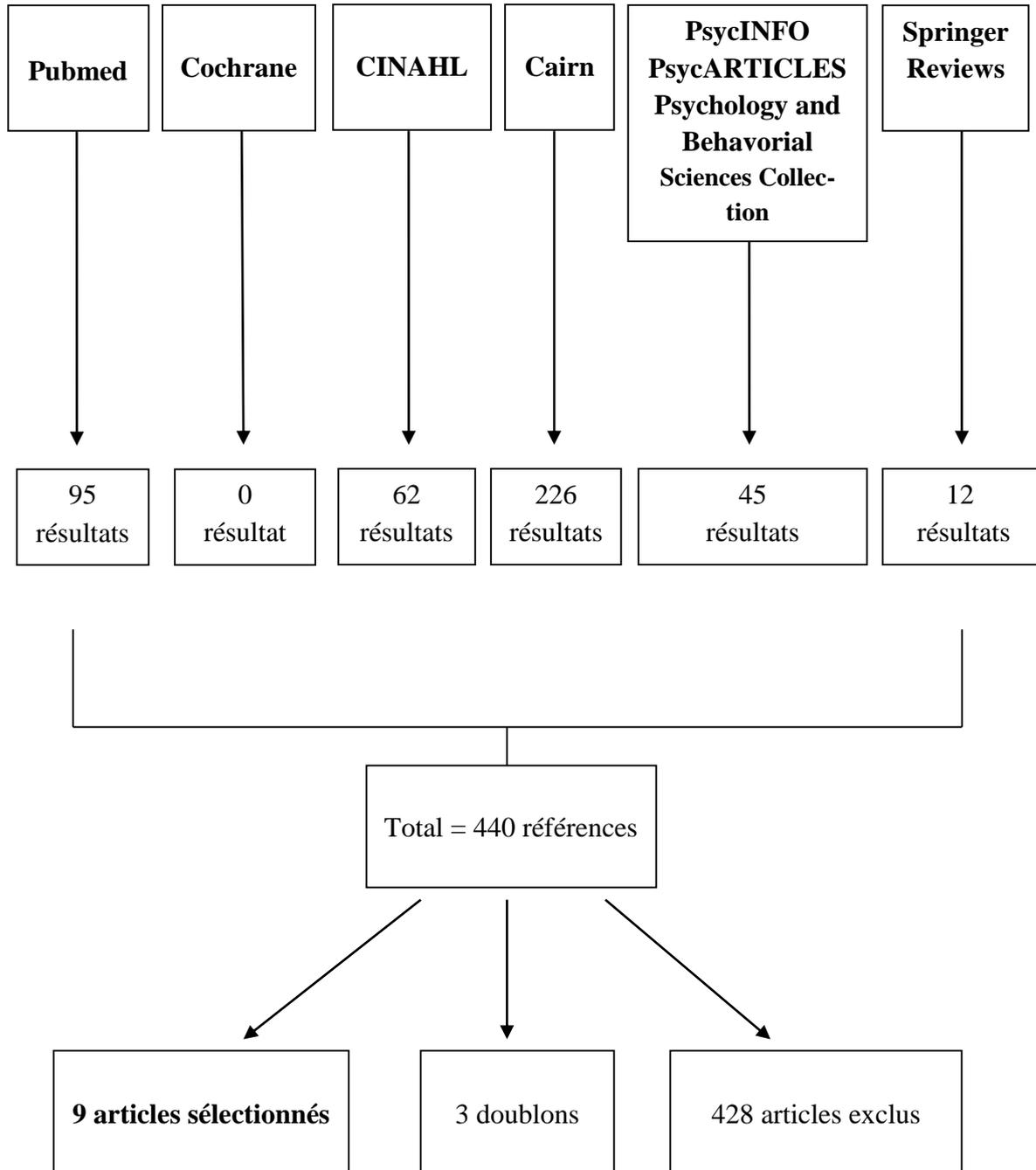
Date et source : 2009, Psycho-Oncologie.

**9) Découverte d'un cancer pendant la grossesse : quand la grossesse s'interrompt !
Deuxième partie : le point de vue du psychanalyste.**

Auteur : Soubieux M-J.

Date et source : 2009, Psycho-Oncologie.

3.3.3 Diagramme de flux



RESULTATS

Article 1: The psychological impact of a cancer diagnosed during pregnancy: determinants of a long-term distress (20). (*Ma traduction : L'impact psychologique d'un diagnostic de cancer pendant la grossesse : facteurs déterminants de la détresse à long terme*)

Les auteurs du premier article que nous allons étudier sont Melissa Henry, psychologue et enseignante à l'Université McGill de Montréal au Canada, Lina N. Huang, Université McGill au Canada, Barbara J. Sproule, Université McGill au Canada et Elyce H. Cardonick, gynécologue-obstétricienne à l'hôpital universitaire Cooper aux Etats Unis.

Objectif : cette étude a pour objectif d'explorer les variables associées à la détresse psychologique à long terme chez les femmes après un diagnostic de cancer pendant la grossesse.

Méthode : dans cet article, il s'agit d'une étude quantitative qui a été réalisée pour pallier au manque de recherches sur le sujet et les auteurs justifient cela clairement dans leur introduction. Le résumé de l'article apporte déjà un certain nombre de résultats informatifs. Pour la réalisation de cette étude, les patientes se sont inscrites volontairement (au niveau international) entre le 1^{er} août 1995 et le 1^{er} septembre 2008 sur un registre créé spécialement pour l'étude par l'un des auteurs, Elyce H. Cardonick. Ce registre s'intitule le Registre du Cancer et de la Grossesse (The Cancer and Pregnancy Registry).

Les femmes étaient éligibles à l'étude si leur cancer avait été diagnostiqué dans la période entre leurs dernières menstruations et soit un accouchement, soit une fausse couche, soit une interruption de grossesse. Il n'y avait pas d'autre critère d'inclusion ou d'exclusion pour la sélection des patientes dans cette étude. Les données ont été collectées grâce à l'examen des dossiers médicaux, à la participation des médecins des patientes, et via des questionnaires auto-administrés que les patientes ont remplis. Ces données, en plus des questionnaires psychologiques, comportaient des détails sur les conséquences de l'accouchement, sur le traitement reçu pendant la grossesse et sur le suivi des patientes sur plusieurs années après l'accouchement. La présence de ces données spécifiques est due au fait que l'objectif premier de la création du registre était d'observer les conséquences d'un diagnostic de cancer et du traitement pendant la grossesse ainsi que les issues maternelle, foétale, et néonatale, y compris l'impact de l'exposition in utéro à la chimiothérapie.

Les deux questionnaires psychologiques utilisés dans cette étude sont la version révisée de l'Impact of Event Scale (IES), c'est-à-dire l'Echelle d'Impact de l'Événement, et le Brief Symptom Inventory (BSI), l'Inventaire Rapide des Symptômes.

L'Impact of Event Scale Revised (IES-R) est un questionnaire comprenant 22 items qui mesure la détresse subjective d'une personne après un événement stressant. Il comporte trois sous-échelles : l'intrusion, l'évitement et l'hypervigilance.

Le BSI est un questionnaire comprenant 18 items, mesurant les niveaux de détresse dans les trois sous-échelles suivantes : l'anxiété, la dépression et la somatisation.

Les autres données ont aussi été collectées par le biais de questionnaires. Ces données comprenaient des éléments sociodémographiques, des informations liées au cancer, à la grossesse, à la naissance, au traitement du cancer et enfin des informations sur l'état de santé de la mère et de l'enfant au moment de remplir le questionnaire. Les données ont été analysées grâce au Programme Statistique pour les Sciences Sociales (SPSS) version 18.0. Différents tests ont été utilisés et calculés sur informatique afin de déterminer les associations entre le niveau de détresse (mesuré par l'IES-R et le BSI) et les autres variables mentionnées ci-dessus.

Résultats : 74 femmes ont rempli l'IES-R et le BSI-18, en moyenne 3,8 ans après leur diagnostic de cancer.

D'après le premier tableau représentant les niveaux de détresse ainsi que les caractéristiques sociodémographiques et médicales des femmes diagnostiquées d'un cancer pendant la grossesse, la détresse clinique importante est définie comme un score supérieur à 19 sur l'échelle de l'IES-R, et comme un score supérieur à 63 sur l'échelle du BSI-18.

Dans cette étude, 51.5% des femmes ont témoigné d'un haut niveau de détresse clinique sur l'échelle de l'IES-R, et 20.9% des femmes ont présenté un haut niveau de détresse clinique selon l'échelle du BSI-18.

Sur l'échelle IES-R, la détresse de ces femmes était surtout vécue à travers des pensées intrusives plutôt que par l'évitement ou l'hypervigilance. Sur l'échelle BSI-18, leur détresse était surtout due à l'anxiété et à la somatisation, plutôt qu'à la dépression.

Le deuxième tableau disposé dans l'article représente les variables liées aux scores sur l'IES-R et le BSI-18 chez des femmes diagnostiquées d'un cancer pendant la grossesse. Ce tableau montre que les femmes avaient un risque plus élevé de détresse à long terme sur l'échelle IES-R si elles n'avaient pas reçu d'aide médicale à la procréation, s'il leur avait été conseillé d'interrompre la grossesse, si elles avaient eu un bébé prématuré ou si elles avaient subi une chirurgie après la fin de la grossesse.

Toujours d'après ce deuxième tableau, les femmes ont obtenu un plus haut score sur le BSI-18 si elles avaient eu une césarienne, si elles avaient eu un bébé perdant plus de 10% de son

poids, si elles n'avaient pas produit de lait en quantité suffisante pour un allaitement maternel ou si elles vivaient à ce moment-là une rechute du cancer.

Les auteurs donnent la définition suivante de la détresse selon le National Comprehensive Cancer Network (NCCN) : « *La détresse est une expérience émotionnelle multifactorielle et désagréable de nature psychologique (cognitive, comportementale, émotionnelle), de nature sociale et / ou spirituelle qui peut avoir un lien avec l'aptitude à se battre de façon efficace contre le cancer, ses symptômes physiques et son traitement. La détresse s'étend le long d'un continuum, partant de sentiments normaux et communs de vulnérabilité, et allant de la tristesse à la peur de problèmes qui peuvent devenir invalidants comme la dépression, l'anxiété, la panique, l'isolement social, et les crises existentielles et spirituelles* » (définition que nous avons traduite). En moyenne, les femmes qui ont participé au Registre du Cancer et de la Grossesse ont montré d'importants niveaux de détresse sur les questionnaires de l'IES-R et du BSI-18, suggérant l'impact important et à long terme d'un diagnostic de cancer pendant la grossesse. Le nombre de patientes identifiées comme cliniquement en détresse (jusqu'à 51.5% sur l'échelle IES-R) était plus élevé que les 33% trouvés chez les patientes non enceintes atteintes d'un cancer du sein (organe le plus fréquemment atteint) au moment du diagnostic et également plus élevé que les 15% trouvés chez ces patientes non enceintes un an après le diagnostic, d'après l'étude de Burgess et ses collaborateurs réalisée en 2005 (21). L'objectif de l'étude de Burgess utilisée dans cet article était d'examiner la prévalence et les facteurs de risque de dépression et d'anxiété dans les cinq années suivant le diagnostic chez des femmes (non enceintes) atteintes précocement de cancer du sein. Cela montre donc que les femmes enceintes sont particulièrement disposées à réagir avec de plus importants niveaux de détresse lorsqu'on leur diagnostique un cancer.

Les auteurs exposent clairement les limites de leur étude et concluent en rappelant les variables qui font que les femmes enceintes sont plus à risque de subir une détresse à long terme lors d'un diagnostic de cancer :

- Ne pas avoir eu d'assistance à la procréation (car celles qui ont déjà reçu une aide à la fertilité accentuent le sens central qu'elles attachent à la grossesse dans leur vie).
- Avoir été conseillée de faire une interruption de grossesse (décider de continuer une grossesse contre l'avis médical peut être un choix très stressant).
- Avoir subi une césarienne (rétablissement plus long et donc difficultés à s'occuper de ses enfants).
- Avoir eu un bébé prématuré (stress augmenté).

- Avoir eu une production insuffisante en lait maternel (l'échec peut conduire à des sentiments de culpabilité car l'allaitement maternel est mis en avant comme le choix le plus sain).
- Avoir une rechute actuelle du cancer (45% des femmes qui vivent une rechute du cancer du sein manifestent des signes de dépression et/ou d'anxiété dans les 3 mois après le diagnostic de la rechute selon l'étude de Burgess et ses collaborateurs de 2005).
- Avoir eu une chirurgie après l'accouchement (comme pour la césarienne, rétablissement plus long).

Article 2 : Lorsque maternité et cancer se rencontrent : influence réciproque de deux processus antagonistes (18).

Rachel Ferrere, psychologue clinicienne, doctorante et coordinatrice de la Cellule de Recherche et d'Enseignement en Psychologie (CREPSY) et Jaqueline Wendland, maître de conférences en psychopathologie, sont les auteurs de l'article que nous allons étudier.

Objectif : les auteurs ont voulu examiner l'influence réciproque entre l'ajustement à la maladie du cancer et le devenir mère.

Méthode : dans leur article, les auteurs ont fait dans une première partie une brève revue de la littérature puis elles ont présenté deux cas cliniques, issus de leur Etude psychologique des Cancers Associés à La Grossesse (EHOALG), toujours en cours au moment de la publication de cet article (2013). La population de leur étude est la suivante : des femmes enceintes atteintes d'un cancer en période périnatale. Le résumé n'apporte pas de résultat informatif. Nous avons choisi de nous intéresser plus particulièrement à l'étude EHOALG présentée dans cet article, réalisée par les auteurs au vu du manque d'études systémiques et contrôlées sur le sujet. Les objectifs de cette étude EHOALG sont d'évaluer l'impact psychopathologique de la découverte d'un cancer en période périnatale, d'évaluer l'impact de la maladie sur le processus de maternalité et enfin d'évaluer l'impact de la parentalité récente sur les processus d'ajustement à la maladie.

Cette étude quantitative réalisée en France a amené les auteurs à comparer trois groupes : un groupe principal de femmes atteintes de cancer en période périnatale, un groupe de femmes jeunes atteintes de cancer hors période périnatale et un groupe de femmes enceintes en bonne santé. Les variables étudiées auprès de ces femmes sont le niveau de dépression, le niveau d'anxiété, le niveau de stress perçu, les processus d'ajustement à la ma-

ladie et le vécu de la parentalité. Toutes ces variables ont été évaluées sur des échelles différentes. En attendant les résultats finaux de l'étude, les auteurs ont choisi de présenter deux cas cliniques issus de leurs entretiens pour tenter de mettre en évidence l'influence réciproque qui existe entre maternalité et ajustement à la maladie.

Résultats : le premier cas clinique rapporté est celui d'une patiente de 33 ans, cadre administratif, nullipare, à qui un diagnostic de cancer du sein a été fait au début du neuvième mois de grossesse. Plusieurs sentiments ont été ressentis et décrits par cette patiente. Le premier a tout d'abord été la sidération suite à l'annonce du diagnostic. Ensuite cette patiente a ressenti une grande anxiété concernant la santé de son bébé. Enfin, dans un autre temps, elle a banalisé sa maladie. L'accouchement a été déclenché rapidement afin de débiter la chimiothérapie. En post partum, c'est un sentiment d'ambivalence qui a fait son apparition, et ce sentiment était dû au fait de devoir se rendre disponible psychologiquement pour s'adapter au bébé mais aussi à la nécessité de gérer l'épreuve de la maladie. Les effets secondaires des traitements ont amené la patiente vers un sentiment de défaillance en ce qui concerne ses fonctions de mère. Ce sont donc les sentiments d'anxiété et de dépression qui ont rapidement pris leur place chez elle, ce qui a inévitablement entraîné une adaptation aux traitements plus difficile. Les auteurs ont constaté que lorsque la patiente est devenue capable de s'occuper de sa fille sans contrainte physique, les sentiments dépressifs ont disparu et cela a entraîné un meilleur ajustement psychique aux traitements. Cependant, chez cette patiente, le fait d'avoir ressenti que son enfant ait besoin d'elle, qu'il en soit dépendant, a fait écho à une angoisse de séparation (potentiellement causée par la mort). Il est important de noter que dans ce cas précis, bien que le processus de maternalité ne s'interrompe jamais malgré la maladie, il est amplement perturbé par les différents états psychiques de la mère, états qui sont liés aux différentes étapes du cancer. Et inversement, il est tout aussi important de noter que l'ajustement à la maladie (dont l'adaptation aux traitements) chez cette patiente dépendait de son état psychique, qui lui était en lien avec le processus de maternalité (le fait de pouvoir s'occuper physiquement de sa fille).

Le deuxième cas clinique proposé par les auteurs de cet article est celui d'une patiente de 30 ans, cadre commerciale, nullipare, à qui un diagnostic de cancer du sein a été fait au septième mois de grossesse. Le premier sentiment de cette patiente suite à l'annonce du diagnostic a été l'angoisse. Puis très vite la patiente a banalisé la maladie et fait un déni quant au risque de récurrence et de mort. Bien que les effets secondaires des traitements aient été banalisés et de ce fait bien vécus, la patiente a montré des signes de fatigue importants

qui ne lui ont pas permis d'apporter les premiers soins à son enfant. A la différence du premier cas, ici le processus de maternalité a été interrompu de par l'absence de soins apportés à l'enfant par sa mère. En effet, c'est la grand-mère de l'enfant qui s'est occupée de lui.

La patiente n'ayant pas été exposée aux limites de son rôle de maternage, les mécanismes de défense qu'elle avait mis en place au départ, tels le déni et la banalisation, ont été maintenus et ont favorisé un meilleur ajustement aux traitements de la maladie. Cependant, lorsque la patiente s'est retrouvée capable de reprendre sa place de mère et de s'occuper de son enfant, un sentiment de culpabilité a fait surface et des difficultés sont survenues dans la relation avec son enfant. La banalisation et le déni se sont vus balayés par l'anxiété et par l'angoisse de la séparation, du risque de récurrence et de mort.

La discussion de cet article ne présente pas les limites de l'étude mais reprend bien les principaux résultats mis en évidence par les auteurs.

Après avoir fait le bilan de ces deux cas cliniques, les auteurs sont arrivées à la conclusion selon laquelle le nouveau statut de mère ne peut être investi en même temps que le nouveau statut de malade, et inversement. De plus, l'adaptation au traitement du cancer et le maintien normal des défenses psychiques ne peuvent se faire correctement qu'au prix d'une interruption temporaire du processus de maternalité (comme dans le cas clinique 2). D'après les auteurs, il existe donc bien une influence réciproque probable entre le processus de maternalité et le processus d'ajustement à la maladie. Par conséquent, l'idée qu'il faudra retenir de cet article est que l'accompagnement des femmes atteintes d'un cancer en période périnatale nécessite un soutien solide sur le plan social.

Pour aller plus loin dans notre travail de recherche et de réflexion, et étant extrêmement intéressés par les résultats de l'étude ECHOCALG qui a fait l'objet de la thèse en psychologie de Madame Ferrere, nous sommes entrés en contact avec elle. Madame Ferrere a soutenu sa thèse le 13 novembre 2015 à l'Université Paris Descartes, et il est clair que les résultats de son étude n'auraient pas été publiés avant la fin de notre travail. Après plusieurs échanges, Madame Ferrere a accepté de nous envoyer son travail. Nous allons maintenant résumer les résultats de son étude dirigée par Madame Wendland (Ferrere R, Les enjeux psychologiques de la maladie cancéreuse chez la femme en période périnatale. Thèse de psychologie. 2015).

Rachel Ferrere et Jaqueline Wendland ont posé de nombreuses hypothèses de départ dont la moitié a été rejetée, certaines partiellement validées et d'autres totalement validées. Voici trois tableaux récapitulatifs de leurs hypothèses ainsi que de leurs résultats, que nous avons réalisés à partir de l'étude de Madame Ferrere.

Dans le premier tableau, le groupe des femmes atteintes d'un Cancer Associé à La Grossesse (CALG) est comparé au groupe des mères en bonne santé.

Hypothèses	Groupe CALG vs Groupe mères en bonne santé
Hypothèse 1 : Difficultés dans le processus de maternalité	Pas de différence significative
Hypothèse 1A : Score de représentation de soi en tant que mère	Pas de différence significative
Hypothèse 1B : Facilité du rôle de mère	Pas de différence significative
Hypothèse 3A : Niveau de dépression	Pas de différence significative
Hypothèse 3B : Niveau d'anxiété-état	Plus élevé dans le groupe CALG
Hypothèse 3C : Niveau de stress perçu	Plus élevé dans le groupe CALG

Dans le deuxième tableau, le groupe des femmes atteintes d'un CALG est comparé au groupe des femmes ayant un cancer hors période périnatale.

Hypothèses	Groupe CALG vs Groupe cancer hors période périnatale
Hypothèse 2 : Difficultés dans le processus d'ajustement à la maladie cancéreuse	Plus nombreuses dans le groupe CALG
Hypothèse 2A : Niveau de détresse	Plus élevé dans le groupe CALG
Hypothèse 2B : Niveau d'esprit combatif	Plus faible dans le groupe CALG
Hypothèse 3A : Niveau de dépression	Pas de différence significative
Hypothèse 3B : Niveau d'anxiété-état	Plus élevé dans le groupe CALG
Hypothèse 3C : Niveau de stress perçu	Plus élevé dans le groupe CALG

Enfin, dans le troisième tableau, le groupe des femmes atteintes d'un CALG en cours de traitement est comparé au groupe des femmes atteintes d'un CALG en rémission.

Hypothèses	Groupe CALG en cours de traitement vs Groupe CALG en rémission
Hypothèse 4 : Difficultés dans le processus de maternalité	Pas de différence significative
Hypothèse 4A : Score de positivité de représentation de soi en tant que mère	Pas de différence significative
Hypothèse 4B : Facilité du rôle de mère	Pas de différence significative
Hypothèse 5A : Niveau de détresse	Plus élevé chez le groupe CALG en cours de traitement
Hypothèse 5B : Niveau d'esprit combatif	Pas de différence significative
Hypothèse 6A : Niveau de dépression	Pas de différence significative
Hypothèse 6B : Niveau d'anxiété-état	Plus élevé chez le groupe CALG en cours de traitement
Hypothèse 6C : Niveau de stress perçu	Pas de différence significative

Les hypothèses 1 et 4 ont été rejetées donc :

- Les mères en situation de CALG ne présentent pas plus de difficultés dans le processus de maternalité que les mères en bonne santé.
- Les femmes en rémission d'un CALG ne présentent pas dans les 5 années qui suivent la fin du traitement moins de difficultés dans le processus de maternalité que les femmes CALG en cours de traitement.

L'hypothèse 2 a été validée donc :

- Les femmes en situation de CALG présentent plus de difficultés dans le processus d'ajustement à la maladie cancéreuse que les femmes ayant un cancer hors période périnatale.

Les hypothèses 3, 5 et 6 ont été partiellement validées donc :

- Les femmes étant en situation de CALG présenteraient davantage d'états émotionnels négatifs que les mères en bonne santé d'une part et que les femmes ayant un cancer hors période périnatale d'autre part.

- Les femmes en rémission d'un CALG présenteraient dans les 5 années suivant la fin du traitement moins de difficultés dans l'ajustement à la maladie que les femmes CALG en cours de traitement.
- Les femmes en rémission d'un CALG présenteraient dans les 5 années suivant la fin du traitement moins d'états émotionnels négatifs que les femmes CALG en cours de traitement.

Nous nous rendons compte que les mères du groupe CALG ne présentent pas plus de difficultés dans le processus de maternalité que les mères en bonne santé, alors qu'elles présentent plus de difficultés dans le processus d'ajustement à la maladie cancéreuse que les femmes ayant un cancer hors période périnatale. Ainsi, comme le souligne Rachel Ferrere dans sa thèse, « ce qui semble servir le processus de maternalité défavorise le processus d'ajustement à la maladie », car « le déni de la maladie est positivement corrélé à la facilité du rôle maternel ». Cette constatation nous renvoie au résultat de leur article de 2013 que nous avons étudié, et dans lequel les auteurs présentaient deux cas cliniques de leur étude ECHOCALG. Ce qui confirme qu'il existe une influence réciproque entre le processus de maternalité et le processus d'ajustement à la maladie et qu'il s'avère impossible pour ces femmes de gérer correctement et psychiquement ces deux processus en même temps.

Article 3 : Devenir une mère malade : entre impact de la maladie et nouages familiaux (22).

Diane Boinon, psychologue clinicienne et docteur en psychologie, Sarah Dauchy, psychiatre, et Cécile Flahault, psychologue clinicienne et maître de conférences en psychopathologie, sont les auteurs du prochain article.

Objectif : les auteurs ont voulu illustrer et discuter les différents axes de prise en charge psychologique chez une femme enceinte atteinte d'un cancer.

Méthode : pour ce faire, les auteurs ont rapporté un cas clinique, l'échantillon est donc de convenance. Le résumé de l'article n'apporte pas de résultat informatif.

Ce cas clinique concerne une patiente de 36 ans, enceinte de 6 mois et atteinte d'un sarcome de la hanche métastatique au niveau pulmonaire. L'introduction de l'article n'évoque pas les lacunes dans les connaissances du thème d'étude de cet article et ne présente pas de revue synthétique de la littérature permettant de justifier la question posée.

Pour atteindre leur objectif, les auteurs ont recueilli les informations sur le parcours de la patiente issues des entretiens réguliers avec la psychologue et le psychiatre.

Résultats : la patiente a rencontré la psychologue pour la première fois au Centre de lutte contre le cancer. Le suivi a duré deux ans (au cours des traitements, en phase de rémission et lors de sa rechute). Le premier travail de la psychologue a consisté à faire prendre conscience à la patiente des retentissements psychologiques et relationnels que le cancer engendrait chez elle pendant la grossesse. L'accouchement de la patiente a été déclenché pour débiter les traitements. Cette situation a provoqué une angoisse de séparation et de mort chez la patiente. Elle se sentait coupable d'être une mère malade mais aussi d'être une fille malade (car sa propre mère avait eu un cancer quelques années auparavant). La perte de contrôle dans les tâches du quotidien (la patiente, étant limitée physiquement, devait demander de l'aide à son entourage pour s'occuper de son enfant) a plongé la patiente dans un état dépressif et une certaine tendance au repli s'est faite ressentir. C'est à ce moment-là qu'elle a rencontré un psychiatre qui a mis en place un traitement antidépresseur. Le travail avec la psychologue et le psychiatre a fait remonter le passé de la patiente. Son père n'ayant pas soutenu sa mère dans l'épreuve du cancer, la patiente a donc immédiatement considéré que son conjoint ne la soutenait pas et lui attribuait donc une partie de ses propres difficultés à investir son enfant. Le travail des professionnels a été de replacer cette plainte conjugale dans l'histoire familiale de la patiente.

Les conflits se sont ensuite répétés et intensifiés au sein du couple, le conjoint se sentant complètement exclu. Le psychiatre leur a alors proposé des entretiens de couple, dont l'objectif était de se centrer sur la préservation de la relation de chacun avec l'enfant. Le fait de devenir père pour le conjoint de la patiente n'était pas facile car il avait été abandonné par son propre père. La patiente a continué à se plaindre de l'aide insuffisante de son conjoint et a décidé de le quitter. Les entretiens de couple se sont tout de même poursuivis, permettant des échanges plus respectueux et moins agressifs. Peu de temps après, la patiente a rechuté de son cancer. Elle a ensuite décidé d'arrêter ses traitements antidépresseurs et d'espacer les rencontres avec la psychologue. La patiente s'est rapidement rendue compte des conséquences de sa décision (moins d'envie de jouer avec son enfant, retour de la culpabilité, réactualisation des difficultés conjugales). Elle a recommencé son traitement antidépresseur et a été hospitalisée au domicile de ses parents. Le père de l'enfant a lui-même demandé de l'aide sur le plan psychologique car la patiente avait décidé d'arrêter les entretiens de couple. La patiente est décédée quelques mois plus tard, son enfant étant âgé de 18 mois.

Les résultats montrent la nécessité d'une prise en charge globale, qui s'adapte au fur et à mesure de l'avancement de la grossesse et de la maladie, ainsi qu'à l'état psychologique de

la patiente et de son conjoint. Ce suivi au niveau psychologique s'est fait en parallèle des soins médicaux.

Les auteurs ne présentent pas les limites de leur étude mais font un résumé des principaux résultats à retenir. C'est donc une prise en charge multidisciplinaire qui est vivement conseillée, et qui doit s'adapter au cadre des soins oncologiques. En effet, tout au long de son parcours la patiente a rencontré l'équipe de gynécologie-obstétrique, l'équipe de réanimation néonatale, l'oncologue, les soignants, l'équipe d'analgésie, l'assistante sociale, l'équipe mobile de soins palliatifs, en plus de la psychologue et du psychiatre. Afin d'accompagner au mieux ce couple dans cette étape de leur vie, les intervenants (psychologue et psychiatre) ont tenté de recueillir un maximum d'informations sur l'histoire personnelle de chaque membre du couple, afin d'établir une continuité entre la crise qui a eu lieu à ce moment-là et les difficultés antérieures rencontrées par chacun. L'axe majeur de cette prise en charge au niveau psychologique a été de ne pas essayer de traiter directement la plainte due à la maladie venue s'interposer dans leur projet de naissance, mais de faire ressortir en quoi et comment cette maladie était venue bouleverser leur couple.

Les auteurs font aussi la conclusion qu'il est indispensable d'établir une hiérarchisation entre les enjeux afin d'optimiser la prise en charge d'une patiente enceinte atteinte d'un cancer, ainsi que de son conjoint.

Article 4 : The experience of pregnancy and early motherhood in women diagnosed with gestational breast cancer (23). (*Ma traduction : L'expérience de la grossesse et de la maternité chez les femmes diagnostiquées d'un cancer du sein gestationnel*)

Angela Ives, de l'Unité de Recherche et d'Evaluation du Cancer et du Soin Palliatif à l'Université d'Australie de l'Ouest, Toni Musiello, chirurgien au centre médical Queen Elizabeth II, de l'Université d'Australie de l'Ouest, et Christobel Saunders, chirurgien au centre médical Queen Elizabeth II, de l'Université d'Australie de l'Ouest, sont les auteurs de ce prochain article que nous allons étudier.

Objectif : cette étude a pour objectif de décrire les expériences des femmes diagnostiquées d'un cancer du sein pendant ou peu de temps après leur grossesse et d'identifier les expériences psychologiques des femmes ayant un cancer du sein gestationnel. Le résumé de l'article apporte de nombreux résultats informatifs et la question posée est clairement justifiée dans l'introduction.

Méthode : les auteurs ont choisi de réaliser une étude qualitative rétrospective. Ils ont sélectionné leurs patientes grâce à une base de données appartenant à une autre étude que la leur, la population étant uniquement australienne.

Les critères d'inclusion pour être éligible à l'étude étaient d'avoir été diagnostiquée d'un cancer du sein gestationnel (cancer pendant la grossesse ou dans les 12 mois après l'accouchement) après le 1^{er} janvier 1982, d'avoir moins de 45 ans au moment du diagnostic et de parler anglais couramment. Au total, 65 femmes ont reçu une lettre d'invitation à l'étude accompagnée d'un livret d'information. En se basant sur les précédentes études, il a été estimé qu'environ 15 femmes serait un échantillon représentatif.

C'est la méthode des entretiens semi-directifs qui a été utilisée pour cette étude. Toutes les femmes ont donné leur accord pour que les entretiens soient enregistrés. 15 entretiens ont été réalisés entre août 2005 et mars 2008 par une infirmière chercheuse dans le domaine du cancer du sein. Les questions de l'entretien ont été rédigées par les chercheurs de l'étude.

Ce sont également eux qui ont analysé le contenu des entretiens, et qui ont fait émerger de cette analyse différents thèmes. Sur les 65 femmes, 15 ont donné une réponse positive à la lettre d'invitation et ont accepté de contribuer à l'étude. Les entretiens ont duré une heure en moyenne.

Résultats :

Le premier thème est l'expérience d'un cancer du sein gestationnel.

Quatre notions ont émergé des entretiens : l'anxiété, le conflit de décision, l'isolement et le soutien social. Néanmoins seuls l'anxiété et le conflit de décision sont présentés dans l'article. Selon les femmes interrogées, leur anxiété était surtout due au conflit entre leur inquiétude pour la santé de leur bébé et leur inquiétude concernant leur propre santé. Cette sensation d'anxiété a surgi à plusieurs moments : lors du diagnostic de la maladie, lors de la décision à prendre concernant la grossesse, le traitement, et la gestion des intérêts concurrentiels entre l'oncologue et l'obstétricien. De plus, ces femmes ont fait part d'une grande anxiété au moment de l'accouchement et concernant l'allaitement de leur enfant.

Le deuxième thème concerne la maternité et le conflit du diagnostic de cancer du sein pendant la grossesse.

Le degré d'importance que chaque femme donnait à la maternité dépendait de plusieurs facteurs. Le facteur le plus important était le fait d'être déjà mère ou pas. Pour les femmes ayant déjà eu des enfants avant cette grossesse, la priorité était de recevoir le meilleur traitement contre le cancer du sein afin de survivre le plus longtemps possible et voir leurs enfants grandir. Cependant, cela entraînait un conflit car ces femmes étaient déchirées entre le fait

de recevoir le meilleur traitement possible et la volonté de protéger leur fœtus. Au moment du diagnostic, les patientes enceintes pour la première fois ont pensé en priorité à protéger leur fœtus. Cependant, elles ont compris qu'il fallait également mettre des choses en place afin de préserver leur propre santé et cela a donc entraîné un conflit de la même manière. Par conséquent, il y a une tendance chez ces femmes, comme chez toutes les mères, à s'inquiéter pour leurs enfants avant elles-mêmes.

Le troisième thème traite de l'interruption de grossesse.

Sur les 15 femmes présentes dans cette étude, une seule a décidé d'interrompre la grossesse. Néanmoins, même des années plus tard, cette femme ressent toujours un grand sentiment de regret, ainsi qu'une sensation de perte persistante. Elle a déclaré lors de l'entretien que « la douleur ne part pas ».

Le quatrième thème est celui du traitement contre le cancer du sein pendant la grossesse.

Cela a entraîné un sentiment d'anxiété chez les femmes comme nous l'avons vu plus haut. Toutes étaient inquiètes des effets que ce traitement pouvait avoir sur leur fœtus. Certains des examens n'ont pas été bien expliqués à ces patientes ce qui a, selon elles, majoré encore plus cette anxiété.

Le cinquième thème fait référence à la naissance de l'enfant peu de temps après le diagnostic de cancer du sein.

La majorité des femmes ont fait part d'intérêts conflictuels entre l'oncologue et l'obstétricien. Une d'entre elles a même expliqué avoir ressenti un sentiment de tourmente et une certaine détresse émotionnelle lorsque son oncologue a voulu programmer la naissance afin de débiter le traitement pour la mère, tandis que l'obstétricien de son côté a souhaité poursuivre la grossesse pour protéger le fœtus.

Le sixième thème concerne le temps après l'accouchement.

Souvent dans cette situation, l'accouchement est prévu avant terme, ce qui cause un niveau plus important de stress émotionnel et d'anxiété chez ces patientes. Cela est encore aggravé lorsque l'enfant doit être placé en unité néonatale du fait de sa prématurité. Une femme a décrit un sentiment de culpabilité et de responsabilité par rapport à cette situation.

Le dernier thème traite des expériences d'allaitement maternel et d'alimentation au biberon.

Le fait de ne pas pouvoir débiter ou continuer un allaitement maternel à cause du traitement du cancer (en particulier la chimiothérapie) est un facteur de stress additionnel selon ces

patientes. Une femme qui n'a pas été capable d'allaiter a décrit la difficulté d'accepter cette décision forcée.

Les auteurs concluent qu'il y a donc de nombreuses décisions difficiles à prendre pour ces patientes atteintes d'un cancer du sein gestationnel. Néanmoins, les femmes diagnostiquées pendant la grossesse, par rapport à celles diagnostiquées dans le post partum, doivent affronter des facteurs de stress supplémentaires lorsqu'elles sont obligées de prendre des décisions qui affecteront à la fois leur santé et celle du fœtus. C'est l'anxiété et le sentiment de confusion qui ressortent principalement et communément chez ces femmes. Pourtant, elles sont toutes différentes et ont toutes basé leurs décisions sur leurs propres croyances, leurs propres valeurs, et sur le fait de considérer leur famille déjà complète et accomplie ou non. Nous rappelons que dans cette étude la population des femmes était uniquement australienne.

Le soutien et l'accompagnement par des professionnels de santé dans les choix de ces patientes apparaît donc indispensable. Il en est de même concernant les discussions multidisciplinaires, afin que les discours des différents personnels médicaux intervenant auprès d'une même patiente soient en accord et non contradictoires, ce qui pourrait contribuer à diminuer le conflit décisionnel chez ces femmes.

Article 5 : Psychological management of pregnancy-related breast cancer (24). (*Ma traduction : La gestion psychologique d'un cancer du sein lié à la grossesse*)

Rosanna Zanetti-Dällenbach, Sibil Tschudin, Olav Lapaire, Wolfgang Holzgreve, Edward Wight et Johannes Bitzer travaillent au sein du département d'obstétrique et de gynécologie de l'hôpital universitaire de Basel en Suisse et sont les auteurs de cet article.

Objectif : leur étude a pour objectif de discuter la gestion psychologique des patientes enceintes atteintes de cancer du sein.

Méthode : pour cela, les auteurs ont choisi de rapporter un cas clinique mais également des informations provenant de la littérature existante. Aucun résultat n'apparaît dans le résumé. L'article se divise en trois parties que sont : la compréhension du cadre éthique, l'annonce de mauvaises nouvelles et les soins psychosociaux. Les auteurs justifient dans leur introduction que le cancer du sein est le plus fréquent chez les femmes. Pour leur cas clinique, ils ont donc sélectionné une patiente de 32 ans, primigeste, ayant reçu un diagnostic de cancer du sein inflammatoire vers la 15^{ème} semaine de grossesse. Cette patiente avait déjà

subi une tumorectomie au sein gauche cinq mois auparavant. Vers sa 13^{ème} semaine de grossesse, après avoir relevé une autre grosseur dans le même sein, elle a subi une chirurgie pour un abcès, qui s'est révélé en peropératoire être un cancer.

C'est après avoir rencontré plusieurs spécialistes et avoir reçu autant d'avis différents que la patiente a rencontré les auteurs de cet article. Ils l'ont retrouvée confuse, en colère, suspicieuse, horrifiée et choquée à la fois. Elle avait perdu confiance et se méfiait désormais des professionnels de santé.

Résultats :

Comprendre le cadre éthique : les auteurs affirment qu'en tant que médecins, ils ont des obligations légales (ce qu'ils se doivent de faire car la loi les y oblige) et des obligations morales (ce qu'ils se doivent de faire car cela leur semble juste et nécessaire). Leurs obligations morales représentent leurs principes éthiques. Ils reprennent la définition de Beauchamp concernant les principes éthiques appliqués aux pratiques médicales : il s'agit « d'un équilibre au bénéfice du patient et d'un respect pour l'autonomie du patient ». Les objectifs moraux de base des soins en obstétrique sont de protéger et de faire valoir le meilleur dans l'intérêt de la mère et de son fœtus.

Les auteurs soulèvent, dans une situation de cancer du sein chez une patiente enceinte comme dans leur cas clinique présenté ici, des conflits éthiques potentiels tels que :

- Le conflit entre le bénéfice pour la mère et le bénéfice pour l'enfant (la thérapie immédiate et optimale pour la mère pourrait nuire à l'enfant, et retarder le traitement de la mère pour le bien de l'enfant pourrait nuire à la patiente).
- Le conflit du bénéfice du fœtus entre la mère et le médecin (qu'est-ce qui est le mieux pour l'enfant ? Les opinions de la mère et celles du médecin peuvent être différentes au niveau de la perception et de l'acceptation des risques et des problèmes potentiels pour le fœtus).
- Le conflit par rapport à l'autonomie maternelle et à l'obligation du médecin envers le bénéfice de l'enfant (la mère souhaitant une interruption de grossesse pour se protéger par exemple, alors que pour le médecin cette intervention peut ne pas être nécessaire car il juge le risque pour la mère comme acceptable et se sent obligé de protéger le fœtus de l'avortement).

Après de nombreuses discussions avec la patiente et son conjoint, les auteurs se sont rendus compte que la patiente n'était pas correctement informée à propos du pronostic de sa maladie et de l'impact d'une interruption de grossesse sur ce pronostic. Elle n'était pas non plus informée sur l'impact de la chimiothérapie.

Dans ce contexte, une prise de décision mutuelle et un consentement informé étaient impossibles.

L'annonce de mauvaises nouvelles : les auteurs déclarent que l'annonce de mauvaises nouvelles devrait se faire par une (ou plusieurs) personne douée en communication et ayant un haut niveau de compétences biomédicales et psychologiques. Il y a des difficultés supplémentaires chez les patientes enceintes atteintes de cancer du sein (notamment le retard du diagnostic et/ou les recommandations de traitement parfois divergentes) qui peuvent provoquer une perte de confiance de la patiente envers les professionnels médicaux, comme dans le cas présenté ici. Il en ressort donc qu'une relation patiente-médecin stable et de confiance est une condition préalable dans le processus de prise de décision lors de cette situation extrêmement difficile. Dans ce contexte-là, un style de communication centrée sur la patiente sera perçu comme affectif, non dominant, apportant les informations nécessaires et apportant de l'espoir. La patiente sera davantage satisfaite et capable de comprendre les recherches, les pronostics, les risques et les possibilités de traitement.

Les auteurs rapportent que les patients atteints de cancer se rappellent d'approximativement 50% des informations données. Il paraît donc essentiel d'évaluer la possibilité de compréhension des patientes, ainsi que la prise de conscience de leur pronostic.

Les auteurs ont placé dans leur article un premier tableau représentant les recommandations pour l'annonce de mauvaises nouvelles, développé par les professeurs Afaf Girgis (Directrice du groupe de recherche en psycho-oncologie et chef des recherches du Centre pour l'Education et la Traduction de Recherches en Psycho-Oncologie (CONCERT), à l'Institut Ingham, Ecole Universitaire du sud-ouest de Sydney) et Rob Sanson-Fisher (Directeur du Groupe de recherche en comportement social à l'agence du cancer, Université de Newcastle). Voici les points importants à aborder lors de l'annonce de mauvaises nouvelles :

- S'assurer que le moment est adéquat et dans l'intimité
- Evaluer la compréhension de la patiente
- Donner des informations de façon simple et honnête
- Encourager les patientes à exprimer leurs sentiments
- Se donner, ainsi qu'à la patiente, une grande amplitude de temps
- Organiser des rendez-vous et des contrôles réguliers
- Discuter des possibilités de traitement
- Proposer de l'annoncer aux autres (personnes de l'entourage)
- Donner des informations concernant les services de soutien
- Donner les documents d'information

La patiente de ce cas clinique était dans un tel état d'agitation et de tourmente qu'il était impossible de prendre une décision partagée et un consentement informé dans cette situation psychologique. Les médecins (auteurs de l'article) ont donc discuté avec le couple à propos des possibilités de traitement et des effets négatifs attendus pendant la thérapie du cancer du sein. Ils ont aussi discuté de l'impact de la grossesse sur le cours naturel de la maladie et de l'impact de la maladie et du traitement sur la grossesse, et enfin de la naissance et de la vie future de l'enfant. Les auteurs ont appuyé leurs propos sur le fait qu'aucun bénéfice supplémentaire concernant le cours de la maladie ne devait être attendu en interrompant la grossesse.

Afin d'arriver au but de la décision partagée concernant la grossesse, les médecins ont pris en compte les valeurs personnelles de la patiente et celles de son mari comme la religion, le sens de la famille et de la maternité, leur relation personnelle et la relation que la patiente avait avec ses propres parents. La patiente a aussi pu discuter avec un spécialiste du cancer du sein. Toutes ces étapes ont été importantes dans le processus de prise de décision. La patiente a choisi de poursuivre la grossesse et de commencer la chimiothérapie en même temps.

Communiquer les risques et les chances, et le processus de décision partagée : l'information doit être claire, mais pas trop directe. Le langage doit être simple, pertinent, prendre en compte le contexte social et la connaissance générale de la patiente. Les médecins doivent être conscients du fait qu'ils ne sont pas la seule source d'informations de la patiente (internet, livres, confidences amicales...). Par conséquent, les auteurs insistent sur le fait que les professionnels de santé doivent développer une relation de confiance avec la patiente, afin de communiquer les risques de façon efficace. Cependant, communiquer les risques entraîne inévitablement la confrontation des professionnels à des incertitudes importantes. Les auteurs décrivent cette situation comme inconfortable. Il existe aujourd'hui certains outils que l'on peut utiliser pour expliquer les risques à ces femmes. Ils aident la patiente à comprendre la situation dans laquelle elle se trouve.

Les auteurs ont fait paraître ces outils (tirés de deux articles du BMJ (25) (26)) dans leur deuxième tableau :

- Nous ne parlons pas seulement des issues négatives (10 sur 100 vont mourir), mais aussi des issues positives (90 sur 100 seront guéries).
- Au lieu de dire que 30 à 50% des patientes remarquent des effets secondaires nombreux, nous disons qu'entre 3 à 5 patientes sur 10 remarquent des effets secondaires nombreux.

- Nous utilisons un dénominateur commun : au lieu de 1 sur 25 et de 4 sur 50 nous parlons de 4 sur 100 et de 8 sur 100.
- Nous utilisons le risque absolu, les nombres absolus, et évitons le risque relatif qui est plus difficile à comprendre et donc souvent trompeur. Au lieu de dire que les mammographies réduisent les risques de mourir d'un cancer du sein de 25%, nous expliquons que 4 femmes sur 1000 vont mourir d'un cancer du sein sans avoir eu de mammographie, alors que 3 sur 1000 mourront après avoir eu une mammographie. Les mammographies sauvent la vie d'une femme sur 1000 (25% de réduction de risque relatif).
- Nous pouvons utiliser des supports visuels comme des graphiques, des schémas et des statistiques.

D'après O'Connor et ses collaborateurs (27), deux types de décisions cliniques différents peuvent être distingués : les « décisions efficaces » et les « décisions sensibles à une préférence ». Dans la « décision efficace », la preuve scientifique des bénéfices et des possibles conséquences négatives est reconnue. L'aide psychologique dans de telles situations de niveaux de soins peut être courte et la décision qui doit être prise par la patiente est simple. Dans la « décision sensible à une préférence », la preuve scientifique peut ne pas être claire, il peut y avoir de grosses conséquences négatives auxquelles il faut s'attendre, le bénéfice peut être discutable et la décision dépend fortement des valeurs de la personne. Lorsqu'une patiente enceinte est atteinte d'un cancer comme dans le cas clinique présenté ici, nous sommes plutôt dans le cas d'une décision sensible à une préférence.

Selon les auteurs, la prise de décision partagée comprend quatre caractéristiques clés :

- Au moins deux partenaires sont impliqués ;
- Les deux partenaires ont tenté de prendre une décision commune à propos du traitement ;
- Les deux partenaires partagent des informations sur les possibilités de traitement ;
- Ensemble ils arrivent à un consensus en ce qui concerne l'option de traitement la plus préférable.

Les auteurs soulignent que la prise de décision partagée entraîne de nombreux bénéfices comme l'amélioration de la satisfaction de la patiente et l'amélioration des issues cliniques. Il est démontré que les femmes ayant un plus haut niveau d'éducation exigent d'avoir un rôle décisionnel plus important.

Les caractéristiques du soin biopsychosocial : les auteurs déclarent que la patiente enceinte atteinte d'un cancer doit se trouver dans une atmosphère dans laquelle elle se sent

libre de parler de ses chagrins et de ses pensées. L'équipe médicale se doit de prendre au sérieux ses peurs et de s'en occuper afin de l'apaiser du mieux possible. Il est essentiel pour la patiente de sentir que les professionnels sont en accord entre eux et s'occupent de l'élément mère-bébé. Il ne faut pas qu'elle ressente que l'obstétricien s'occupe uniquement de la grossesse et l'oncologue uniquement du cancer.

Les auteurs ne font pas de résumé des principaux résultats et ne présentent pas les limites de leur étude mais concluent avec un tableau où se trouvent les questions et les inquiétudes à aborder pendant le suivi psychologique des patientes enceintes atteintes d'un cancer : vais-je survivre ? Est-ce que la grossesse va rendre la maladie plus agressive ? Pourrais-je accoucher par voie basse ? Est-ce que la maladie et / ou le traitement vont faire du mal à mon enfant ? A quoi ressemblera ma vie si je survis ? Est-ce que la grossesse va me tuer ? Est-ce mieux d'avoir une césarienne planifiée ? A quoi ressemblera le futur à long terme de mon enfant ? Vais-je souffrir ? Est-ce que mes chances de survie seront plus élevées si j'interromps la grossesse ? Est-ce que les consultations obstétriques fréquentes et les examens aux ultrasons peuvent faire du mal à mon enfant ? Est-ce que mes enfants auront des problèmes de santé à cause de mon traitement contre le cancer ? Vais-je mourir ? Et si non, est-ce que la grossesse va gêner le meilleur traitement ? Pourrais-je avoir un enfant après le traitement contre le cancer ? Est-ce que je pourrai vivre pour m'occuper de mon enfant ? Est-ce que la grossesse et l'enfant vont me donner de la force pour combattre la maladie ? Quand pourrais-je à nouveau tomber enceinte ? Est-ce que mon enfant sera à moitié orphelin ?

Article 6 : Impact d'un diagnostic de cancer maternel pendant la grossesse sur les interactions précoces parent-bébé (19).

Jaqueline Wendland, maître de conférences en psychopathologie, est l'auteur de cet article.

Objectif : l'objectif est d'examiner l'impact d'un diagnostic de cancer maternel prénatal sur le couple parental et sur les interactions précoces parent-bébé.

Méthode : le résumé de l'article ne rapporte pas de résultat informatif. Au vu du très faible nombre d'études sur le sujet, c'est à partir de sa propre pratique clinique en petite enfance et en périnatalité que J. Wendland a rédigé cet article.

Résultats : dans un premier temps, les cas suivis en psychothérapie par l'auteur ont montré que la découverte d'une maladie grave comme un cancer au cours de la grossesse peut entraîner une suspension des processus psychiques liés à la parentalité, et parfois de

l'investissement de l'enfant, ainsi que des difficultés dans les premières interactions mère-bébé. Ces dernières sont d'ailleurs souvent marquées par une tonalité anxieuse.

La mère peut ressentir une certaine culpabilité concernant son désir de préserver la grossesse et de devenir mère car elle sait que son pronostic vital peut être engagé et qu'elle risque donc de laisser un enfant orphelin de mère. Cependant, il ressort souvent que le désir de sauver le bébé est plus fort que son propre désir de survivre.

D'autre part, se retrouver avec un diagnostic de cancer pendant la grossesse est une situation qui oblige à faire des choix, tandis que la femme est plutôt dans une situation d'attente, de maturation et de transformation somatique et psychique. En effet, au lieu de laisser libre cours au travail psychique de la grossesse, la femme enceinte doit se lancer dans un combat contre le cancer. Un des choix les plus traumatisants pour le couple est de pratiquer ou non une interruption médicale de grossesse. L'expérience clinique atteste du caractère hautement bouleversant et culpabilisant d'une telle situation et de ses effets durables sur les relations parents-enfant.

J. Wendland précise que l'arrêt de la grossesse même à un stade très précoce constitue un deuil périnatal, qui peut parfois s'accompagner du deuil de la capacité à enfanter (selon le type de traitement). L'auteur rappelle aussi que la chimiothérapie, la radiothérapie et la chirurgie gynécologique ont des impacts sur les grossesses futures lorsque celles-ci sont possibles (fausses couches, menaces d'accouchement prématuré, retards de croissance intra utérins et décès périnataux), et que donc ces futures grossesses envisageables seront à risque obstétrical mais aussi psychologique. Par ailleurs, le fait que l'allaitement soit déconseillé en cas de chimiothérapie peut affecter les premières interactions et le lien d'attachement avec l'enfant que la mère souhaitait allaiter.

Dans sa pratique clinique, le professionnel a observé lors des séances de psychothérapie que les enfants étaient très sensibles à la tonalité du discours de leur mère. En effet, les enfants adoptaient un comportement tantôt consolateur par leurs sourires et vocalises, tantôt discret afin de laisser un temps de parole bénéfique à leur mère.

Dans un autre temps, l'auteur souligne l'importance primordiale d'impliquer le père dans le travail thérapeutique. En effet, dans l'une de ces situations cliniques, le père s'est senti écrasé par les événements, s'est senti différent de sa femme et de son enfant qui avaient vécu l'épreuve dans le même corps. Il est donc essentiel selon J. Wendland d'offrir également un soutien psychologique au père qui se trouve dans une situation difficile, partagé entre le désir de voir naître son enfant et celui de sauver sa femme. Ensuite, il existe chez les parents atteints de cancer la peur de transmettre à leur enfant les gènes liés au risque de

développer un jour la maladie. Cette crainte est naturellement exacerbée lorsque la maladie coïncide avec la grossesse.

Il est certain que la découverte d'un cancer au cours de la grossesse est un événement stressant majeur, durable, et qui est donc hautement anxiogène et dépressif. Des études ont montré que l'anxiété, la dépression et le stress prénataux peuvent retentir sur le développement du fœtus, l'issue obstétricale et néonatale, les interactions précoces mère-bébé et enfin, sur le développement cognitif, psychomoteur et affectif de l'enfant (28) (29). De plus, ces facteurs sont corrélés à une augmentation du risque de fausse couche, de prématurité, d'un faible poids à la naissance et d'une diminution du périmètre crânien (30). Tout cela aura des effets délétères sur les interactions précoces et le développement de l'enfant, ce qui renforcera encore la culpabilité maternelle et donc la dépression.

Nous avons vu que le cancer pendant la grossesse peut générer une naissance prématurée de l'enfant. Ce dernier sera pris en charge en néonatalogie tandis que la mère sera traitée dans un autre service, et cela entraîne de longues périodes de séparation et perturbe les interactions mère-enfant et le lien d'attachement. L'auteur souligne que toute séparation peut être vécue par l'enfant comme un abandon ou une forme de disparition. Les parents se retrouvent en difficulté pour gérer les comportements de l'enfant, et le sentiment de compétence parentale est donc affecté.

Par ailleurs, les professionnels se sont rendus compte que généralement, l'enfant reconnaît très tôt le statut fragile de sa mère malade. Ainsi, l'enfant réprime l'expression de ses besoins afin de ne pas déborder sa mère chez qui il sent l'indisponibilité, et acquiert une certaine maturité plus précoce. D'autres comportements sont aussi observés, certains enfants seront à l'inverse plus agités, plus agressifs, avec des difficultés d'adaptation dans les modes de garde, des troubles du sommeil, ou présenteront possiblement des somatisations touchant le plus souvent la peau et l'alimentation. L'auteur a par exemple observé dans sa pratique des pelades chez les nourrissons en état de carence affective et dont les mères étaient en dépression.

J. Wendland ne décrit pas les limites de son article mais conclut en rappelant que le cancer pendant la grossesse est un événement ayant un impact certain sur l'état psychologique de la mère et de son conjoint, ainsi que sur les interactions parents-enfant. Selon elle, un soutien à la parentalité est donc indispensable à l'installation d'interactions harmonieuses entre les parents et l'enfant.

Article 7 : Quand le temps de la maternité croise celui du cancer : réflexions cliniques (31).

Anne-Françoise Lof, psychologue clinicienne, Raphaël Riand, psychologue clinicien et Marie-Rose Moro, psychiatre, sont les auteurs de cet article.

Objectif : ils se sont donnés pour objectif d'aborder les différents points d'impact de la collusion entre la vie et la mort chez les patientes mais aussi chez les professionnels, et de développer l'idée selon laquelle la relation patientes/soignants sera fortement impactée par les différentes temporalités du parcours.

Méthode : pour ce faire, les auteurs ont réalisé une étude qualitative en recueillant trois témoignages, à l'aide d'entretiens semi directifs. Les critères de sélection des patientes ne sont pas décrits dans l'article mais les trois patientes concernées par cette étude étaient atteintes d'un cancer du sein au moment de leur grossesse ou moins d'un an après leur accouchement. Les auteurs ont choisi de découper l'article en plusieurs parties, représentant les différents domaines touchés par cette situation clinique peu commune.

Résultats :

Le temps du diagnostic : dans les trois exemples présentés dans cet article, le diagnostic a été retardé dans le temps. Ce décalage pourrait être dû, selon les auteurs, à des mécanismes défensifs de mise à l'écart et de déni partagés par les femmes et le corps médical. Or, dans les publications scientifiques où le retard du diagnostic est fréquemment rappelé, celui-ci est toujours attribué aux modifications gravidiques. Seuls les groupes de la Société Française d'Oncologie Gynécologique (SFOG), de la Société Française de Chirurgie Pelvienne (SFCP) et du CNGOF du 16 décembre 2008 font le lien entre le retard du diagnostic et le déni partagés en déclarant que « lors de la grossesse ou de l'allaitement, [...] le diagnostic de cancer est rarement envisagé tant par le praticien que par la patiente ».

Le dispositif d'annonce : comme le soulignent les auteurs, l'annonce d'un diagnostic de cancer associé à la grossesse devrait être accompagnée d'une grande vigilance médicale. Pourtant, deux des trois témoignages attestent au contraire d'une annonce brutale et sans réelle précaution. Les auteurs mettent en évidence, grâce aux témoignages recueillis, le fait que l'annonce d'un tel diagnostic est aussi un événement traumatique pour le médecin. Selon les auteurs, une réflexion en amont sur le contexte de l'annonce d'un cancer associé à la grossesse ainsi que la mise en place de dispositifs de soutien pour les professionnels paraîtraient nécessaires.

Les étiologies : les trois femmes ayant témoigné ont évoqué des origines diverses qui auraient pu entraîner leur cancer, bien que ces causes aient été en partie transmises par

les médecins. La première a évoqué l'environnement, le stress, ou encore le fait d'être favorable à développer des cellules cancéreuses. Cela a eu un impact sur toute sa famille qui a tenté de faire en sorte qu'elle ne soit plus stressée ou énervée par peur que le cancer ne revienne. La deuxième a fait part de ce que son médecin généraliste avait supposé, probablement un choc qu'elle aurait eu dans sa vie. Cela a entraîné pour cette femme tout un travail sur elle-même, et de questionnement sur son passé. Pour la troisième femme, c'est la grossesse elle-même qui aurait été donnée pour responsable. La grossesse aurait été l'accélérateur du développement du cancer. Cette femme s'est donc demandée ce qu'il en aurait été si elle n'avait pas eu cet enfant, en essayant malgré tout de ne pas remettre en question son garçon qui était là aujourd'hui.

Les auteurs tiennent à souligner qu'à ce jour, les recherches actuelles démontrent qu'à stade, tumeur et âge égaux, le pronostic des femmes enceintes ou allaitantes est exactement le même que pour une femme non enceinte. De plus, le seul cancer en relation directe avec la grossesse est le choriocarcinome (tumeur trophoblastique gestationnelle).

Nous pouvons nous rendre compte, à travers ces témoignages, de la mesure de l'impact psychique de l'étiologie du cancer annoncée par les professionnels.

La prise en charge pluri-institutionnelle : d'après les témoignages, le plus difficile à gérer pour ces patientes a été d'être confrontées à des annonces thérapeutiques contradictoires. En effet, un cancer durant la grossesse est une situation complexe qui implique obligatoirement plusieurs professionnels de santé de spécialités différentes pour une prise en charge complète. Cependant, chacun de ces professionnels peut fixer des priorités et des objectifs divergents, à savoir la poursuite de la grossesse le plus longtemps possible pour les pédiatres contre un traitement maternel à commencer le plus rapidement possible pour les oncologues. Les patientes se sont senties perdues au milieu de cette adversité et cela les a bouleversées d'autant plus.

Cet article témoigne de l'importance d'une perception d'unité et de dialogue entre les différents intervenants.

L'alliance avec les psychothérapeutes : deux des jeunes mères interrogées ont rapporté des expériences de « décalage » avec des psychologues cliniciens rencontrés dans différents services. La première a relaté un décalage au niveau de la perception du temps, et l'argument selon lequel « il faut laisser le temps passer » lui a semblé complètement inapproprié car pour elle, elle n'avait plus de temps à cause de sa maladie. Cette patiente a pu finalement apprécier le suivi du psychologue d'un centre anticancéreux.

La deuxième patiente a pour sa part plutôt vécu un décalage concernant le fait que le professionnel du psychisme refusait de prendre en compte ses références religieuses. Les croyances de cette femme lui permettaient de ressentir une certaine sérénité et de vivre en paix, en phase avec elle-même durant cette épreuve. Selon la patiente, elle perdait son temps avec quelqu'un qui ne voulait pas l'entendre.

La troisième patiente a elle aussi trouvé refuge dans ses croyances et sa religion. Cela a pu lui permettre de considérer le cancer comme une épreuve de sa vie à traverser et non pas comme la fin de sa vie.

Les auteurs font donc ressortir l'importance d'une véritable écoute des convictions et des représentations culturelles, religieuses et/ou spirituelles des patientes, et de l'impact positif de ces valeurs personnelles dans leur vie. L'écoute bienveillante et avertie permet donc une certaine contenance de la brutalité de la maladie.

Les interactions mère-bébé : dans les trois témoignages recueillis par les auteurs ressort un certain repli narcissique maternel, dû à l'annonce du diagnostic et à la pénibilité des traitements. Ainsi, les soins maternels de « handling » (manipulation physique du bébé) étaient effectués dans ces cas précis comme des automatismes par la mère ou bien étaient complètement délégués à la grand-mère ou au père. Les soins de « holding » (le fait de tenir, contenir) étaient plus nombreux lors du coucher de l'enfant, comme pour parer à la menace de séparation que représente le sommeil.

Une des patientes ayant renoncé à l'allaitement s'est souvenue ne pas avoir voulu allaiter sur l'autre sein qui n'était pourtant pas malade, car pour elle cela signifiait approcher son bébé du mal. Elle ne voulait pas faire de peau à peau car elle ne se sentait pas capable de mettre son enfant sur cette peau qui lui faisait mal. Ce cas précis nous montre donc qu'il semble indispensable d'attirer l'attention des professionnels de néonatalogie quant à l'ajustement d'une proposition de « peau à peau » chez ces patientes atteintes de cancer, proposition d'ordinaire systématique. Les auteurs déclarent que le plaisir de l'interaction avec le bébé ne pourra être trouvé ou retrouvé qu'après la fin des traitements.

Les auteurs font aussi référence à Wendland, qui dans ses suivis de patientes atteintes de cancer du sein pendant la grossesse a relevé des troubles de l'attachement, des difficultés parentales à gérer les comportements provocateurs et agressifs de l'enfant, à poser un cadre et des limites. Wendland a aussi constaté que le sentiment de compétence parentale semble inévitablement affecté par la maladie. Du côté de l'enfant, Wendland a observé que celui-ci reconnaissait très tôt que son parent était fragile mentalement et physiquement, ce qui pouvait avoir un impact sur son comportement.

Les auteurs ont donc traité de nombreux points bien que ceux-ci ne soient pas exhaustifs. Il n'y a pas de résumé des principales données à retenir de leur étude mais leur travail les amène à conclure que devenir mère tout en ayant un cancer constitue un facteur de risque indéniable pour la qualité des interactions parents-bébé.

Article 8 : Prise en charge psycho-oncologique de la jeune femme enceinte confrontée au cancer (32).

Judith Alder, psycho-oncologue, Johannes Bitzer, chef de l'unité d'obstétrique et de gynécologie à l'hôpital universitaire de Bâle, et Anne Brédart, docteur en psychologie, sont les auteurs de cet article.

Objectif : plusieurs objectifs sont énoncés, notamment celui de fournir un aperçu de la signification psychologique du diagnostic de cancer pour ces femmes enceintes ainsi qu'un aperçu des processus d'ajustement psychologique impliqués face à cet événement. Cet article a aussi pour but de dégager des axes d'intervention pour les professionnels de la psycho-oncologie. L'introduction ne s'appuie pas sur une revue synthétique de la littérature pour justifier la question posée.

Méthode : les auteurs ont écrit cet article à partir de données de la littérature, et ont choisi de le découper en plusieurs parties.

Résultats :

L'ajustement psychologique au cancer durant la grossesse : les auteurs énumèrent les nombreux dilemmes qu'un diagnostic de cancer au cours d'une grossesse peut susciter. Il s'agit tout d'abord de la décision de poursuivre ou non la grossesse. Ensuite vient le choix du traitement. Le fait de savoir que dans leurs propres corps se développent à la fois un être désiré et une maladie pouvant porter atteinte à leur vie entraîne une détresse émotionnelle intense chez ces femmes. L'estime de soi valorisée par le rôle maternel peut être fortement affectée. Or, d'après la littérature relevée par les auteurs, une détresse chronique chez la femme enceinte entraîne une perturbation hormonale qui peut affecter négativement le développement fœtal.

Soutenir la femme enceinte atteinte de cancer : la femme enceinte atteinte d'un cancer ne peut se sentir en confiance que face à une équipe médicale coordonnée qui échange ses points de vue et qui maîtrise la communication médecin-malade. Une aide supplémentaire et plus spécifique par un psycho-oncologue peut être nécessaire dans de nombreuses situations.

Il est souvent très difficile pour les patientes d'imaginer et de réaliser complètement la situation dans laquelle elles se trouvent. De ce fait, l'annonce de la mauvaise nouvelle doit être complétée d'un maximum d'éléments d'information à la fois sur le cancer mais aussi sur la grossesse. Cependant, le professionnel de santé ne doit pas oublier que la charge émotionnelle intense chez la patiente peut réduire ses capacités d'appréhension des informations. Plusieurs consultations seront alors parfois nécessaires.

Selon les auteurs, certaines études montrent l'importance d'apporter des informations à la fois verbales et écrites afin de diminuer la dépression ou l'anxiété. De plus, même si cela reste toujours difficile à faire aujourd'hui pour les cliniciens, il est essentiel que la patiente participe à la prise de décision thérapeutique et que cette décision soit en accord avec ses valeurs, objectifs, souhaits ou peurs.

Ces consultations sont tellement chargées en émotions que le clinicien peut développer des mécanismes de défense, le protégeant des émotions douloureuses mais entravant sa capacité à reconnaître la détresse du patient. Pour parer à cela, un outil mnémotechnique a été développé par le docteur TX. O'Connell : le NURS (qui rappelle le terme anglais faisant référence aux soins : nursing). N pour « nommer » les émotions, U pour « understanding » (comprendre), R pour « respect » et S pour « soutien » ou collaboration.

Prise en charge psycho-oncologique durant la grossesse et le post-partum : le psycho-oncologue aide à faire sens de ce diagnostic dans le contexte de la grossesse. L'ajustement psychologique de ces patientes consiste à se confronter progressivement aux différents enjeux de la situation. Le rôle du psycho-oncologue est aussi de permettre d'évoquer toutes les difficultés que peuvent ressentir les patientes, comme les effets secondaires des traitements, les changements corporels, les nombreuses consultations qui prennent beaucoup de leur temps, ou encore la culpabilité due au fait de ne pas pouvoir s'occuper de leur bébé. Toutes ces difficultés ressenties ne sont pas sans conséquence et perturbent le lien d'attachement mère/enfant.

En général, durant la première année consécutive au diagnostic d'un cancer, 5 à 10% des patients sont susceptibles de développer un trouble dépressif. Ces chiffres augmentent pendant la grossesse et le post-partum, où le trouble dépressif concerne 7 à 13% des patientes. En cumulant ces deux facteurs que sont le cancer et la grossesse, nous comprenons bien que l'équipe médicale se doit d'être vigilante et attentive aux symptômes psychopathologiques. Cependant, une aide psychologique doit aussi être proposée au conjoint qui se retrouve dans une situation difficile à gérer. L'éventualité de devenir parent seul, le fait de désirer très fortement cet enfant mais vouloir inévitablement que sa femme reste en vie, assumer de

nouvelles responsabilités, ne pas montrer ses angoisses pour protéger sa femme, sont autant de facteurs qui font que le conjoint se trouve dans une situation très compliquée.

De ce fait, les auteurs concluent que dans l'idéal, le soutien psychologique doit être proposé aux deux membres du couple afin de favoriser leur ajustement ensemble à cette situation. Les principaux résultats et les limites de l'étude ne sont pas exposés dans cet article.

Article 9 : Découverte d'un cancer pendant la grossesse : quand la grossesse s'interrompt ! Deuxième partie : le point de vue du psychanalyste (33).

Marie-José Soubieux, pédopsychiatre et psychanalyste au centre de guidance infantile de l'institut de puériculture de Paris, au centre hospitalier Saint-Anne, est l'auteur du dernier article que nous allons étudier.

Objectif : son objectif est de décrire les différents mouvements psychiques qui traversent les parents et l'accompagnement que peuvent proposer les équipes pluridisciplinaires pour toute la famille. Le résumé ne rapporte pas de résultat informatif et l'auteur justifie la question posée sans faire de revue synthétique de la littérature.

Méthode : il n'y a pas de méthode présentée dans cet article mais certaines données ont été relevées à partir de la littérature. Comme dans l'article précédent, l'auteur a choisi de le découper en plusieurs parties. Contrairement aux articles étudiés plus haut, ici M-J Soubieux traite le versant psychologique lorsque le cancer diagnostiqué pendant la grossesse amène à discuter une interruption médicale de grossesse.

Résultats : l'auteur affirme que les patientes concernées se trouvent dans une situation de double traumatisme : celui du cancer et celui de l'interruption de grossesse sur un fœtus bien portant. Le cancer atteint considérablement l'intégrité corporelle et est à l'origine d'une angoisse d'intrusion de soi-même.

Dans cette situation où la poursuite de la grossesse peut entraîner la mort de la mère, des sentiments de colère contre le bébé peuvent subvenir. En effet, selon l'auteur, les patientes ne peuvent s'empêcher le plus souvent de penser que le cancer est apparu à cause de la grossesse. De ce fait, la façon de considérer le fœtus impactera sur le travail psychique à réaliser lors de l'interruption médicale de grossesse.

L'auteur rappelle que l'attitude de la personne qui va annoncer le cancer est essentielle. D'autant plus que cette annonce est suivie de celle d'une indication d'interruption médicale de grossesse. En effet, les mots choisis et l'attention portée à la patiente lui per-

mettront de trouver les ressources internes nécessaires. La décision de l'interruption médicale de grossesse revient toujours aux parents bien que l'indication vienne des médecins. L'auteur met donc en avant dans cette situation des sentiments de culpabilité, de responsabilité et de souffrance chez le couple. C'est la sensation de trahison qui dominera lorsque la décision finale sera prise.

M-J Soubieux rappelle que l'accouchement lors d'une interruption médicale de grossesse se déroule quasiment toujours comme un accouchement normal après déclenchement. Cette idée de donner naissance à un enfant mort terrorise les femmes qui auront elles aussi peur de mourir pendant cet accouchement.

L'auteur signale que pendant longtemps, il a été dit que les parents devaient voir leur bébé mort pour faciliter le processus de deuil. Or, elle affirme que plusieurs études, dont une publiée dans le *Lancet* en 2002 (34), démontrent que les scores de dépression, d'anxiété et de symptômes post-traumatiques lors du dernier trimestre de la grossesse suivante étaient plus élevés chez les femmes qui avaient vu et tenu leur bébé par rapport à celles qui ne l'avaient pas vu.

L'accouchement peut parfois donner un sentiment transitoire de soulagement de ne plus avoir à porter un fœtus mort. Cependant, l'auteur annonce que la sensation de vide vient tout de suite après. Le vide physique mais aussi le vide de statut, contrebalancés par un trop plein de cellules cancéreuses. Des sentiments terribles prennent toute la place chez ces femmes qui se sentent coupables d'avoir choisi leur vie plutôt que celle de leur enfant. La colère, la rage, l'échec et la honte prédominent, d'autant plus que l'entourage fait souvent preuve d'incompréhension et tend à effacer beaucoup plus rapidement que le couple ces événements tragiques.

L'auteur traite ensuite de l'impact familial et principalement dans le couple. En effet, chacun des deux membres du couple va vivre différemment cette étape difficile, ce qui peut donner lieu à des incompréhensions, à de fausses interprétations et à des malentendus. Le contact physique sera aussi très difficile, la femme ayant la sensation de perdre sa féminité à cause du cancer et l'homme ayant peur de s'approcher du corps malade de sa femme. Les entretiens du couple avec un professionnel seront bénéfiques et tenteront de soulager toutes les difficultés rencontrées.

Lorsque des enfants aînés sont présents, l'auteur décrit des enfants inquiets pour leur mère, perdant souvent leurs repères. Certains vont solliciter constamment leur mère pour la sortir de cette douleur, tandis que d'autres vont chercher l'autonomie et vont chercher à se faire les plus discrets possibles dans le but de ne pas déranger. L'auteur affirme qu'il est

important que ces enfants participent à des entretiens avec leurs parents afin de les tenir informés de l'avancée des événements.

Pour terminer, l'auteur conclut sur les échappatoires que les parents peuvent trouver pour faire face à ce deuil afin de tenter de combattre ces sentiments d'échec, d'infériorité, d'indignité et de honte. Certains referont un enfant très vite, d'autres vont créer une réelle histoire à cet enfant perdu avant qu'il naisse. Quelques femmes s'évaderont dans la peinture, l'écriture ou encore la sculpture.

Cependant, il semble inévitable que dans cette situation, une partie de soi reste endeuillée, malgré de nouveaux projets et la poursuite de la vie.

L'auteur ne présente pas les limites de son article mais il est à retenir que le diagnostic de cancer durant la grossesse est un choc considérable et que le bouleversement est encore plus important lorsque l'interruption médicale de grossesse s'impose pour sauver la vie de la femme. Bien qu'étant un événement inévitablement traumatique, il est du rôle des professionnels de santé, dont les sages-femmes, de soutenir ces couples et surtout de s'adapter à leurs envies et leurs souhaits, car à chaque cas individuel correspondent des besoins différents. C'est pour cela que M-J Soubieux rappelle qu'il est impossible d'établir des protocoles figés dans ces cas, et que ce sont les couples qui nous guideront selon leurs besoins.

DISCUSSION

Le versant psychologique du cancer pendant la grossesse reste encore aujourd'hui un phénomène très peu étudié. Cela explique la faible quantité de recherches, d'études et de littérature scientifique internationale à ce sujet. Pourtant, le diagnostic de cancer associé à la grossesse est une situation que nous serons amenés à rencontrer, en tant que sages-femmes, de plus en plus souvent dans le futur du fait des grossesses plus tardives.

Les articles sélectionnés présentent une certaine hétérogénéité méthodologique. En effet, nous avons travaillé sur une étude quantitative (20), deux études qualitatives (23) (31), trois études à partir d'un ou plusieurs cas cliniques (18) (22) (24), deux articles écrits à partir des données de la littérature (32) (33) et enfin un dernier article qui se base sur la pratique clinique de l'auteur (19). Cependant, une certaine homogénéité des résultats ressort de ce travail. Pour cette discussion, nous avons choisi de traiter les articles en fonction de leurs convergences.

Quatre grands thèmes émergent à partir des résultats de cette revue de la littérature :

- Les expériences psychologiques des femmes enceintes atteintes d'un cancer.
- Les axes de prise en charge psychologique et l'accompagnement par les soignants.
- Les impacts sur le couple et sur les interactions parents-enfants.
- Le conflit éthique.

Thème 1 : les expériences psychologiques des femmes enceintes atteintes d'un cancer.

Les articles de Henry et al. (20), Ives et al. (23), Alder et al. (32) traitent tout particulièrement des expériences psychologiques des femmes enceintes atteintes d'un cancer ainsi que de leur détresse. Dans un premier temps, il ressort globalement dans leurs articles que les femmes enceintes atteintes d'un cancer sont plus à risque de détresse à long terme si on les compare à des personnes atteintes de cancer hors contexte de maternité. Par ailleurs, ces auteurs relèvent de nombreux sentiments négatifs chez ces femmes comme l'anxiété, le stress, la culpabilité, l'isolement ou encore le conflit de décision. Cette notion de sentiments négatifs se retrouve dans les résultats de la thèse de Rachel Ferrere dans laquelle elle démontre que les femmes du groupe CALG présenteraient davantage d'états émotionnels négatifs que les mères en bonne santé et que les femmes ayant un cancer hors contexte de maternité (*Ferrere R, Les enjeux psychologiques de la maladie cancéreuse chez la femme*

en période périnatale. Thèse de psychologie. 2015). Parmi les sentiments négatifs, l'indécision concerne un dilemme entre le souhait de vouloir le meilleur traitement contre le cancer pour se donner toutes les chances de rester en vie afin de continuer à élever ses enfants, et le souhait de protéger son fœtus. Nous retrouvons également assez souvent l'inquiétude des effets secondaires des traitements sur le fœtus. Le choix d'interrompre la grossesse pour débiter les traitements anti-cancéreux lorsque le fœtus est a priori en bonne santé engendre une sensation de perte immense chez ces femmes. Tout ceci concourt à un risque de détresse chronique chez ces femmes enceintes atteintes d'un cancer.

Des limites ont été relevées dans chacun de ces trois articles, montrant que la généralisation des résultats est à adopter avec prudence.

Dans l'article de Henry et ses collaborateurs (20), étudiant les variables associées à la détresse psychologique à long terme chez les femmes après un diagnostic de cancer pendant la grossesse, le degré de détresse initiale de ces femmes n'est pas mentionné. Il est supposé que cette donnée manquante influence les résultats sur les deux échelles utilisées (IES-R et BSI-18). Il existe également d'autres biais, de rappel notamment, car le temps écoulé entre le diagnostic de cancer et le remplissage du questionnaire est différent pour toutes les patientes. Il est également possible que les femmes ayant une plus grande détresse aient un souhait plus fort de partager leur histoire et donc de participer à l'étude. Nous pouvons aussi supposer que les participantes étaient celles ayant eu un meilleur pronostic au départ car elles étaient toujours vivantes au moment de l'étude.

Dans l'article de Ives et ses collaborateurs (23), l'objectif était d'explorer les expériences psychosociales des femmes diagnostiquées d'un cancer du sein pendant ou peu de temps après leur grossesse. La population de l'étude étant australienne, nous pouvons nous demander si les résultats sont généralisables à la population française. Cependant, il y a très peu de critères de sélection, ce qui permet d'étudier une population très diverse et donc de pouvoir se permettre d'étendre facilement les résultats. En revanche cette diversité, notamment d'un point de vue clinique (stade de la maladie, temps écoulé depuis le diagnostic), peut impacter sur les réponses des patientes. Nous pouvons ici aussi nous poser la question de la généralisation des résultats. L'étude étant rétrospective, il existe un certain biais de mémoire mais le phénomène étudié étant particulièrement marquant, nous pouvons penser que les patientes se souviennent facilement des événements.

Dans l'article d'Alder et ses collaborateurs (32), trois objectifs différents sont présentés. Il est possible de se demander, à la lecture de l'introduction, si les auteurs vont pouvoir atteindre tous ces objectifs. De plus, il n'y a pas de méthodologie claire qui soit présentée. Les

données sont parfois relevées à partir de la littérature mais pour le reste, nous supposons que les affirmations des auteurs sont issues de leurs pratiques cliniques.

Thème 2 : Les axes de prise en charge psychologique et l'accompagnement par les soignants.

Les articles de Boinon et al. (22), Zanetti-Dällenbach et al. (24), Alder et al. (32) et Soubieux (33) se tournent plutôt vers les axes de prise en charge psychologique et l'accompagnement des patientes par les soignants. L'étude de ces articles fait ressortir quelques conseils et conduites à tenir avec des patientes atteintes d'un cancer durant la grossesse ou dans l'année suivant l'accouchement. Tout d'abord, les auteurs recommandent une prise en charge globale qui s'adapte en fonction de l'état psychologique de la patiente et de celui de son conjoint. Le soutien psychologique doit être proposé aux deux membres du couple et à leur(s) autre(s) enfant(s) si cela semble nécessaire. Malgré l'établissement de grandes lignes concernant la conduite à tenir, chaque prise en charge doit s'adapter à la présence ou non d'un entourage familial. Nous nous rendons compte dans ce cas qu'en ce qui concerne le domaine psychologique, il n'est pas possible d'établir un protocole de prise en charge non malléable comme il est possible de le faire pour le versant médical. Du point de vue psychologique, la prise en charge requiert plutôt une adaptation à chaque patiente et à la disponibilité des ressources de chacune.

Cette prise en charge débute par une notion importante qui revient à plusieurs reprises dans ces articles : l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Les auteurs soulignent l'importance du fait d'annoncer le diagnostic avec la plus grande prudence possible. Dans son article, Soubieux (33) rappelle que les mots choisis et l'attention portée à la patiente lui permettent de trouver les ressources internes nécessaires. Chaque mot utilisé a son incidence et des informations éclairées doivent être données afin de favoriser une prise de décision mutuelle et partagée entre les professionnels de santé et la patiente. Dans l'article de Zanetti-Dällenbach et ses collaborateurs (24), les auteurs déclarent que l'annonce de mauvaise nouvelle devrait se faire par une personne douée en communication et ayant des compétences biomédicales et psychologiques. Il serait intéressant pour les professionnels de santé potentiellement confrontés à cette situation de participer à des formations leur permettant de trouver une attitude et des mots adaptés le moment venu. Comme l'explique le groupe de travail de la Haute Autorité de Santé (HAS) : « Il n'existe pas de bonnes façons d'annoncer une mauvaise nouvelle mais certaines sont moins dévastatrices que d'autres » (35). Ces formations pourraient leur permettre de trouver en effet les mots justes mais aussi d'acquérir la

capacité de se préserver lors d'une telle annonce. Dans l'article de Lof et ses collaborateurs (31), qui parle aussi de l'annonce, les auteurs mettent en évidence avec les témoignages recueillis que l'annonce d'un diagnostic de cancer est aussi un événement traumatique pour le médecin. Cela pourrait peut-être s'atténuer si les médecins étaient formés plus tôt à cette situation pendant leurs études. Dans un article de Cécile Dufouleur et ses collaborateurs (36), les résultats de l'étude interrogeant des internes et des médecins démontrent que leur formation concernant l'annonce d'une mauvaise nouvelle, au cours des études de médecine, est à la fois trop brève et trop tardive. Dans l'article de Alder et ses collaborateurs (32), les auteurs rappellent que la charge émotionnelle chez la patiente est tellement intense lors d'une annonce de cancer associé à la grossesse que ses capacités d'appréhension peuvent être diminuées. Il est alors parfois nécessaire de programmer plusieurs consultations afin de s'assurer que la patiente ait intégré toutes les informations données par le professionnel. Ils soulignent aussi l'importance d'apporter des informations à la fois verbales et écrites. Les auteurs font tous ressortir le fait qu'il est essentiel de s'adapter à chaque couple et à leurs besoins, qui sont différents notamment en fonction de leurs croyances, de leur passé et de leurs projets futurs. Nous allons voir que ces articles présentent toutefois quelques limites qui ont été relevées.

Dans l'article de Boinon et ses collaborateurs (22), dont l'objectif est d'illustrer et de discuter les différents axes de prise en charge psychologique chez une femme enceinte atteinte d'un cancer, nous comprenons bien l'importance de l'entourage familial lors d'une telle épreuve. L'article ne relate le parcours que d'une seule patiente et il est donc possible de penser que les résultats ne sont pas représentatifs de la population générale. Cependant, dans l'épreuve de la maladie, qui plus est associée à la venue d'un enfant, nous nous sommes rendus compte durant ce travail que la famille est un élément d'aide et de soutien précieux et indispensable, vers lequel la majorité des patientes va se tourner instinctivement.

Dans l'article de Zanetti-Dällenbach et ses collaborateurs (24), un seul cas clinique est présenté pour répondre à l'objectif de l'article, nous pouvons donc nous demander si cela est suffisant pour pouvoir appliquer ces résultats à d'autres patientes.

Dans l'article de Soubieux (33), il n'y a pas de méthodologie claire qui soit présentée. Les données sont issues soit de la littérature soit de la pratique clinique de l'auteur.

Thème 3 : Les impacts sur le couple et sur les interactions parents-enfants.

Les articles de Wendland (19), Ferrere et Wendland (18), Soubieux (33), Lof et al. (31) parlent préférentiellement des impacts sur le couple et sur les interactions parents-enfants. L'analyse des articles met en avant le fait que le cancer est un facteur de risque pour la qualité des interactions avec l'enfant, du fait de son caractère extrêmement stressant. De même, les sentiments d'angoisse, de culpabilité et de dépression vus plus haut favorisent les mauvaises interactions avec l'enfant et les difficultés d'investissement. Cela fait aussi référence à l'étude de Mazzotti et al. (37) qui a montré un détachement émotionnel vis-à-vis de leur enfant chez les femmes atteintes du cancer qui vivent dans un état d'urgence ponctuel. D'autre part, l'incompréhension au sein du couple, le manque de dialogue et/ou la rareté du contact physique entraînent un éloignement certain entre l'homme et la femme, ce qui constitue un réel obstacle pour traverser ensemble et au mieux cette étape difficile de leur vie. Quelques limites sont tout de même présentes dans ces articles, obligeant à nouveau à généraliser les résultats avec prudence.

Dans l'article de Ferrere et Wendland (18), seulement deux cas cliniques sont présentés. Le lecteur peut donc se demander si les résultats conclus uniquement grâce à ces deux patientes seront en accord avec les résultats de l'étude ECHOCALG encore non publiés (*Ferrere R, Les enjeux psychologiques de la maladie cancéreuse chez la femme en période périnatale. Thèse de psychologie. 2015*) incluant un plus grand nombre de patientes. Il se peut que le lecteur choisisse par prudence de ne pas tenir compte de ces résultats, préférant attendre les résultats de l'étude complète, dans le cas où ceux-ci seraient différents.

Dans l'article de Lof et ses collaborateurs (31), de nombreux points sont abordés. Cependant, ces points ne sont pas exhaustifs et la longueur de l'article peut potentiellement essouffler le lecteur qui risque de ne pas aller jusqu'au bout de l'article et de ce fait de ne pas utiliser les résultats apportés par les auteurs.

Dans les articles de Wendland (19) et Soubieux (33), il n'y a pas de méthodologie clairement présentée, les données sont issues soit de la littérature soit de leur pratique clinique.

Thème 4 : le conflit éthique.

Les articles de Ives et al. (23), Zanetti-Dällenbach et al. (24), Lof et al. (31) font tous les trois références à une notion importante qui est le conflit éthique. Les patientes interrogées dans leurs études ont fait part du caractère désorientant des différents discours entre les professionnels. En effet, l'oncologue souhaite avant tout mettre en place le traitement anti-cancéreux le plus rapidement possible afin de mettre toutes les chances de son côté pour

sauver la vie de la femme, tandis que l'obstétricien souhaite prolonger la grossesse le plus tardivement possible dans l'intérêt du fœtus. Lorsque le type de cancer nécessite que le traitement anti-cancéreux soit mis en place tout de suite, se pose la question de l'interruption de grossesse ou du déclenchement prématuré de l'accouchement selon le terme de la grossesse. Les professionnels de santé ainsi que le couple se trouvent donc dans des situations très complexes et difficiles à gérer. Bien que le couple prenne la décision finale, leur choix est aiguillé par les différents discours des professionnels qu'il rencontre. Dans les articles que nous avons étudiés, les patientes font ressortir le fait que la cohérence des discours entre les professionnels de santé est primordiale et que dans le cas contraire, les avis divergents ne font qu'accroître leur souffrance et leur indécision. Nous avons vu qu'il est très difficile pour les patientes enceintes atteintes d'un cancer ainsi que pour leurs conjoints d'avoir à choisir entre la santé de la femme et celle du fœtus. Les patientes souhaitent d'un côté sortir victorieuses de ce cancer pour pouvoir continuer à élever les autres enfants qu'elles ont mis au monde auparavant, et leurs conjoints désirent plus que tout que leur femme reste en vie. D'un autre côté, choisir le meilleur traitement possible signifie prendre des risques pour le fœtus, qui peuvent aller jusqu'à l'interruption de grossesse. De nombreuses questions font donc surface, autant pour le couple que pour les professionnels, et cela nécessite sans aucun doute des réunions multidisciplinaires pour se concerter et choisir ensemble le discours uniforme à tenir devant les couples. Le cancer annoncé durant une grossesse ou dans l'année qui suit l'accouchement est un tel traumatisme que les informations données aux couples doivent être les plus claires et les plus simples possible. Selon l'expérience des femmes atteintes d'un cancer associé à la grossesse, il est essentiel de la part des professionnels d'éviter les annonces thérapeutiques contradictoires.

Nous avons vu, à travers le travail exposé dans ce mémoire, les bouleversements psychologiques que le diagnostic de cancer associé à la grossesse peut engendrer. La femme enceinte atteinte d'un cancer devra rencontrer plusieurs professionnels lors de son parcours et nous avons souligné l'importance de l'accord des discours entre ces différents spécialistes. L'unité dans le dialogue semble primordiale afin d'éviter l'addition de chamboulements psychologiques. Dans le même temps, nous avons compris que la prise en compte des valeurs et des représentations culturelles des patientes dans la prise de décision tend à atténuer la brutalité de ce parcours hors du commun, il faut donc les prendre en compte. Par ailleurs, il ne faut pas non plus oublier le conjoint pour qui l'épreuve est tout aussi difficile et qui joue un rôle essentiel de soutien auprès de sa femme. Le soutien psychologique doit donc être

proposé au couple et non pas uniquement à la patiente. Ce soutien pourra prendre plusieurs formes selon les besoins des personnes. Certaines patientes souhaiteront un suivi individuel alors que d'autres préféreront participer à des groupes de parole. D'autres encore ressentiront le besoin d'une thérapie de couple ou d'aide à la mise en place des interactions précoces parents-bébé. Un tout autre concept, l'art-thérapie, peut aussi aider de nombreuses patientes. En effet, certaines d'entre elles trouvent spontanément refuge et réconfort dans des activités créatives telles que le dessin, la sculpture, la photographie, la danse ou encore le théâtre. Il sera très difficile pour la femme d'arriver à investir son statut de mère et son statut de malade à la fois et un soutien à la parentalité semble donc indispensable car le cancer associé à la maternité est un facteur de risque pour la qualité des interactions avec l'enfant.

Réflexions sur la pratique professionnelle et propositions de prise en charge :

La sage-femme est un professionnel de santé qui est présent à un moment clé de la vie du couple. Cette rencontre particulière reste souvent inoubliable pour la mère. Cependant, en plus d'accompagner la vie, accompagner la mort fait aussi partie intégrante de la profession de sage-femme. Nous avons vu au cours de notre réflexion que la situation de cancer associé à la grossesse est un réel traumatisme psychologique d'une gravité particulière et qui a un impact incommensurable sur toute la famille. Le rôle de la sage-femme sera dans un premier temps d'être à l'écoute des angoisses, de reconnaître la situation comme une véritable épreuve et de favoriser l'expression des ressentis. Ensuite, il faudra aider la patiente à trouver des personnes ressources sur lesquelles elle pourra compter et s'appuyer car nous nous sommes bien rendus compte au cours de notre travail que le soutien familial et amical est essentiel pour mieux surmonter cette épreuve. Ceci est d'autant plus important lorsque l'on regarde les résultats de l'étude ECHOCALG prouvant que les femmes CALG ont plus de difficultés dans le processus d'ajustement à la maladie que les femmes ayant un cancer hors contexte de maternité (*Ferrere R, Les enjeux psychologiques de la maladie cancéreuse chez la femme en période périnatale. Thèse de psychologie. 2015*). La sage-femme peut elle-même être une personne ressource car elle symbolise la vie et la maternité. Elle pourra par ailleurs proposer une aide psychothérapeutique à la patiente, notamment pour l'accompagner dans la relation avec son enfant, relation souvent difficile à mettre en place à cause des séparations répétées dues aux traitements, comme dans les différents cas cliniques que nous avons vus.

C'est une période où la femme sera forcée de faire un ou plusieurs deuils, comme par exemple le deuil d'un accouchement physiologique ou le deuil d'un allaitement maternel ou

bien le deuil possible de la perte du fœtus. La sage-femme sera donc présente pour valoriser la grossesse et les sensations de féminité que celle-ci peut procurer, pour mettre en avant tous les aspects positifs possibles.

Un autre point essentiel ressort aussi après l'étude de nos articles. Il s'agit de la cohérence des discours des différents professionnels de santé rencontrés par la patiente. Cette cohérence entre les points de vue est nécessaire et impose des transmissions pertinentes et régulières entre oncologues, obstétriciens, sages-femmes et psychologues. La sage-femme, toujours présente quel que soit le terme de la grossesse, gagne à participer aux réunions multidisciplinaires afin d'harmoniser au maximum les discours tenus à la patiente et au couple et de participer à la mise en place d'un projet de soins sur le versant psychoaffectif. D'autre part, la réunion en équipe permet de définir la meilleure stratégie thérapeutique possible.

Notre étude nous a aussi montré qu'il est essentiel que l'approche des professionnels de santé, dont la sage-femme, soit adaptée et personnalisée à chaque couple. La complexité de l'association entre le cancer et la grossesse perturbe l'approche verbale et comportementale. Afin de ne pas adopter des conduites excessives telles que la fuite ou au contraire le surinvestissement psychoaffectif, il paraît essentiel que la sage-femme soit régulièrement en contact avec le psychologue qui travaille avec la patiente.

Bien que la majorité des cancers associés à la grossesse soient des cancers du sein, nous avons pris en compte tous les cancers afin que les résultats de notre recherche soient plus abondants. Or, tous les types de cancers ne sont pas pris en charge de la même manière sur le plan médical donc tous n'ont pas le même impact psychologique car ils entraînent des effets secondaires et une atteinte à l'image du corps différents, par exemple.

De plus, nous pouvons nous questionner sur la motivation des patientes à participer aux études. En effet, la crainte est que celles qui sont le plus en difficulté ne souhaitent probablement pas témoigner car revenir sur cet événement terrible leur semble très difficile, voire impossible. Cela peut entraîner un biais dans les résultats d'une étude potentielle où les patientes sélectionnées sont celles ayant le mieux vécu la situation de cancer associé à la grossesse.

Tout ceci nous amène à nous poser des questions sur nos pratiques actuelles. Il est en effet plus que jamais important de ne pas exclure la grossesse en tant que période de dépistage. Ceci afin d'anticiper plus rapidement la prise en charge de tout signe potentiellement cancéreux et d'éviter des retards de diagnostic.

Faute de pouvoir créer un protocole figé, il serait intéressant de réaliser un « guide de bonnes pratiques » pour les professionnels qui sont amenés à prendre en charge des patientes enceintes atteintes d'un cancer. Cela servirait de référence et de socle commun de connaissances. Il serait également intéressant de mettre en place des formations spécifiques à ces situations de cancer associé la grossesse, formations qui pourraient entrer dans le cadre du développement professionnel continu. Dans la même idée, il serait formateur pour les sages-femmes de participer à des groupes de parole réunissant des patientes ou anciennes patientes qui ont ou ont eu un cancer associé à la grossesse. Cela permettrait de recueillir le ressenti des patientes, qui pourraient suggérer des points à améliorer dans la prise en charge par les sages-femmes. Enfin, il pourrait être discuté de diffuser des vidéos où des femmes ayant eu un cancer associé à la grossesse témoignent de leur expérience, ce qui pourrait servir de messages d'espoir, comme le témoignage de Caroline Swain recueilli par Helen Dunnett cité dans la filmographie.

Par ailleurs, l'importance de l'entourage familial et des représentations culturelles a été démontrée à plusieurs reprises dans les résultats de nos articles. Comme le propose Rachel Ferrere dans sa thèse, il serait intéressant d'interroger l'influence du système familial et des croyances sur l'ajustement au cancer et sur le processus de maternité.

Notre travail nous permet de conclure que les impacts psychologiques d'un cancer associé à la grossesse sont un sujet qui nécessite sans aucun doute des études à plus grandes échelles. Le sujet de notre travail a été peu investigué, autant du point de vue des psychologues que de celui des personnels médicaux, ce qui en fait un objet d'étude novateur. Il nous donne de nombreuses indications sur le comportement à tenir dans notre pratique future en tant que sage-femme face à ces patientes. Il serait intéressant de comparer le vécu des femmes enceintes à qui l'on a diagnostiqué un cancer entre celles qui ont eu un suivi et un soutien psychologique et celles qui n'en n'ont pas bénéficié. Une autre étude intéressante serait d'évaluer la qualité des relations mère-enfant à long terme après le diagnostic de cancer associé à la grossesse de cet enfant. Enfin, il serait important d'étudier également à long terme les changements et les conséquences que le cancer associé à la grossesse a pu engendrer au sein du couple.

CONCLUSION

Outre le fait que le cancer associé à la grossesse soit un phénomène rare, les conséquences psychologiques sont telles qu'il semble primordial de réfléchir à ce cas particulier afin de répondre du mieux possible aux attentes des patientes que nous rencontrerons dans cette situation.

La dimension psychologique ne concerne pas seulement le domaine des psychologues mais également ceux de l'ensemble des équipes de cancérologie et d'obstétrique, dont les sages-femmes. Il est important et nécessaire que ce personnel soit formé de manière efficace et effective afin d'avoir des outils spécialisés et de se sentir prêt à réagir de façon éthique et responsable face à ces patientes. Il n'y a pas de bonne réaction type dans cette situation traumatisante qui est à la fois fortement anxiogène et dépressiogène. L'accompagnement psychologique est alors indispensable pour aider ces femmes et ces hommes, dont le processus de parentalisation est bien souvent bloqué par l'annonce de la maladie.

Si la littérature médicale fournit des avancées et des recommandations, la littérature psychologique reste aujourd'hui pauvre à ce sujet. De ce fait, plusieurs études sont encore à réaliser et le sujet de ce mémoire est donc un thème qui pourrait amplement se développer dans les années à venir. Néanmoins, la littérature disponible à ce jour et les articles étudiés ont fourni un certain nombre de données qui elles-mêmes nous ont permis de proposer des réponses à notre objectif initial, qui était d'analyser les impacts psychologiques d'un diagnostic de cancer associé à la grossesse.

Mais dans le but de prendre plus de recul sur ce type de situation et d'améliorer de façon toujours plus satisfaisante la prise en charge psychologique de ces patientes, de plus nombreuses et de plus amples études seraient encore nécessaires. Quelques exemples ont été proposés dans la discussion, bien que leur faisabilité tant sur le plan humain que scientifique reste tout de même difficile (cas de cancer pendant la grossesse encore rares).

Il serait par exemple intéressant d'étudier d'une part les impacts psychologiques à plus long terme chez ces femmes et plus précisément lors d'une éventuelle prochaine grossesse. Il serait par ailleurs possible d'étudier les impacts psychologiques de ce phénomène chez ces enfants nés de mères ayant eu un cancer associé à la grossesse. L'étude de Boinon dont l'objectif était d'illustrer les différents axes de prise en charge psychologique à travers un seul cas clinique particulier pourrait judicieusement être appliquée à un plus grand échantillon, permettant une comparaison des différentes prises en charge possibles.

Pour conclure, il convient d'avancer que le travail effectué dans ce mémoire a permis de proposer des pistes afin de faciliter le processus décisionnel de ces femmes, en leur apportant toutes les informations et les soutiens nécessaires dans cette situation de cancer associé à la grossesse. Nous espérons donc que notre travail a pu contribuer à proposer une solution à la grande question de savoir : comment passer de la connaissance à la décision ?

REFERENCES

1. Le ou les cancers ? - Qu'est-ce qu'un cancer ? | Institut National Du Cancer [Consulté le 25 sept 2014]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Qu-est-ce-qu-un-cancer/Le-ou-les-cancers>
2. Encyclopédie Larousse en ligne - cancer [Consulté le 25 sept 2014]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/cancer/11745>
3. Qu'est-ce que le cancer ? | Ligue contre le Cancer [Consulté le 25 sept 2014]. Disponible sur: http://www.ligue-cancer.net/article/278_qu-est-ce-que-le-cancer-
4. OMS | Cancer [Consulté le 2 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/fr/>
5. Epidémiologie des cancers - Les chiffres du cancer en France | Institut National Du Cancer [Consulté le 2 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers>
6. Pereg D, Koren G, Lishner M. Cancer in pregnancy: Gaps, challenges and solutions. *Cancer Treatment Reviews*. 2008;34(4):302-12.
7. Insee. Population - Naissances et Fécondité [Consulté le 2 oct 2014]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=if9
8. Ligue contre le cancer. Avoir un cancer après 70 ans. 2009. [Consulté le 12 juill 2015]. Disponible sur: <https://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/brochures/cancer-apres-70-ans.pdf>
9. Bonneau C, Maulard A, Selleret L, Darai E, Rouzier R. Cancer et grossesse. In: *Pathologies maternelles et grossesse*. 2014. p. 441-6. (21).
10. Comité Ethique et Cancer. Cancer et grossesse : lorsque survient le dilemme. *Ethique et Cancer Bulletin* n° 20. 01 déc 2015. p. 12-5.
11. Réseau CALG. Cancer et grossesse : Centre national de référence. 2008. [Consulté le 12 juill 2015]. Disponible sur: <http://cancer-grossesse.aphp.fr/le-reseau-calg/presentation-du-reseau/>
12. CNGOF. Structuration nationale pour la prise en charge des cancers en cours de grossesse - Réseau CALG. 2008. [Consulté le 18 fév 2015]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2008_GM_387_rouzier.pdf
13. Société française de Psycho-Oncologie - Définition et Histoire [Consulté le 12 juill 2015]. Disponible sur: <http://www.sfpo.fr/la-psycho-oncologie/definition-et-enjeux.html>
14. Société française de Psycho-Oncologie - Présentation et Objectifs [Consulté le 12 juill 2015]. Disponible sur: <http://www.sfpo.fr/qui-sommes-nous/presentation.html>

15. Voulgaris E, Pentheroudakis G, Pavlidis N. Cancer and pregnancy: A comprehensive review. *Surgical Oncology*. 2011;20(4):175-85.
16. Cooke L, Shafi M. Cancer in pregnancy. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*. 2013;23(10):317-9.
17. Diagnostiquer un cancer pendant une grossesse [Consulté le 23 août 2015]. Disponible sur: <http://www.cancer-et-grossesse.fr/diagnostiquer-un-cancer-pendant-une-grossesse>
18. Ferrere R, Wendland J. Lorsque maternité et cancer se rencontrent : influence réciproque de deux processus antagonistes. *Psycho-Oncologie*. 2013;7(3):163-8.
19. Wendland J. Impact d'un diagnostic de cancer maternel pendant la grossesse sur les interactions précoces parent-bébé. *Psycho-Oncologie*. 2009;3(2):88-93.
20. Henry M, Huang LN, Sproule BJ, Cardonick EH. The psychological impact of a cancer diagnosed during pregnancy: determinants of long-term distress. *Psycho-Oncology*. 2012;21(4):444-50.
21. Burgess C, Cornelius V, Love S, Graham J, Richards M, Ramirez A. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *BMJ*. 2005;330(7493):702.
22. Boinon D, Dauchy S, Flahault C. Devenir une mère malade: entre impact de la maladie et nouages familiaux. *Psycho-Oncologie*. 2009;3(2):94-7.
23. Ives A, Musiello T, Saunders C. The experience of pregnancy and early motherhood in women diagnosed with gestational breast cancer. *Psycho-Oncology*. 2012;21(7):754-61.
24. Zanetti-Dällenbach R, Tschudin S, Lapaire O, Holzgreve W, Wight E, Bitzer J. Psychological management of pregnancy-related breast cancer. *The Breast*. 2006;15(2):53-9.
25. Gigerenzer G, Edwards A. Simple tools for understanding risks: from innumeracy to insight. *BMJ*. 2003;327(7417):741-4.
26. Paling J. Strategies to help patients understand risks. *BMJ*. 2003;327(7417):745-8.
27. O'Connor AM, Légaré F, Stacey D. Risk communication in practice: the contribution of decision aids. *BMJ*. 2003;327(7417):736-40.
28. Talge NM, Neal C, Glover V. Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2007;48(3-4):245-61.
29. De Weerth C, Buitelaar JK. Physiological stress reactivity in human pregnancy: a review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2005;29(2):295-312.

30. Paarlberg KM, Vingerhoets A, Passchier J, Dekker G, Van Geijn HP. Psychosocial factors and pregnancy outcome: a review with emphasis on methodological issues. *Journal of Psychosomatic Research*. 1995;39(5):563-95.
31. Lof A-F, Riand R, Moro M-R. Quand le temps de la maternité croise celui du cancer : réflexions cliniques. *La psychiatrie de l'enfant*. 2011;54:469-89.
32. Alder J, Bitzer J, Brédart A. Prise en charge psycho-oncologique de la jeune femme enceinte confrontée au cancer. *Psycho-Oncologie*. 2009;3(2):81-7.
33. Soubieux M-J. Découverte d'un cancer pendant la grossesse: quand la grossesse s'interrompt ! Deuxième partie: le point de vue du psychanalyste. *Psycho-Oncologie*. 2009;3(2):75-80.
34. Hughes P, Turton P, Hopper E, Evans C. Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: a cohort study. *Lancet*. 2002;360(9327):114-8.
35. HAS. Annoncer une mauvaise nouvelle. 2008 [Consulté le 21 mars 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/mauvaisenouvelle_vf.pdf
36. Dufouleur C, Vincens M-E, Doré M, Vallée J-P. L'annonce de la mauvaise nouvelle en médecine générale: peut-on, et comment, s'y préparer? *John Libbey Eurotext*. 2011;7(3):131-5.
37. Mazzotti E, Serrano F, Sebastiani C, Marchetti P. Mother-child relationship as perceived by breast cancer women. *Psychology*. 2012;3(12):1027-34.

BIBLIOGRAPHIE

Lof, A.-F. (2012). *Cancer et maternité- L'impensable rencontre*. Edition érès. 264 pages.

Merchet, J.-D. (2007). *Caroline Aigle, vol brisé*. Edition Jacob-Duvernet. 184 pages.

FILMOGRAPHIE

Solveg Anspach. (1999). *Haut les cœurs !*

Nicolas Cuche (2016). *Après moi le bonheur*

Dunnett Helen. Pregnancy and Medicine Initiative (2014). *Fighting for two: cancer and pregnancy*

ANNEXE I : Echelle BSI-18

Name: _____	UFID #: _____
Date of Injury: _____	Time of Injury: _____ AM / PM
Date of Exam: _____	Time of exam: _____ AM / PM
EXAM: (<i>circle one</i>) Baseline Post-Injury	Sport: _____
Examiner: _____	

BSI - 18

DIRECTIONS: Below is a list of problems people sometimes have. Read each one carefully and circle the number that best describes HOW MUCH THAT PROBLEM HAS DISTRESSED OR BOTHERED YOU DURING THE PAST 7 DAYS INCLUDING TODAY. Do not skip any items. If you change your mind, erase your first mark carefully and then fill in your new choice.

HOW MUCH WERE YOU DISTRESSED BY:	NOT AT ALL	A LITTLE BIT	MODERATELY	QUITE A BIT	EXTREMELY
1. Faintness or Dizziness	0	1	2	3	4
2. Feeling no interest in things	0	1	2	3	4
3. Nervousness or shakiness inside	0	1	2	3	4
4. Pains in the heart or chest	0	1	2	3	4
5. Feeling lonely	0	1	2	3	4
6. Feeling tense or keyed up	0	1	2	3	4
7. Nausea or upset stomach	0	1	2	3	4
8. Feeling blue	0	1	2	3	4
9. Suddenly scared for no reason	0	1	2	3	4
10. Trouble getting your breath	0	1	2	3	4
11. Feeling of worthlessness	0	1	2	3	4
12. Spells of terror or panic	0	1	2	3	4
13. Numbness or tingling in parts of your body	0	1	2	3	4
14. Feeling hopelessness about the future	0	1	2	3	4
15. Feeling so restless you can't sit still	0	1	2	3	4
Feeling weak in parts of your body	0	1	2	3	4
17. Thoughts of ending your life	0	1	2	3	4
18. Feeling fearful	0	1	2	3	4

<p>Total Number of Symptoms: _____ (maximum possible 18)</p> <p>Symptom Severity Score: _____ (maximum possible 72)</p>

Source: University of Florida. University Athletic Association. Concussion Management Plan. Juin 2015. p.18.

ANNEXE II : Ma proposition de traduction en français de l'échelle BSI-18

Nom :	Numéro d'identification : (UFID = University of Florida Identification)
Date de l'incident :	Heure de l'incident :
Date d'examen :	Heure de l'examen :
Examen : (entourer) standard / post-incident	Sport :
Examineur :	

BSI-18 (Brief Symptom Inventory) *Inventaire Rapide des Symptômes*

Indications à suivre : Vous trouverez ci-dessous une liste de problèmes que toute personne est susceptible de rencontrer. Lisez chacun d'entre eux attentivement et entourez le chiffre qui décrit le mieux LA MESURE DANS LAQUELLE CE PROBLEME VOUS A INQUIETÉ(E) OU PREOCCUPÉ(E) LORS DES CES 7 DERNIERS JOURS, Y COMPRIS AUJOURD'HUI. Ne sautez pas d'item. Si vous changez d'avis, effacez votre première réponse et corrigez avec votre nouveau choix de réponse.

DANS QUELLE MESURE AVEZ-VOUS ÉTÉ INQUIETÉ(E) PAR :	PAS DU TOUT	UN PEU	MOYENNEMENT	BEAUCOUP	EXTREMEMENT
1. des vertiges ou des étourdissements	0	1	2	3	4
2. le fait de ne ressentir aucun intérêt pour les choses	0	1	2	3	4
3. une certaine nervosité ou instabilité intérieure	0	1	2	3	4
4. des douleurs dans la poitrine ou près du cœur	0	1	2	3	4
5. le sentiment d'être seul(e)	0	1	2	3	4
6. le sentiment d'être tendu(e) ou énervé(e)	0	1	2	3	4
7. des nausées ou des maux de ventre	0	1	2	3	4
8. un sentiment de déprime	0	1	2	3	4
9. un sentiment de peur panique sans raison	0	1	2	3	4
10. des difficultés à respirer	0	1	2	3	4
11. un sentiment d'être inutile	0	1	2	3	4
12. des moments de terreur ou de panique	0	1	2	3	4
13. des engourdissements ou des picotements dans certaines parties du corps	0	1	2	3	4
14. un sentiment de désespoir concernant le futur	0	1	2	3	4
15. une agitation telle qu'il est difficile de rester assis(e)	0	1	2	3	4
16. un sentiment de faiblesse dans certaines parties du corps	0	1	2	3	4
17. des pensées noires (en finir avec la vie)	0	1	2	3	4
18. un sentiment de peur	0	1	2	3	4

Nombre total de symptômes ressentis : (18 maximum)

Score de sévérité des symptômes ressentis : (72 maximum)

ANNEXE III : Echelle IES-Revised

INSTRUCTIONS: Below is a list of difficulties people sometimes have after stressful life events. Please read each item, and then indicate how distressing each difficulty has been for you **DURING THE PAST SEVEN DAYS** with respect to _____, which occurred on _____. How much were you distressed or bothered by these difficulties?

Item Response Anchors are 0 = Not at all; 1 = A little bit; 2 = Moderately; 3 = Quite a bit; 4 = Extremely.

The Intrusion subscale is the MEAN item response of items 1, 2, 3, 6, 9, 14, 16, 20. Thus, scores can range from 0 through 4.

The Avoidance subscale is the MEAN item response of items 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22. Thus, scores can range from 0 through 4.

The Hyperarousal subscale is the MEAN item response of items 4, 10, 15, 18, 19, 21. Thus, scores can range from 0 through 4.

1. Any reminder brought back feelings about it.
2. I had trouble staying asleep.
3. Other things kept making me think about it.
4. I felt irritable and angry.
5. I avoided letting myself get upset when I thought about it or was reminded of it.
6. I thought about it when I didn't mean to.
7. I felt as if it hadn't happened or wasn't real.
8. I stayed away from reminders of it.
9. Pictures about it popped into my mind.
10. I was jumpy and easily startled.
11. I tried not to think about it.
12. I was aware that I still had a lot of feelings about it, but I didn't deal with them.
13. My feelings about it were kind of numb.
14. I found myself acting or feeling like I was back at that time.
15. I had trouble falling asleep.
16. I had waves of strong feelings about it.
17. I tried to remove it from my memory.
18. I had trouble concentrating.
19. Reminders of it caused me to have physical reactions, such as sweating, trouble breathing, nausea, or a pounding heart.
20. I had dreams about it.
21. I felt watchful and on-guard.
22. I tried not to talk about it.

Total IES-R score: _____

Source: Steven Christianson, DO (Doctor of Osteopathic Medicine), MM (Manipulative Medicine), Medical Director, VNSNY (Visiting Nurse Service of New York) HomeCare Medical Director ESPRIT Medical CARE An Affiliate of VNSNY and Joan Marren, MEd, RN (Registered Nurse), Chief Operating Officer, VNSNY. Try this: The Impact of Event Scale-Revised. Issue 19, revised 2013.

ANNEXE IV : Echelle IES-Revisée en français

Voici une liste de difficultés que les gens éprouvent parfois à la suite d'un évènement stressant. Veuillez lire attentivement chaque item et indiquer à quel point vous avez été bouleversé(e) pour chacune de ces difficultés au cours de ces 7 derniers jours, en ce qui concerne l'évènement suivant :

ENTOUREZ LA RÉPONSE CORRESPONDANT À VOTRE CHOIX

	Pas du tout 0	Un peu 1	Moyenne -ment 2	Beau- coup 3	Énormé- ment 4
Tout rappel de l'évènement ravivait mes sentiments face à l'évènement.	0	1	2	3	4
Je me suis réveillé la nuit.	0	1	2	3	4
Différentes choses m'y faisaient penser.	0	1	2	3	4
Je me sentais irritable et en colère.	0	1	2	3	4
Quand j'y repensais ou qu'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser.	0	1	2	3	4
Sans le vouloir, j'y repensais.	0	1	2	3	4
J'ai eu l'impression que l'évènement n'était jamais arrivé ou n'était pas réel.	0	1	2	3	4
Je me suis tenu(e) loin de tout ce qui m'y faisait penser.	0	1	2	3	4
Des images de l'évènement surgissaient dans ma tête.	0	1	2	3	4
J'étais nerveux (nerveuse) et je sursautais facilement.	0	1	2	3	4
J'essayais de ne pas y penser.	0	1	2	3	4
J'étais conscient(e) d'avoir encore beaucoup d'émotions à propos de l'évènement, mais je n'y ai pas fait face.	0	1	2	3	4
Mes sentiments à propos de l'évènement étaient comme figés.	0	1	2	3	4
Je me sentais et je réagissais comme si j'étais encore dans l'évènement.	0	1	2	3	4
J'avais du mal à m'endormir.	0	1	2	3	4
J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'évènement.	0	1	2	3	4
J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire.	0	1	2	3	4
J'avais du mal à me concentrer.	0	1	2	3	4
Ce qui me rappelait l'évènement me causait des réactions physiques telles que des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations.	0	1	2	3	4
J'ai rêvé à l'évènement.	0	1	2	3	4
J'étais aux aguets et sur mes gardes.	0	1	2	3	4
J'ai essayé de ne pas en parler.	0	1	2	3	4

Source : Trauma. Trousse de diagnostic rapide. Test IES-R. p.6. www.info-trauma.org

Section	Point	Question à se poser	Éléments particuliers selon l'objet de l'étude				ECN*		Étapes pour la lecture en pratique
			Thérapeutique	Diagnostique	Pronostique	Étiologique	Éléments du résumé	Objectifs pédagogiques	
Titre	1	Reflète-t-il une question pertinente ?						1, 24	A
	2	Reflète-t-il une population pertinente ?							
Résumé	3	Rapporte-t-il des résultats informatifs ?	Mesures d'efficacité†	Mesures de prédiction‡		Mesures d'associations§	Le résumé de l'étude est supprimé pour l'épreuve		B
Introduction	4	Les lacunes dans les connaissances, évoquées pour justifier la question posée, sont-elles claires et logiques ?					I	22	
	5	La justification repose-t-elle sur une revue brève et synthétique des connaissances ?							
	6	L'introduction se termine-t-elle par l'énoncé d'un objectif clair et complet ?							
	7	L'objectif reflète-t-il une question pertinente ?							
	8	L'objectif reflète-t-il une population pertinente ?							
							1, 2, 24	C	
Méthodes	9	Commencent-elles par une description de la structure générale de l'étude (schéma d'étude/design) ?	Essai randomisé (cohorte ou cas-témoins critiquables)	Comparaison avec un test de référence (gold standard)	Étude de cohorte (cas-témoins critiquables)	Étude de cohorte, cas-témoins ou transversale représentative	III	8, 22	D
	10	Le schéma d'étude est-il cohérent avec la question posée ?							
	11	La population étudiée est-elle bien définie (critères d'inclusion et d'exclusion) ?	Indication pertinente	Panorama complet des malades et des non-malades	Panorama complet de la maladie ; début du suivi précis	Début du suivi précis ; maladie et facteur d'exposition	IV	3, 4, 22	F
	12	Les modalités de sélection sont-elles décrites et correctes ?	Similaires pour tous les groupes, quelles que soient les caractéristiques des sujets					4, 14, 22	
13	La répartition dans les groupes comparés est-elle décrite et correcte ?	Répartition aléatoire vraie	Définition claire des groupes comparés				5, 14, 22		
14	Les règles éthiques sont-elles respectées ?	Déclarations réglementaires ; confidentialité ; consentement éclairé						10, 22	
15	Les modalités d'utilisation de l'innovation proposée sont-elles décrites et applicables ?	Traitements comparés	Description des tests évalués et de référence	Description des facteurs pronostiques et des effets prédits	Facteur d'exposition et survenue de la maladie	V	17, 21, 22	E	
16	Les variables importantes sont-elles clairement définies ?	Effets observés (critères de jugement)					13, 14, 22		
17	Les modalités de mesure des variables principales sont-elles décrites et correctes ?	Utilisation de méthodes standard, validées (références fournies) ; procédures d'insu (effets observés ou prédits ; tests ; exposition)							

18	Les méthodes statistiques annoncées sont-elles cohérentes avec la question et le schéma d'étude ?	Estimation de mesures d'efficacité‡	Estimation de mesures de prédiction‡	Estimation de mesures d'association§	9, 18, 22	F		
	Tests d'inférences adaptés							
	19	Les méthodes statistiques prennent-elles en compte la comparabilité des groupes ?	Comparaison des groupes à l'inclusion				Comparaison des groupes ; ajustement pour variables de confusion	6, 14, 22
20	Les effectifs étudiés ont-ils été calculés pour pouvoir répondre à la question posée ?	Calcul en fonction d'une valeur minimale du paramètre statistique à estimer (efficacité, association) ou de sa précision (prédiction)			7, 17, 22			
Résultats	21	La population effectivement étudiée est-elle quantifiée et décrite ?	Comparaison avec les critères d'inclusion et d'exclusion			VI	3, 6, 7, 8, 14, 22	F
	22	Les effectifs sont-ils identifiables et stables depuis l'inclusion jusqu'à l'analyse ?	Réelle analyse en intention de traiter	Comparaison entre effectifs calculés, éligibles, sélectionnés et étudiés				
	23	La description des variables importantes est-elle informative ?	Utilisation de graphiques complets ; indication des valeurs extrêmes, des quantiles, des écarts-types, d'effectifs par catégories			12, 14		
	24	La réponse à la question principale est-elle complète et informative ?	Estimation du paramètre principal et de son intervalle de confiance ; indication de la signification statistique			VII	9, 12, 16, 17, 21, 22	G
	25	La signification clinique est-elle notable ?	Efficacité importante	Bonne prédiction ; erreurs aux conséquences acceptables	Association forte			
Tableaux et figures	26	Les tableaux sont-ils utilisés pour des données importantes, nombreuses et similaires ?	Description et comparaison des groupes à l'inclusion ; réponse à la question principale			11, 12		
	27	Les figures sont-elles utilisées pour montrer des distributions ou des tendances importantes, ne nécessitant pas de données brutes ?	Flux des patients dans l'étude ; description des variables importantes					
	28	Sont-ils logiquement appelés dans le texte, commentés succinctement et non redondants entre eux ?						
Discussion	29	Présente-t-elle un résumé des principaux faits et des limites éventuelles, aboutissant à une conclusion justifiée par les résultats ?				VIII	14, 15, 19, 22	
	30	Différencie-t-elle ce qui découle des résultats, ce qui relève de la littérature et ce qui est l'opinion des auteurs ?						15

	31	La mise en perspective repose-t-elle sur une présentation synthétique de la littérature ?			15, 22	
	32	Les recommandations faites sont-elles justifiées par les résultats et l'état des connaissances ?†			19, 20	G
Références	33	Comportent-elles des documents récents ?				
	34	Comportent-elles uniquement des documents facilement accessibles ?				
	35	Chaque référence comporte-t-elle tous les éléments nécessaires à l'identification du document, selon les standards internationaux ?			23	

- * Étapes pertinentes pour les ECN (épreuves classantes nationales) ; objectifs définis par le Conseil scientifique du Centre national des concours d'internat
- † Réduction absolue du risque, réduction relative du risque, ou nombre de patients à traiter pour obtenir un succès
- ‡ Sensibilité, spécificité et valeurs prédictives positive et négative
- § Risque relatif, rapport de cotes (odds ratio) ou coefficient de corrélation
- || Seulement si intervention non prévue dans les soins habituels
- ¶ Pour l'examen classant, la confiance dans les résultats doit être analysée en termes de niveau de « preuve », selon la grille de l'ANAES
- Pas de particularité selon l'objet de l'étude ou ne s'applique pas

Source : CEMV, Salmi L.R., eds. S'entraîner à la LCA. Médecine et chirurgie vasculaires. Paris : Elsevier ; 2006