



**HAL**  
open science

# L'après cancer, un flou identitaire. L'onco-coaching, un projet novateur pour améliorer la qualité de vie des patients en rémission

Marc Biondo

► **To cite this version:**

Marc Biondo. L'après cancer, un flou identitaire. L'onco-coaching, un projet novateur pour améliorer la qualité de vie des patients en rémission. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02970909

**HAL Id: dumas-02970909**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02970909v1>**

Submitted on 19 Oct 2020

**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.



**Faculté des sciences  
médicales et paramédicales**  
Aix-Marseille Université

**L'après cancer, un flou identitaire.  
L'onco-coaching, un projet novateur pour améliorer la qualité de vie  
des patients en rémission.**

# **T H È S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES**

**DE MARSEILLE**

**Le 24 septembre 2020**

**Par Monsieur Marc BIONDO**

**Né le 11 août 1992 à Marseille 8<sup>ème</sup> (13)**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

**D.E.S. de PSYCHIATRIE**

**Membres du Jury de la Thèse :**

<b>Monsieur le Professeur NAUDIN Jean</b>	<b>Président</b>
<b>Monsieur le Professeur DA FONSECA David</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Monsieur le Docteur (MCU-PH) CERMOLACCE Michel</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Monsieur le Docteur BEN SOUSSAN Patrick</b>	<b>Directeur</b>
<b>Madame le Docteur BALDO Elisabeth</b>	<b>Assesseur</b>





**Faculté des sciences  
médicales et paramédicales**  
Aix-Marseille Université

**L'après cancer, un flou identitaire.  
L'onco-coaching, un projet novateur pour améliorer la qualité de vie  
des patients en rémission.**

# **T H È S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES**

**DE MARSEILLE**

**Le 24 septembre 2020**

**Par Monsieur Marc BIONDO**

**Né le 11 août 1992 à Marseille 8<sup>ème</sup> (13)**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

**D.E.S. de PSYCHIATRIE**

**Membres du Jury de la Thèse :**

<b>Monsieur le Professeur NAUDIN Jean</b>	<b>Président</b>
<b>Monsieur le Professeur DA FONSECA David</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Monsieur le Docteur (MCU-PH) CERMOLACCE Michel</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Monsieur le Docteur BEN SOUSSAN Patrick</b>	<b>Directeur</b>
<b>Madame le Docteur BALDO Elisabeth</b>	<b>Assesseur</b>



## FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

<b>Doyen</b>	<b>1 - Pr. Georges LEONETTI</b>
<b>Vice-Doyen aux affaires générales</b>	<b>2 - Pr. Patrick DESSI</b>
<b>Vice-Doyen aux professions paramédicales Conseiller</b>	<b>3 - Pr. Philippe BERBIS</b>
	<b>4 - Pr. Patrick VILLANI</b>

### Assesseurs :

<b>aux études à la recherche</b>	<b>:</b>	<b>Pr. Kathia CHAUMOITRE</b>
<b>à l'unité mixte de formation continue en santé pour le secteur NORD</b>	<b>:</b>	<b>Pr. Jean-Louis MEGE</b>
<b>Groupements Hospitaliers de territoire aux masters</b>	<b>:</b>	<b>Pr. Justin MICHEL</b>
	<b>:</b>	<b>Pr. Stéphane BERDAH</b>
	<b>:</b>	<b>Pr. Jean-Noël ARGENSON</b>
	<b>:</b>	<b>Pr. Pascal ADALIAN</b>

### Chargés de mission :

<b>sciences humaines et sociales</b>	<b>:</b>	<b>Pr. Pierre LE COZ</b>
<b>relations internationales</b>	<b>:</b>	<b>Pr. Stéphane RANQUE</b>
<b>DU/DIU</b>	<b>:</b>	<b>Pr. Véronique VITTON</b>
<b>DPC, disciplines médicales &amp; biologiques</b>	<b>:</b>	<b>Pr. Frédéric CASTINETTI</b>
<b>DPC, disciplines chirurgicales</b>	<b>:</b>	<b>Dr. Thomas GRAILLON</b>

## ÉCOLE DE MEDECINE

<b>Directeur</b>	<b>:</b>	<b>Pr. Jean-Michel VITON</b>
------------------	----------	------------------------------

### Chargés de mission

<b>PACES – Post-PACES</b>	<b>:</b>	<b>Pr. Régis GUIEU</b>
<b>DFGSM</b>	<b>:</b>	<b>Pr. Anne-Laure PELISSIER</b>
<b>DFASM</b>	<b>:</b>	<b>Pr. Marie-Aleth RICHARD</b>
<b>DFASM</b>	<b>:</b>	<b>Pr. Marc BARTHET</b>
<b>Préparation aux ECN</b>	<b>:</b>	<b>Dr Aurélie DAUMAS</b>
<b>DES spécialités</b>	<b>:</b>	<b>Pr. Pierre-Edouard FOURNIER</b>
<b>DES stages hospitaliers</b>	<b>:</b>	<b>Pr. Benjamin BLONDEL</b>
<b>DES MG</b>	<b>:</b>	<b>Pr. Christophe BARTOLI</b>
<b>Démographie médicale</b>	<b>:</b>	<b>Dr. Noémie RESSEGUIER</b>
<b>Etudiant</b>	<b>:</b>	<b>Elise DOMINJON</b>

### **ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE**

**Directrice** : **Madame Carole ZAKARIAN**

**Chargés de mission**

**1er cycle** : **Madame Estelle**  
**2ème cycle** : **BOISSIER Madame**  
**Cécile NINA**

### **ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION**

**Directeur** : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

**Chargés de mission**

**Masso- kinésithérapie 1<sup>er</sup> cycle** : **Madame Béatrice CAORS**  
**Masso-kinésithérapie 2<sup>ème</sup> cycle** : **Madame Joannie HENRY**  
**Mutualisation des enseignements** : **Madame Géraldine DEPRES**

### **ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES**

**Directeur** : **Monsieur Sébastien COLSON**

**Chargés de mission**

**Chargée de mission** : **Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES**  
**Chargé de mission** : **Monsieur Christophe ROMAN**

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FAVRE Roger
	ALDIGHIERI René		FIECHI Marius
	ALESSANDRINI Pierre		FARNARIER Georges
	ALLIEZ Bernard		FIGARELLA Jacques
	AQUARON Robert		FONTES Michel
	ARGEME Maxime		FRANCES Yves
	ASSADOURIAN Robert		FRANCOIS Georges
	AUFFRAY Jean-Pierre		FUENTES Pierre
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GABRIEL Bernard
	AZORIN Jean-Michel		GALINIER Louis
	BAILLE Yves		GALLAIS Hervé
	BARDOT Jacques		GAMERRE Marc
	BARDOT André		GARCIN Michel
	BERARD Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BERGOIN Maurice		GAUTHIER André
	BERLAND Yvon		GERARD Raymond
	BERNARD Dominique		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERNARD Jean-Louis		GIUDICELLI Roger
	BERNARD Pierre-Marie		GIUDICELLI Sébastien
	BERTRAND Edmond		GOUDARD Alain
	BISSET Jean-Pierre		GOUIN François
	BLANC Bernard		GRILLO Jean-Marie
	BLANC Jean-Louis		GRISOLI François
	BOLLINI Gérard		GROULIER Pierre
	BONGRAND Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BONNEAU Henri		HASSOUN Jacques
	BONNOIT Jean		HEIM Marc
	BORY Michel		HOUEL Jean
	BOTTA Alain		HUGUET Jean-François
	BOURGEADE Augustin		JAQUET Philippe
	BOUVENOT Gilles		JAMMES Yves
	BOUYALA Jean-Marie		JOUBE Paulette
	BREMOND Georges		JUHAN Claude
	BRICOT René		JUIN Pierre
	BRUNET Christian		KAPHAN Gérard
	BUREAU Henri		KASBARIAN Michel
	CAMBOULIVES Jean		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CANNONI Maurice		LACHARD Jean
	CARTOUZOU Guy		LAFFARGUE Pierre
	CAU Pierre		LAUGIER René
	CHABOT Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CHAMLIAN Albert		LEVY Samuel
	CHARPIN Denis		LOUCHET Edmond
	CHARREL Michel		LOUIS René
	CHAUVEL Patrick		LUCIANI Jean-Marie
	CHOUX Maurice		MAGALON Guy
	CIANFARANI François		MAGNAN Jacques
	CLAVERIE Jean-Michel		MALLAN- MANCINI Josette
	CLEMENT Robert		MALMEJAC Claude
	COMBALBERT André		MARANINCHI Dominique
	CONTE-DEVOLX Bernard		MARTIN Claude
	CORRIOL Jacques		MATTEI Jean-François
	COULANGE Christian		MERCIER Claude
	DALMAS Henri		METGE Paul
	DE MICO Philippe		MICHOTEY Georges
	DESSEIN Alain		MILLET Yves
	DELARQUE Alain		MIRANDA François
	DEVIN Robert		MONFORT Gérard
	DEVRED Philippe		MONGES André
	DJIANE Pierre		MONGIN Maurice
	DONNET Vincent		MONTIES Jean-Raoul
	DUCASSOU Jacques		NAZARIAN Serge
	DUFOUR Michel		NICOLI René
	DUMON Henri		
	ENJALBERT Alain		

MM NOIRCLERC Michel  
OLMER Michel  
OREHEK Jean  
PAPY Jean-Jacques  
PAULIN Raymond  
PELOUX Yves  
PENAUD Antony  
PENE Pierre  
PIANA Lucien  
PICAUD Robert  
PIGNOL Fernand  
POGGI Louis  
POITOUT Dominique  
PONCET Michel  
POUGET Jean  
PRIVAT Yvan  
QUILICHINI Francis  
RANQUE Jacques  
RANQUE Philippe  
RICHAUD Christian  
RIDINGS Bernard  
ROCHAT Hervé  
ROHNER Jean-Jacques  
ROUX Hubert  
ROUX Michel  
RUFO Marcel  
SAHEL José  
SALAMON Georges  
SALDUCCI Jacques  
SAN MARCO Jean-Louis  
SANKALE Marc  
SARACCO Jacques  
SASTRE Bernard  
SCHIANO Alain  
SCOTTO Jean-Claude  
SEBAHOUN Gérard  
SERMENT Gérard  
SOULAYROL René  
STAHL André  
TAMALET Jacques  
TARANGER-CHARPIN Colette  
THOMASSIN Jean-Marc  
UNAL Daniel  
VAGUE Philippe  
VAGUE/JUHAN Irène  
VANUXEM Paul  
VERVLOET Daniel  
VIALETES Bernard  
WEILLER Pierre-Jean



**EMERITAT****2008**

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

**2009**

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

**2010**

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

**2011**

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

**2012**

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

**2013**

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUF0 Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

**2014**

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

**2015**

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

**2016**

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTE Bernard	31/08/2019

**2017**

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

**2018**

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

**2019**

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GUEDJ Eric
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
ALIMI Yves	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
AMBROSI Pierre	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic	<i>GUY'S Jean-Michel Surnombre</i>
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
ASTOUL Philippe	<i>CURVALE Georges Surnombre</i>	HARDWIGSEN Jean
ATTARIAN Shahram	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUDOUIN Bertrand	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AUQUIER Pascal	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTHET Marc	<i>DELPERO Jean-Robert Surnombre</i>	<i>KERBAUL François Détachement</i>
BARTOLI Christophe	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLI Jean-Michel	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Michel	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BASTIDE Cyrille	DUBUS Jean-Christophe	LANÇON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERDAH Stéphane	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
<i>BERNARD Jean-Paul Retraite au 25/11/2019</i>	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BEROUD Christophe	EBBO Mikael	LECHEVALLIER Eric
BERTUCCI François	EUSEBIO Alexandre	LEGRE Régis
BLAISE Didier	FAKHRY Nicolas	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLIN Olivier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEONE Marc
BLONDEL Benjamin	FELICIAN Olivier	LEONETTI Georges
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FENOLLAR Florence	LEPIDI Hubert
BONELLO Laurent	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEVY Nicolas
BONNET Jean-Louis	FLECHER Xavier	MACE Loïc
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnombre</i>	FOURNIER Pierre-Edouard	MAGNAN Pierre-Edouard
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric	MANCINI Julien
BOUFI Mourad	FUENTES Stéphane	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOYER Laurent	GABERT Jean	MEGE Jean-Louis
BREGEON Fabienne	GABORIT Bénédicte	MERROT Thierry
BRETELLE Florence	GAINNIER Marc	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BROUQUI Philippe	GARCIA Stéphane	MEYER/DUTOUR Anne
BRUDER Nicolas	GARIBOLDI Vlad	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUE Thierry	GAUDART Jean	MICHEL Fabrice
BRUNET Philippe	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Gérard
BURTEY Stéphane	GENTILE Stéphanie	MICHEL Justin
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GERBEAUX Patrick	MICHELET Pierre
CASANOVA Dominique	GEROLAMI/SANTANDREA René	MILH Mathieu
CASTINETTI Frédéric	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MILLION Matthieu
CECCALDI Mathieu	GIORGI Roch	MOAL Valérie
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine	MOULIN Guy
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MOUTARDIER Vincent
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANEL/REY Brigitte	NAUDIN Jean
CHARREL Rémi	GRANVAL Philippe	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent	NICOLLAS Richard
CHIARONI Jacques	GRIMAUD Jean-Charles	OLIVE Daniel
CHINOT Olivier	GROB Jean-Jacques	OUAFIK L'Houcine
		OVAERT-REGGIO Caroline

PAGANELLI Franck	ROCH Antoine	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
PANUEL Michel	ROCHWERGER Richard	TRIGLIA Jean-Michel
PAPAZIAN Laurent	ROLL Patrice	TROPIANO Patrick
PAROLA Philippe	ROSSI Dominique	TSIMARATOS Michel
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Pascal	TURRINI Olivier
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROUDIER Jean	VALERO René
PELLETIER Jean	SALAS Sébastien	VAROQUAUX Arthur Damien
PERRIN Jeanne	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VELLY Lionel
PETIT Philippe	SARLES Jacques	VEY Norbert
PHAM Thao	SARLES/PHILIP Nicole	VIDAL Vincent
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIENS Patrice
PIQUET Philippe	SCAVARDA Didier	VILLANI Patrick
PIRRO Nicolas	SCHLEINITZ Nicolas	VITON Jean-Michel
POINSO François	SEBAG Frédéric	VITTON Véronique
RACCAH Denis	SEITZ Jean-François	VIEHWEGER Heide Elke
RANQUE Stéphane	SIELEZNEFF Igor	VIVIER Eric
RAOULT Didier	SIMON Nicolas	XERRI Luc
REGIS Jean	STEIN Andréas	
REYNAUD/GAUBERT Martine	TAIEB David	
REYNAUD Rachel	THIRION Xavier	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THOMAS Pascal	
ROCHE Pierre-Hugues	THUNY Franck	

---

### **PROFESSEUR DES UNIVERSITES**

ADALIAN Pascal  
 AGHABABIAN Valérie  
 BELIN Pascal  
 CHABANNON Christian  
 CHABRIERE Eric  
 FERON François  
 LE COZ Pierre  
 LEVASSEUR Anthony  
 RANJEVA Jean-Philippe  
 SOBOL Hagay

### **PROFESSEUR CERTIFIE**

BRANDENBURGER Chantal

### **PRAG**

TANTI-HARDOUIN Nicolas

### **PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE**

GENTILE Gaëtan

### **PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS**

ADNOT Sébastien  
 FILIPPI Simon

### **PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES (disciplines médicales)**

LOUIS-BORRIONE Claude

## MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

AHERFI Sarah	DEVILLIER Raynier	LOOSVELD Marie
ANGELAKIS Emmanouïl (disponibilité)	DUBOURG Grégory	MAAROUF Adil
ATLAN Catherine (disponibilité)	DUCONSEIL Pauline	MACAGNO Nicolas
BARTHELEMY Pierre	DUFOUR Jean-Charles	MAUES DE PAULA André
BEGE Thierry	ELDIN Carole	MOTTOLA GHIGO Giovanna
BELIARD Sophie	FABRE Alexandre	NGUYEN PHONG Karine
BENYAMINE Audrey	FAURE Alice	NINOVE Laetitia
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	FOLETTI Jean-Marc	NOUGAIREDE Antoine
BERTRAND Baptiste	FOUILLOUX Virginie	OLLIVIER Matthieu
BEYER-BERJOT Laura	FRANKEL Diane	PAULMYER/LACROIX Odile
BIRNBAUM David	FROMNOT Julien	PESENTI Sébastien
BONINI Francesca	GASTALDI Marguerite	RADULESCO Thomas
BOUCRAUT Joseph	GELSI/BOYER Véronique	RESSEGUIER Noémie
BOULAMERY Audrey	GIUSIANO Bernard	ROBERT Philippe
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROMANET Pauline
BOUSSEN Salah Michel	GONZALEZ Jean-Michel	SABATIER Renaud
BUFFAT Christophe	GOURIET Frédérique	SARI-MINODIER Irène
CAMILLERI Serge	GRAILLON Thomas	SAVEANU Alexandru
CARRON Romain	GUERIN Carole	SECQ Véronique (disponibilité)
CASSAGNE Carole	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	STELLMANN Jan-Patrick
CERMOLACCE Michel	GUIDON Catherine	SUCHON Pierre
CHAUDET Hervé	GUIVARCH Jokthan	TABOURET Emeline
CHRETIEN Anne-Sophie	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Caroline
COZE Carole	HRAIECH Sami	TOGA Isabelle
CUNY Thomas	KASPI-PEZZOLI Elise	TOMASINI Pascale
DADOUN Frédéric (disponibilité)	L'OLLIVIER Coralie	TOSELLO Barthélémy
DALES Jean-Philippe	LABIT-BOUVIER Corinne	TROUSSE Delphine
DAUMAS Aurélie	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LAGIER Aude (disponibilité)	VELY Frédéric
DELLIAUX Stéphane	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	VION-DURY Jean
DESPLAT/JEGO Sophie	LEVY/MOZZICONACCI Annie	ZATTARA/CANNONI Hélène

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

## MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

## MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André CALVET-MONTREDON Céline
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSILI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
THIERY Didier (nomination au 01/10/2019)

## MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
EVANS-VIALLAT Catherine
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
REVIS Joana
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure

**ANATOMIE 4201**

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)  
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)  
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)  
*LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

**ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203**

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)  
DANIEL Laurent (PU-PH)  
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)  
GARCIA Stéphane (PU-PH)  
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)  
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)  
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)  
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)  
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;  
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)  
BRUDER Nicolas (PU-PH)  
LEONE Marc (PU-PH)  
MICHEL Fabrice (PU-PH)  
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)  
GUIDON Catherine (MCU-PH)

**ANGLAIS 11**

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT  
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)  
PERRIN Jeanne (PU-PH)

**BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301**

GUEDJ Eric (PU-PH)  
GUYE Maxime (PU-PH)  
*MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre*  
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)  
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)  
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE  
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)  
GIORGI Roch (PU-PH)  
MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)  
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)  
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)  
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

**ANTHROPOLOGIE 20**

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)  
POUGET Benoît (MCF)  
VERNA Emeline (MCF)

**BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501**

CHARREL Rémi (PU PH)  
DRANCOURT Michel (PU-PH)  
FENOLLAR Florence (PU-PH)  
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)  
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)  
LA SCOLA Bernard (PU-PH)  
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)  
*ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité*  
DUBOURG Grégory (MCU-PH)  
GOURIET Frédérique (MCU-PH)  
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)  
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)  
DESNUES Benoit (MCF) ( 65ème section )  
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

**BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401**

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)  
GABERT Jean (PU-PH)  
GUIEU Régis (PU-PH)  
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)  
FROMNOT Julien (MCU-PH)  
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)  
ROMANET Pauline (MCU-PH)  
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

**BIOLOGIE CELLULAIRE 4403**

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)  
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)  
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)  
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**CARDIOLOGIE 5102**

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)  
BONELLO Laurent (PU PH)  
BONNET Jean-Louis (PU-PH)  
CUISSET Thomas (PU-PH)  
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)  
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)  
HABIB Gilbert (PU-PH)  
PAGANELLI Franck (PU-PH)  
THUNY Franck (PU-PH)

**CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202**

BERDAH Stéphane (PU-PH)  
*DELPERO Jean-Robert (PU-PH) Surnombre*  
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)  
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)  
SEBAG Frédéric (PU-PH)  
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)  
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)  
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)  
BIRNBAUM David (MCU-PH)  
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)  
GUERIN Carole (MCU-PH)

**CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002**

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)  
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)  
 CURVALE Georges (PU-PH) *Surnombre*  
 FLECHER Xavier (PU PH)  
 PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*  
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)  
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

**CHIRURGIE INFANTILE 5402**

*GUYS Jean-Michel (PU-PH) Surnombre*  
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)  
 LAUNAY Franck (PU-PH)  
 MERROT Thierry (PU-PH)  
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)  
 FAURE Alice (MCU PH)  
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

LOUIS-BORRIONE Claude (PR associé des Universités)

**CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702**

BERTUCCI François (PU-PH)  
 CHINOT Olivier (PU-PH)  
 COWEN Didier (PU-PH)  
 DUFFAUD Florence (PU-PH)  
 GONCALVES Anthony (PU-PH)  
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)  
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)  
 SALAS Sébastien (PU-PH)  
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)  
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

**CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503**

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)  
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,  
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)  
 LEGRE Régis (PU-PH)

**CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103**

COLLART Frédéric (PU-PH)  
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)  
 DODDOLI Christophe (PU-PH)  
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)  
 MACE Loïc (PU-PH)  
 THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)  
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)  
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

**EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601**

AUQUIER Pascal (PU-PH)  
 BERBIS Julie (PU-PH)  
 BOYER Laurent (PU-PH)  
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)  
*SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre*  
 THIRION Xavier (PU-PH)

**CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104**

ALIMI Yves (PU-PH)  
 AMABILE Philippe (PU-PH)  
 BARTOLI Michel (PU-PH)  
 BOUFI Mourad (PU-PH)  
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)  
 PIQUET Philippe (PU-PH)  
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)  
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)  
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

**HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202**

LEPIDI Hubert (PU-PH)  
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

**GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201**

BARTHET Marc (PU-PH)  
*BERNARD Jean-Paul (PU-PH) Retraite au 25/11/2019*  
*BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre*  
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)  
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)  
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)  
 GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)  
 SEITZ Jean-François (PU-PH)  
 VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)  
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)  
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)  
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)  
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

**DUSI**

COLSON Sébastien (MCF)  
 BOURRIQUEN Maryline (MAST)  
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)  
 LUCAS Guillaume (MAST)  
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)  
 MELLINAS Marie (MAST)  
 ROMAN Christophe (MAST)  
 TRINQUET Laure (MAST)

**GENETIQUE 4704**

BEROUD Christophe (PU-PH)  
 KRAHN Martin (PU-PH)  
 LEVY Nicolas (PU-PH)  
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)  
 TOGA Caroline (MCU-PH)  
 ZATTARA/CANNONI Héliène (MCU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;  
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)  
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)  
 CUNY Thomas (MCU PH)

**GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**

AGOSTINI Aubert (PU-PH)  
*BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre*  
 BRETELLE Florence (PU-PH)  
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)  
 COURBIERE Blandine (PU-PH)  
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)  
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**IMMUNOLOGIE 4703****HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701**

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)  
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)  
 OLIVE Daniel (PU-PH)  
 VIVIER Eric (PU-PH)

BLAISE Didier (PU-PH)  
 COSTELLO Régis (PU-PH)  
 CHIARONI Jacques (PU-PH)  
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)  
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)  
 VEY Norbert (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)  
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)  
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)  
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)  
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)  
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)  
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)  
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)  
 ROBERT Philippe (MCU-PH)  
 VELY Frédéric (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

**MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603****MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503**

BARTOLI Christophe (PU-PH)  
 LEONETTI Georges (PU-PH)  
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)  
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BROUQUI Philippe (PU-PH)  
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)  
 MILLION Matthieu (PU-PH)  
 PAROLA Philippe (PU-PH)  
 STEIN Andréas (PU-PH)  
 ELDIN Carole (MCU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301****MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)  
 DISDIER Patrick (PU-PH)  
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)  
 EBBO Mikael (PU-PH)  
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)  
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)  
 ROSSI Pascal (PU-PH)  
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)  
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

**MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602**

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)  
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

**MEDECINE GENERALE 5303****MEDECINE D'URGENCE 4805**

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

*KERBAUL François (PU-PH) détachement*  
 MICHELET Pierre (PU-PH)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)  
 FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

**NEPHROLOGIE 5203**

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)  
 BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)  
 CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)  
 JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)  
 NUSSELI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)  
 ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)  
 THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps) (nomination au 01/10/2019)

BRUNET Philippe (PU-PH)  
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)  
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)  
 JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)  
 MOAL Valérie (PU-PH)

**NUTRITION 4404****NEUROCHIRURGIE 4902**

DARMON Patrice (PU-PH)  
 RACCAH Denis (PU-PH)  
 VALERO René (PU-PH)

DUFOUR Henry (PU-PH)  
 FUENTES Stéphane (PU-PH)  
 REGIS Jean (PU-PH)  
 ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)  
 SCAVARDA Didier (PU-PH)

*ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité*  
 BELIARD Sophie (MCU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)  
 GRAILLON Thomas (MCU PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

**NEUROLOGIE 4901****ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)**

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)  
 SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

ATTARIAN Sharham (PU PH)  
 AUDOIN Bertrand (PU-PH)  
 AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)  
 CECCALDI Mathieu (PU-PH)  
 EUSEBIO Alexandre (PU-PH)  
 FELICIAN Olivier (PU-PH)  
 PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)



**OPHTALMOLOGIE 5502**

DENIS Danièle (PU-PH)  
 HOFFART Louis (PU-PH) *Disponibilité*  
 MATONTI Frédéric (PU-PH) *Disponibilité*

**PEDEPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904**

DA FONSECA David (PU-PH)  
 POINSO François (PU-PH)  
 GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501**

DESSI Patrick (PU-PH)  
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)  
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)  
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)  
 MICHEL Justin (PU-PH)  
 NICOLLAS Richard (PU-PH)  
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -  
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)  
 FAUGERE Gérard (PU-PH) *Surnombre*  
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)  
 SIMON Nicolas (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

**PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502**

RANQUE Stéphane (PU-PH)  
 CASSAGNE Carole (MCU-PH)  
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)  
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

**PHILOSOPHIE 17**

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)  
 MATHIEU Marion (MAST)

**PEDIATRIE 5401**

ANDRE Nicolas (PU-PH)  
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)  
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)  
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)  
 MICHEL Gérard (PU-PH)  
 MILH Mathieu (PU-PH)  
 OVAERT Caroline (PU-PH)  
 REYNAUD Rachel (PU-PH)  
 SARLES Jacques (PU-PH)  
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)

**PHYSIOLOGIE 4402**

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)  
 BREGEON Fabienne (PU-PH)  
 GABORIT Bénédicte (PU-PH)  
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)  
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)  
 FABRE Alexandre (MCU-PH)  
 TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)  
 BONINI Francesca (MCU-PH)  
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)  
 DADOUN Frédéric (MCU-PH) (*disponibilité*)  
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

**PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903**

BAILLY Daniel (PU-PH)  
 LANÇON Christophe (PU-PH)  
 NAUDIN Jean (PU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)  
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

**PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16**

AGHABABIAN Valérie (PR)

**PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101****RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)  
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)  
 CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)  
 GIRARD Nadine (PU-PH)  
 JACQUIER Alexis (PU-PH)  
 MOULIN Guy (PU-PH)  
 PANUEL Michel (PU-PH)  
 PETIT Philippe (PU-PH)  
 VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)  
 VIDAL Vincent (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)  
 BARLESI Fabrice (PU-PH)  
 CHANEZ Pascal (PU-PH)  
 GREILLIER Laurent (PU PH)  
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

**REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802****THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804**

GAINNIER Marc (PU-PH)  
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)  
 PAPAIZIAN Laurent (PU-PH)  
 ROCH Antoine (PU-PH)

AMBROSI Pierre (PU-PH)  
 VILLANI Patrick (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

**RHUMATOLOGIE 5001****UROLOGIE 5204**

GUIS Sandrine (PU-PH)  
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)  
 PHAM Thao (PU-PH)  
 ROUDIER Jean (PU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)  
 KARSENTY Gilles (PU-PH)  
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)  
 ROSSI Dominique (PU-PH)

## **Remerciements**

### **A mon président de jury, M. le Professeur Jean Naudin,**

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse et de juger mon travail. Je vous remercie pour l'originalité et la qualité de vos conseils et orientations. Le passage dans votre service m'a offert des bases solides pour la suite. Recevez ma sincère gratitude.

### **A mon directeur de thèse, M. le Docteur Patrick Ben Soussan,**

Vous avez accepté de m'accueillir dans votre service en créant mon poste au sein du département de psychologie clinique afin que je puisse concrétiser mon projet de thèse. Je vous remercie de m'avoir soutenu et fait confiance dans ma pratique clinique au sein de l'institut Paoli-Calmettes ainsi que dans la réalisation de ce travail. La richesse de vos interventions fut un plaisir et reste une source d'enrichissement et d'ouverture d'esprit. Je vous témoigne ma profonde et respectueuse reconnaissance.

### **A Madame le Docteur BALDO Elisabeth,**

Je suis très touché que vous ayez accepté de juger ce travail. Vous m'avez enseigné une psychiatrie humaine et humble. Ces valeurs restent au fondement de ma pratique. C'est une chance d'avoir commencé la psychiatrie à vos côtés. Je vous prie de recevoir mes sincères remerciements.

### **A Monsieur le Docteur CERMOLACCE Michel,**

Vous me faites l'honneur d'apporter votre expérience à la critique de ce travail en siégeant dans mon jury de thèse. J'ai appris de votre dévouement auprès des patients. Veuillez croire en l'expression de ma respectueuse considération

### **A Monsieur le Professeur DA FONSECA David,**

Je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour avoir accepté de juger mon travail. C'est dans votre service que j'ai décidé de devenir psychiatre. Veuillez croire en l'expression de ma respectueuse considération.

**A tous les patients que j'ai rencontrés,** je vous remercie de m'avoir accordé votre confiance.

**A tous les psychiatres avec qui j'ai eu la chance de travailler,** je vous remercie pour le compagnonnage dont j'ai pu bénéficier.

**A tous les infirmier(e)s que j'ai pu croiser,** votre investissement auprès des patients est honorable.

**Au laboratoire Management Sport Cancer** dirigé par Patrice Viens et Pierre Dantin (Sarah Couvelier, Sarah Calvin, Charlène Villaron), je vous remercie pour nos échanges.

**Au service « Les Lavandes » du Centre Hospitalier de Valvert,** j'ai beaucoup appris de la prise en charge que vous offrez aux patients. J'ai fait de belles rencontres professionnelles et humaines. Merci au Docteur Gaini pour sa douceur, au Docteur Carrier pour sa spontanéité et au Docteur Rivet pour son accompagnement. Je remercie également l'ensemble du personnel paramédical ainsi que Sylvie. Quel plaisir de travailler à vos côtés !

**Aux 5 psychologues du département de psychologie clinique,** vous formez une belle équipe et j'ai été très honoré d'en faire partie. Votre accueil fut à la hauteur de votre bienveillance durant ces 6 mois. Travailler avec des psychologues fut très enrichissant pour ma formation. Vous faites un travail REMARQUABLE auprès des patients de l'institut, je tenais à vous en féliciter.

**A ma famille,**

**A mes parents,**

A toi Maman, ma réussite aujourd'hui est la tienne. Tu as consacré ta vie à tes 2 enfants et tu peux être fière de toi. Tu m'as soutenu au maximum que tu as pu durant toutes ces années. Tu as toujours cru en moi et tu m'as permis de vivre, grâce à tes attentions quotidiennes, comme un prince.

A toi Papa, tu m'as transmis la rigueur, la détermination et l'ambition. Tu as toujours été présent pour Julien et moi. Ton altruisme est grandiose à l'image de ton cœur.

Je vous aime.

**A mon frère Julien,**

Tu as toujours pris soin de ton petit frère. Si différents mais si proches à la fois... je suis tellement fier de toi. Ta réussite est brillante. Je t'aime. Bulle sur toi !

**A Laurent & Gilles,**

Les 2 autres grands frères que la vie m'a offerts. Vous avez toujours été un modèle pour moi, je suis fier de vous. Je vous aime !

**A Manaie,**

Ma deuxième mère... je te remercie du fond du cœur pour cette oreille attentive que j'ai toujours pu trouver auprès de toi. A tes bons conseils et ton grand cœur !

**A Aurore,**

Ma cousine d'amour, ma soeur. Ce lien si fort qui nous unit depuis toujours. Tu es une si belle personne ! Merci pour tout. Lolo est au top !

**A Kim,**

Une belle-sœur d'exception. Merci pour ton soutien, ta finesse d'analyse et ton intelligence.

**A ma petite Giugiu,**

Si petite et tellement douce, gentille et intelligente. Tu es une perle !

**A mon petit Lenny,**

Aurore et mon lolo m'on choisit pour être ton parrain. Je saurai honorer mon titre !

**A mes grands-parents,**

Ceux qui veillent sur moi : Mamie Fifine, Papi Jeannot, Papi Franck.

Et toi, Mamie Jeannine, ton « petit docteur » t'aime.

**A toute la famille Comberton, A toute la famille Biondo,**

A toutes ces réunions familiales qui ont rythmé mon enfance. A tous mes cousins et cousines.  
A cette joie de vivre que nous avons dans la famille !

**A toi Christelle**, ça y est je suis docteur, peut-être que tu peux re-sauter dans la piscine ? Peut-être pour ton diplôme d'IDE cette fois-ci ? Je suis fier de toi ma cousine.

**A toi Tonton Serge**, je pense à toi !

**A tous mes petits cousins et cousines.**

**A la famille Nobile,**

Et en particulier à toi Camille, toi mon Amie, ma première confidente. Tu as vécu toutes ces années avec moi, ton soutien fut sans faille. Je te remercie pour tout ce que tu as fait pour moi, tous les moments qu'on a partagé et qu'on partagera. Je suis fier de celle que tu es. Je vous adore Brice et toi !

**A mes amis,**

**A Léa**, ma douceur, mon amie de longue date et de galère de toutes ces années d'étude. Merci pour ton soutien. A tous ces souvenirs mémorables et ces moments de décompensation : allez, on élimine ? Wouaholeyhihi Wouaholeyhihi. Oh tya pris eh ! On a galéré ensemble mais on va kiffer aussiiiiiiii ! IBIZAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA

**A Arnaud, Florent, Matthias**, mes amis de toujours.

**A toi Alexandra (Xandra Colomb)**, à tous ces fous rires ensemble qui me donnent la joie de vivre au quotidien. Tu es une si belle personne. Je te remercie pour tout. Très...comment dire ? OLD SCHOOL ce remerciement ! A tanto (chapeau et bouche de traviole pleine).

**A Chando**, ma plus vieille amie. A ton rire qui résonne encore et toujours dans ma tête. Merci de m'avoir choisi comme témoin de ton union avec Fahad. **A Naheel**, si tu savais comme ta mère n'est pas tranquille, je t'expliquerai tout un jour !

**A Momo**, mon compagnon de route durant l'externat. A toutes ces fois à la BU où tu n'es jamais venu, je t'attends encore. A toutes ces pauses à refaire le monde. Tu manques ! 40 ans

et il va encore au collège ? **A Soraya**, passionata (JC /AGUERA) depuis toujours, on n'avait pas l'air mais finalement on a bien travaillé ! On peut enfin s'estomper. A ce sprint de chez toi à chez moi quand tu as réussi ta première année ! **A Neyla**, je vais en avoir des choses à te raconter sur tes parents !

**A Clément**, Gérard pour les intimes. Ce séjour à Berlin ! C'est où le prochain ?

**A tous mes co-internes de psy**, et notamment à toi Charlotte, le S, plein de projets TMTC (et non pas ouvrir un salon de thé pour chiens !).

**A Yaël & Alexia** mes bibiches, **Maeva** cherche-merde, **Valosh** elle galosh ? Ta pochette est portée disparue, **Félicie** mon amie de la maternelle.

**A mon équipe de toujours**, Léo, Damien, Rémi, Manon, Valérie...A vous Aline & Kévin avec qui j'ai commencé ces études, bravo à vous !

**A mes infirmières préférées**, Jess ma bibiche, Choufy, Laurence alias Gnagna (mon coach sportif).

**Ainsi qu'à tous les autres !**

## Préambule

Depuis la réussite de ma première année de médecine, j'avais pour idée de faire oncologue. Je ne saurais expliquer pourquoi cette spécialité médicale m'attirait. Au cours de mon externat, j'ai pu réaliser plusieurs stages en oncologie, dont deux à l'institut Paoli-Calmettes en service d'oncologie médicale et un à l'hôpital de jour dans le service du Pr Duffaud à l'hôpital de la Timone. C'est auprès des patients rencontrés durant ces stages que j'ai pu réaliser à quel point ils avaient besoin d'échanger avec une tierce personne et d'exprimer leurs émotions.

Mon attrait pour la psychiatrie a commencé en 4<sup>ème</sup> année de médecine où j'ai réalisé un stage en psychiatrie adulte dans le service « Centaure » du Pr Naudin. Je me rappellerai toujours l'état de stupéfaction ressenti en constatant qu'il existe une « médecine de l'esprit » qui se différencie des autres spécialités par une prise en charge globale des patients sans l'application de protocoles scientifiques purs et durs à travers une relation thérapeutique essentielle.

En 5<sup>ème</sup> année, j'ai réalisé un stage en pédopsychiatrie à l'espace Arthur dans le service du Pr Da Fonseca à l'hôpital Salvator. Je finis ce stage avec une certitude : je veux être psychiatre.

Les épreuves classantes nationales passées, me voilà interne en psychiatrie. Mon premier semestre se déroula dans le service du Dr Baldo, au sein des urgences psychiatriques d'Aix-en-Provence. A travers le compagnonnage dont j'ai pu bénéficier dans cette structure, j'ai appris les bases de la psychiatrie et notamment la capacité à adapter l'entretien psychiatrique à tout type de patient. Au cœur des troubles psychiatriques aigus, les pathologies chroniques m'intéressaient moins.

Mon deuxième semestre se déroula dans le service « Vega » du Pr Naudin, avec Dr Cermolacce et Dr Degrandi. A travers ce stage en psychiatrie générale adulte, j'ai pu suivre des patients souffrant de troubles psychiatriques chroniques tels que la schizophrénie ou la bipolarité et ainsi développer un intérêt pour ces pathologies. L'approche phénoménologique du service me permit d'accroître mon attention lors des entretiens.

Mon troisième semestre fut au Centre hospitalier Valvert dans le service « Les Lavandes » aux côtés des Dr Rivet, Dr Carrier, Dr Gaini. Ce stage fut très enrichissant concernant

l'apprentissage de la prise en charge sectorielle. En effet, les patients bénéficient d'une prise en charge intra-hospitalière autant qu'extrahospitalière (hôpital de jour, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, centre médico-psychologique). Au cours de ces 6 mois, j'ai pu me former à la thérapie institutionnelle où chaque intervenant dans ces structures joue un rôle considérable pour le patient et ainsi enrichir ma formation à travers les connaissances et ressentis de chacun. Ce travail en équipe fut une évidence pour moi.

En vue d'un projet de thèse de psychiatrie de liaison en oncologie, le Pr Naudin me mit en contact avec le Dr Ben Soussan, chef du département de psychologie clinique de l'Institut Paoli-Calmettes. Celui-ci accepta de m'accueillir pour 6 mois en créant un premier poste d'interne en psychiatrie au sein du département de psychologie clinique. Ce service propose des suivis psychologiques/psychiatriques pour les patients hospitalisés dans les différents services ainsi que des consultations externes. Il est composé de 5 psychologues cliniciennes qui se répartissent les différents services et proposent une offre de soins variée (soutien psychologique, sophrologie, hypnothérapie...) : Arnault Yolande, Dezamis Anne, Fisch Constance, Prodromou Niki, Raphael Alexia.



## Table des matières

<b>Introduction .....</b>	<b>3</b>
<b>La place de la psychiatrie et de la psychologie en oncologie .....</b>	<b>6</b>
1. Le cancer atteint le corps mais aussi l'esprit .....	6
2. Définition et enjeux de la Psycho-Oncologie.....	9
3. Histoire de la Psycho-Oncologie .....	10
4. Témoignage de Yolande Arnault, psychologue clinicienne au sein de l'institut Paoli-Calmettes .....	12
5. Mon expérience personnelle en tant qu'interne de psychiatrie en oncologie .....	17
6. Quelques instants cliniques illustrant l'expérience vécue .....	21
<b>L'expérience du cancer, une empreinte sur l'avenir. ....</b>	<b>33</b>
1. L'après cancer, un flou identitaire .....	33
2. Les conséquences du cancer à long terme selon une étude de la ligue contre le cancer .....	34
A. Méthode.....	34
B. Résultats.....	35
3. Attention portée à l'après cancer dans le plan cancer 2014-2019 .....	37
A. Accorder une priorité au maintien et au retour dans l'emploi .....	37
B. Mieux connaître le vécu des patients pendant et après un cancer.....	38
4. Le syndrome de Lazare.....	39
A. Définition .....	39
B. Hypothèses explicatives .....	40
5. La peur de la récurrence du cancer (PRC) .....	43
6. Exemple du cancer du sein portant atteinte à l'intégrité physique et psychique de la femme .....	44
A. Épidémiologie .....	44
B. Témoignage de Catherine Cerisey .....	45
C. Une cicatrice traumatique, à la fois physique et psychique .....	48
D. L'image d'un corps meurtri.....	50
E. Sexualité et fécondité .....	51
F. 4 motifs de vie distingués dans l'après cancer du sein .....	53

<b>La motivation.....</b>	<b>56</b>
1. Les théories motivationnelles .....	56
2. La théorie de l’auto-efficacité de Bandura .....	57
3. La théorie du positionnement d’objectif .....	58
4. Catégorisation de la motivation .....	59
5. L’entretien motivationnel centré sur la personne.....	60
<b>L’onco-coaching .....</b>	<b>61</b>
1. Le coaching en psychologie positive .....	61
A. Enjeux du coaching en psychologie positive .....	61
B. Le changement personnel .....	63
C. L’effet Pygmalion .....	64
D. Le regard positif inconditionnel .....	65
E. Les instruments du CPP visant le rétablissement de l’autonomie .....	65
2. Le coaching comme outil pour guérir de la guérison .....	66
A. Le coaching comme outil d’action du rétablissement social et psychologique .....	66
B. Un coaching d’inspiration sportive.....	67
C. Promouvoir l’espoir à travers une approche salutogénique en vue d’une conception élargie du rétablissement .....	68
D. La croissance post-traumatique : un oxymore attendu.....	70
3- Le Programme Rebond au sein de l’institut Paoli-Calmettes .....	71
4- Autres programmes envisagés.....	72
5- L’ouverture d’un certificat universitaire pour soutenir le développement du programme ..	73
<b>Conclusion.....</b>	<b>75</b>
<b>Références Bibliographiques .....</b>	<b>77</b>
<b>Abréviations.....</b>	<b>85</b>

## Introduction

Selon les données globales d'épidémiologie de l'Institut National du Cancer, en 2018 le nombre estimé de nouveaux cas de cancer est de 382 000 et celui de décès par cancer de 157 400. Le nombre de personnes de 15 ans et plus vivantes et ayant eu un cancer au cours de leur vie est de l'ordre de 3.8 millions. Leur risque de second cancer est augmenté, en moyenne, de 36% par rapport au risque de cancer de la population générale.

« La maladie est la zone d'ombre de la vie, un territoire auquel il coûte cher d'appartenir. En naissant, nous acquérons une double nationalité qui relève du royaume des bien-portants comme celui des malades. Et bien que nous préférerions tous présenter le bon passeport, le jour vient où chacun de nous est contraint, ne serait-ce qu'un court moment, de se reconnaître citoyen de l'autre contrée » Susan Sontag (1).

La maladie ne s'éprouve qu'à la première personne. Il y a autant de manières de vivre un cancer qu'il y a de personnes touchées. L'expérience subjective de la maladie cancéreuse correspond à celle d'une souffrance globale liée à la peur de la mort, à la lourdeur et l'incertitude des traitements, à la perspective d'une récurrence possible, à l'inquiétude vis-à-vis de l'avenir et à la mise à l'épreuve des relations interpersonnelles.

De la bête qui ronge à la sanction d'une mauvaise hygiène de vie et d'abus divers, les représentations sociales du cancer évoluent lentement. Lors du diagnostic, la sentence tombe, la personne doit endosser avec obéissance le rôle de malade. Mettre en sommeil la violence de ces représentations que la maladie charrie apparaît comme une nécessité vitale. Le corps devient un objet à contrôler, redoutable persécuteur qui n'apporte plus ni plaisir ni paix et que le malade ne rêve plus de réanimer mais souhaite simplement faire taire.

A chaque phase de la maladie cancéreuse, la personne va s'adapter par rapport à la mémoire des expériences passées et par rapport à la menace des expériences futures. La synthèse de tout cela peut mener à une adaptation ou à un échec de l'adaptation. Ainsi, avoir un cancer et recevoir des traitements n'est pas seulement un défi pour le corps. C'est aussi une épreuve psychologique et émotionnelle. Pendant des mois, la maladie engendre toute une série de sentiments puissants : peur, colère, tristesse, espoir, désespoir, déception... « Je sais

maintenant que je passerai de l'euphorie à la déprime, de l'optimisme le plus irrationnel au pessimisme le plus aveugle, du sentiment plutôt plaisant d'aller mieux à la reconnaissance pénible du fait qu'en réalité je vais plus mal, et ainsi de suite, dans une série interminable de hauts et de bas » Ruwen Ogien (2).

Au cœur de ceux-ci peuvent se développer des troubles psychiatriques. Derogatis et al. en 1983 faisaient état dans une étude épidémiologique d'une prévalence de 47% (3). Ainsi, près d'un patient cancéreux sur deux présenterait des troubles mentaux avec 68% de trouble de l'adaptation et 13% de trouble de l'humeur. D'autres études plus récentes (4)(5)(6)(7) ne remettent pas en cause cette prévalence mais insistent sur la dimension traumatique de l'expérience du cancer et se rapprochent davantage de certains champs ouverts depuis peu dans la nosographie du DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), à savoir, les états de stress post-traumatiques (8).

Au cours de cette crise existentielle, se crée une rupture de la temporalité et de l'identité que les malades résumant si communément par cet adage : « il y a un avant et un après ». Dans cet « après », la phase médicale se termine, le patient peut ressentir un véritable sentiment de solitude, comme un abandon par la médecine, synonyme de désœuvrement voire d'errance. Selon l'étude VICAN5 réalisée par l'Inserm (Institut National de Santé et de Recherche Médicale) analysant la santé, la qualité de vie et le suivi de 4174 personnes atteintes d'un cancer, 5 ans après le diagnostic, 63.5% des personnes souffrent de séquelles dues au cancer et aux traitements (9).

De nombreux travaux se sont concentrés sur l'annonce diagnostique d'un cancer et sa dimension traumatique qui en découle, sur le « pendant » et ses répercussions psychologiques. Avec les progrès réalisés dans le traitement du cancer, le nombre de survivants ne cesse d'augmenter. A l'origine d'un flou identitaire, la période de l'après cancer mérite une attention particulière. C'est ainsi que nous pouvons nous demander comment permettre à ces millions de patients de passer dans leur propre considération du statut de survivant à vivant.

A travers l'étude des répercussions psychiques du cancer dans un premier temps, nous introduirons le sujet par la place de la psychiatrie et de la psychologie dans les services d'oncologie où l'écoute, médiation d'un tiers venant briser le face à face angoissant de la

personne avec sa maladie est au fondement du soin. Nous nous concentrerons ensuite sur l’empreinte indélébile laissée par l’expérience du cancer sur l’avenir avec pour exemple l’après cancer du sein touchant une femme sur huit et connaissant une augmentation du taux de survie désormais de 87% à 5 ans du diagnostic. Par la suite, nous nous projetterons, en s’appuyant sur les théories motivationnelles, sur l’onco-coaching, une perspective d’amélioration de la qualité de vie des patients en rémission afin de « guérir de la guérison » et nous présenterons les premiers travaux réalisés dans ce domaine par le laboratoire Management Sport Cancer.

## La place de la psychiatrie et de la psychologie en oncologie

### 1. Le cancer atteint le corps mais aussi l'esprit

« À l'annonce du mot « cancer » se brisent les ailes du désir, et l'esprit se noie dans un abîme sans fond, tandis que le corps est précipité dans l'horreur de la chute : tomber cancéreux, c'est « tomber-mourir » dans un univers déchaîné [...] C'est éclater en mille morceaux cancérisés, métastasés dans un océan d'indifférence alors que le monde réel continue imperturbablement de tourner » Danièle Deschamps (10).

Être atteint d'un cancer, c'est voir sa vie chamboulée et pénétrer dans un monde nouveau, celui de la maladie et de la médecine. Monde étrange où les repères habituels s'estompent. Être malade du cancer, c'est voir réduite sa capacité à s'ajuster aux changements de son état et aux changements de son milieu. La personne malade voit diminuée sa capacité à répondre aux exigences de son monde, à y agir de manière adaptée et inventive. Sa puissance habituelle d'agir est altérée. Ainsi sa vie est restreinte et contrainte tant au plan physiologique qu'aux plans existentiel, psychologique et social.

Le diagnostic de cancer est vécu comme une sentence pour le patient qui renvoie à une injustice terrible, un jugement froid et violent posé par quelqu'un d'étranger. Le traumatisme de l'annonce selon Laplanche et Pontalis (11) se caractérise « par un afflux d'excitations qui est excessif, relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité de maîtriser et d'élaborer psychiquement ses excitations ». Face à cette effraction, le sujet sidéré ne peut à la fois « ni fuir, ni accueillir » pour reprendre l'expression Freudienne. Par un positionnement de toute puissance et par la seule parole de l'autre, l'énonciation par le médecin fait advenir la maladie dans la réalité : elle ne peut plus être ignorée ou redoutée. Le verbe se fait alors mortifère, annonciateur d'un avenir sombre convoquant au principe de finitude. Le vécu de cette annonce peut donc représenter un réel traumatisme. Sur le plan symbolique, la confrontation directe au risque de la mort représente le dénominateur commun de toute expérience traumatique. Le processus d'adaptation post traumatique fait l'objet d'obstacles multiples potentiellement intenses et persistants résultant du stigmatisme social de la maladie, de l'évolution éventuelle de l'affection néoplasique ainsi que des conséquences du traitement.

Les malades n'arrivent pas égaux face à l'annonce de la maladie néoplasique. En effet, la qualité du style d'attachement pourrait influencer la capacité qu'aura ou non un patient d'élaborer l'angoisse de séparation et de mort inéluctablement réactivée de manière majeure à l'annonce. En effet, John Bowlby, psychologue anglais père de la théorie de l'attachement (12), considère que l'instinct qui conduit un bébé à rechercher sa mère n'est pas celui de l'alimentation, dite pulsion orale chez Freud, mais bien plutôt un instinct de protection satisfaisant un besoin de sécurité à travers la relation à autrui, et notamment sa figure d'attachement (le plus souvent la mère). Les recherches de la psychologue du développement, Mary Ainsworth, au cours des années 1960 et 1970 ont donné un socle aux concepts de base, en introduisant la notion de base de sécurité et en développant la théorie de l'existence de schémas d'attachement dans la petite enfance : attachement sécurisé, attachement anxieux et attachement évitant (13) ; un quatrième a été identifié plus tard, l'attachement désorganisé. Au cours des années 1980, la théorie est étendue aux relations d'attachement entre adultes. De plus, la qualité du fonctionnement mental et la capacité éventuelle de le réanimer après la phase initiale de sidération/déni consécutive à l'annonce du diagnostic potentiellement létal seraient déterminantes. Le DSM IV reconnaît en 2000 « le fait de recevoir le diagnostic d'une maladie mettant en jeu le pronostic vital » comme un événement traumatique extrême susceptible de conduire au développement d'état de stress post-traumatique (ESPT). En effet, le diagnostic de cancer est enfin reconnu comme pouvant être à l'origine d'un stockage erroné des perceptions de l'environnement correspondant à des distorsions. Une étude de l'université nationale de Malaisie dirigée par le Dr Chan (14) a mis en évidence que 21.7% des patients présentaient un ESPT à 6 mois du diagnostic et 6.1% à 4 ans. Le trouble se manifeste par des symptômes dissociatifs tels que la reviviscence persistante de l'annonce, des intrusions (flashback), des comportements d'évitement des stimuli associés, un émoussement de la réactivité générale ainsi qu'une hyperactivité neurovégétative.

L'annonce aux proches est un nouveau moment de l'annonce, comme une réplique de séisme transmettant et propageant les dégâts autour (15). La maladie se fait contaminante, contagieuse par la parole. Devoir l'annoncer aux proches participe aussi à l'inscription et à la réalisation de cette annonce. Ce processus d'annonce inscrit tour à tour le sujet dans le rôle de la personne agressée (celui à qui on annonce) à celui de l'agresseur (celui qui devra

l'annoncer). Le sujet malade passe de la fonction de persécuté à persécuteur animé par le désir d'obtenir le soutien de ses proches et une volonté de les préserver. Cela peut induire une redistribution des rôles dans la famille s'opérant sans le consentement de la personne qui se voit désinvestie de sa fonction pour être positionnée dans une autre nommée « malade » pas toujours souhaitée. « L'affection cancéreuse introduit principalement le risque de perte et de séparation. Il constitue donc une menace pour les liens d'attachement. Des styles différents d'attachement se développent chez l'individu en fonction des expériences relationnelles précoces » (12). En ce qui concerne les relations intrafamiliales, dans la plupart des cas, l'annonce du diagnostic d'une affection cancéreuse resserre les liens entre les membres de la famille et renforce sa cohésion (16).

Le cancer est une expérience de perte, la perte de soi-même. Le véritable combat du malade n'est pas à mener contre le cancer (finalement ce sont les médicaments, les chimiothérapies qui nous débarrassent de la bête), c'est celui de leur identité, pendant et après le cancer. En effet, dans l'après-cancer, ni bien-portant, ni malade, il peut souffrir d'un flou identitaire ; flou qui illustre fort bien ses difficultés à retrouver une place dans un monde, dont il était partiellement sorti et qui a évolué sans lui.

L'expérience « cancer » intègre progressivement dans l'esprit des patients un équilibre fragile entre deux tâches contradictoires :

- L'opération des mécanismes classiques de défense tels que le déni, l'évitement, la négation, la suppression et la rationalisation afin de maintenir l'équilibre émotionnel
- Le besoin de maîtrise plus conscient, orienté sur les ressources disponibles pour valoriser un projet à travers la compréhension, l'action, la collaboration afin de permettre d'avoir l'esprit aussi clair que possible pour affronter la situation présente.

A chaque étape de la maladie, les réactions psychologiques opèrent une intégration entre mémoire des expériences passées, perception des menaces futures et ressources disponibles. Ces réactions peuvent mener à une adaptation ou à un échec : troubles de l'adaptation, syndromes psychopathologiques, échec de la réinsertion, etc. La FNCLCC (Fédération Française des centres de lutte contre le cancer) appuie les travaux de Derogatis et al. de 1983



et confirme en 2003 la prévalence de troubles psychiatriques chez 47% des patients, soit près d'un patient sur deux avec 39% de troubles de l'adaptation, 12% de troubles dépressifs, et 6% de réactions anxieuses.

## **2. Définition et enjeux de la Psycho-Oncologie**

« La psycho-oncologie a été définie comme l'étude des interactions entre le psychisme et les profondes mutations qu'impose le diagnostic de cancer, les thérapeutiques, la rémission, la guérison ou les étapes qui précèdent la mort. On ne peut omettre la connotation sociale de la maladie qui s'inscrit toujours dans l'histoire du patient et de sa famille et ne peut être sans conséquence sur le fonctionnement des soignants » Nicole Alby (17).

La Psycho-Oncologie est une discipline récente, qui s'est structurée dans les années 80, en réponse à l'intérêt croissant porté aux aspects psychologiques, comportementaux et sociaux, liés à la survenue d'un cancer. Son nom, traduit de l'anglais « Psycho-Oncology », témoigne de sa position à l'interface de l'oncologie, de la psychiatrie et de la psychologie (18).

Selon La SFFPO (Société Française de Psycho-Oncologie), l'objectif de la psycho-oncologie est l'intégration de la dimension psycho-sociale aux soins dispensés en cancérologie, et ce à chacun des temps de la prise en charge. Par conséquent, elle concerne l'ensemble des acteurs impliqués dans ce champ, médecins, soignants et travailleurs sociaux, auxquels les psychiatres et les psychologues cliniciens peuvent apporter la spécificité de leurs compétences cliniques et thérapeutiques.

Le champ de la psycho-oncologie comprend deux axes majeurs, tant du point de vue de l'amélioration des connaissances que de la mise en place d'interventions spécifiques :

- Les réactions psychologiques et sociales des personnes confrontées au cancer (patients, familles, équipes soignantes), avec la mise à jour des mécanismes d'ajustement (inconscients et conscients) et l'identification des situations favorisant la vulnérabilité des sujets face à l'apparition d'une détresse émotionnelle.

- Les facteurs psychologiques, comportementaux et sociaux qui influencent l'apparition du cancer, sa récurrence et la survie des patients, avec des questionnements autour des liens possibles avec les domaines de la neuro-immunologie ou encore de la génétique.

La psycho-oncologie désigne également la pratique clinique des psychologues et des psychiatres, exerçant dans des lieux de soins en cancérologie. Elle implique le développement d'un ensemble de connaissances spécifiques, reposant sur des thématiques et une méthodologie de recherche propres à ces professionnels.

### **3. Histoire de la Psycho-Oncologie**

La psycho-oncologie est une discipline internationale en plein développement qui s'est enrichie de l'expérience passée à travers une diversité de pratiques et d'approches théoriques permettant d'apporter plusieurs modalités de réponses à la complexité des situations en cancérologie.

Le 1<sup>er</sup> article sur l'impact psychologique du cancer à été écrit en Amérique en 1955. En France, le premier à en parler fut le Professeur Jean Bernard.

Son apparition au milieu des années soixante-dix a été rendue possible par la réunion des facteurs suivants :

- **L'évolution des mentalités au sujet du cancer** : longtemps le cancer a fait partie de ces maladies stigmatisantes, à l'origine de culpabilité et de honte, voire même d'exclusion sociale, souvent par peur de la contamination, que la contagion imaginée soit de nature microbienne ou morale. Le cancer était d'autant plus menaçant dans l'esprit public qu'il était jusqu'à encore récemment synonyme de maladie incurable et mortelle, source de souffrances abominables. Les progrès thérapeutiques, ainsi que la facilitation de l'accès au savoir médical ont peu à peu permis de dépasser les craintes et le fatalisme associés au cancer, en même temps qu'ils ont favorisé la chute du tabou : parler du cancer. La naissance de la psycho-oncologie n'aurait pu se faire sans cette

ouverture du dialogue autour du cancer et de ses retentissements en dehors de la seule communauté médicale.

- **La reconnaissance des droits des patients et de leurs proches** : le non-dit du cancer a également cédé sous la pression des mouvements associatifs, qui porte-paroles des patients dans un premier temps, puis des proches dans un second temps ; ont fait connaître les difficultés et les besoins de soutien de chacun. L'ampleur des débats dans les années 60 sur « droit de savoir » a fait évoluer la relation médecin-patient, en insistant sur la nécessité d'informer les patients de leur diagnostic et d'instaurer avec eux un réel dialogue au sujet des options thérapeutiques. En outre, les révélations des procès de Nuremberg concernant les expérimentations humaines réalisées au cours de la seconde guerre mondiale ont contribué à ce changement en faveur de la recherche systématique du consentement du patient aux modalités thérapeutiques proposées. Les travaux d'Elizabeth Kübler-Ross ont quant à eux favorisé la reconnaissance du besoin des patients en fin de vie de parler de leur situation, en insistant d'une part sur le caractère nécessaire du dépassement des craintes et des croyances associées au fait d'évoquer la mort, ainsi qu'en témoignant d'autre part du fait que l'humanisation des soins en fin de vie tient en partie à la possibilité donnée aux patients de partager une même réalité avec les soignants, autant que les proches qui l'accompagnent, et non au maintien dans l'ignorance qui crée l'isolement.
- **L'intégration progressive des consultations de psychiatrie et de psychologie aux services de médecine** : l'implantation dès les années 30 des consultations de psychiatrie en médecine somatique, puis la reconnaissance à partir des années 50 de cette activité de psychiatrie de liaison, ont contribué à mettre en évidence la spécificité des retentissements psycho-sociaux du cancer et de ses traitements, et à justifier de fait une prise en charge spécialisée de ces difficultés nécessairement assurée par des professionnels de santé mentale expérimentés dans ce domaine particulier.
- **L'avancée des corpus théoriques et des méthodes de recherche en sciences humaines** : le développement dans les années 50 des études prospectives, à

l'appui d'outils quantitatifs validés, a permis de mieux comprendre la manière dont les patients réagissaient à leur cancer, ainsi qu'à établir les premières données épidémiologiques concernant en particulier l'incidence des troubles anxio-dépressifs. Ces recherches partagées avec le corps médical ont de plus favorisé le rapprochement et la meilleure collaboration des disciplines. Deux équipes Américaines ont été particulièrement motrices dans le lancement des premières études en psycho-oncologie : celles attachées au Massachusetts General Hospital et au Memorial Sloan-Kettering Cancer Center. Plus récemment, l'introduction d'échelles adaptées aux spécificités des difficultés rencontrées par les patients atteints de cancer, tel que l'European Organization for Research and Training in Cancer- Quality of Life Questionnaire (EORTC-QLQ-C30), a accompagné l'essor des études en psycho-oncologie, en facilitant le recueil des données et l'approfondissement des connaissances.

- **La diffusion des savoirs cliniques et théoriques acquis sous forme orale et écrite** : La multiplication des communications et des publications (création du *Journal of Psychosocial Oncology* en 1983 et du journal de *Psycho-Oncology* en 1992 ; publication du *Handbook of Psychooncology* en 1989, puis de l'ouvrage de *Psycho-Oncology* en 1998 de J.C. Holland) au sujet des résultats d'études et des connaissances acquises en psycho-oncologie, ainsi que la structuration en parallèle de sociétés savantes (*International Psycho-Oncology Society* en 1984) ont été motrices dans l'élaboration de référentiels scientifiques.

A travers ces différentes étapes, la psycho-oncologie a gagné en assise scientifique et sociétale, pour se poser comme un incontournable dans l'élaboration des politiques de santé.

#### **4. Témoignage de Yolande Arnault, psychologue clinicienne au sein de l'institut Paoli-Calmettes**

« Voilà à présent de nombreuses années que des psys (psychologues, psychiatres voire psychanalystes) sont entrés dans des services jusqu'alors réservés aux seuls médecins dits somatiques. Les aspects humains, psychologiques ont ainsi été progressivement pris en comptes. Des psys ont pénétré peu à peu le territoire, la chasse gardée de l'hôpital et des

services d'oncologie. On peut toutefois s'attrister que cette prise en compte de l'humain et de la psyché face au cancer n'ait été trop souvent réduite à des questionnaires de qualité de vie (QdV) qui n'ont fait que démontrer qu'on vit moins bien avec un cancer que sans, faisant ainsi l'impasse sur ce que Y. Jaffré a qualifié d'infini nuancier de la vie. Mais plus sérieusement, est-il besoin de rappeler la fonction cathartique de la parole, de la nécessaire prise de parole dans toutes sa singularité et qui permet aux malades du cancer de se raconter, de renouer les liens rompus par la survenue de la maladie ?

S. Mukherjee, médecin oncologue, dans sa biographie du cancer (2013) - et non histoire du cancer - l'a bien compris quand il écrit : « Même un monstre venu du passé a besoin d'un nom. Nommer une maladie et décrire un certain état de souffrance est un acte littéraire avant de devenir un acte médical. Un patient, bien avant d'être l'objet d'une attention médicale, est tout simplement un conteur, un narrateur de sa souffrance, un voyageur qui a visité le royaume de la maladie. Pour soulager une maladie, il faut d'abord déballer son histoire » (p.68).

### **Des Psys en Oncologie ?**

Si la priorité lorsqu'un diagnostic de cancer est porté sur la mise sous traitements, on ne peut ignorer l'impact que l'annonce d'une telle maladie aura sur le psychisme du patient qui basculera dès lors du monde des vivants à celui des morts en puissance.

Exercer dans un centre de lutte de contre le cancer c'est avoir à faire à de multiples personnes, les malades, leurs familles, les soignants médicaux et paramédicaux. Être psy dans ce type d'établissement, c'est aussi avoir à faire à de multiples situations. Les moments de crise dus aux différentes étapes de la maladie (diagnostic – annonces dirait-on de nos jours - traitements, récurrence, rémission, fin de vie) ; de conflits, de malentendus entre soignants, malades, familles ; d'épuisement, de souffrance ; de problématiques diverses autour de la maladie bien sûr, mais aussi bien au-delà, puisque chacun est porteur d'une histoire, d'évènements de vie qui ont déjà affecté, imprimé leurs marques et dont les traces ne manqueront de s'exprimer face à l'irruption du cancer. Cela implique une confrontation soudaine à la problématique de la vie et de la mort, avec toute l'angoisse, la détresse, le désespoir, mais aussi les espoirs qui traversent ces temps multiples. Nous avons à faire avec la souffrance physique et morale, la mutilation et la peur des traitements. Nous avons à faire

à des personnes et des familles dont la vie se trouve subitement désorganisée, parfois anéantie dans ses liens, ses projets. La place de chacun s'en trouve changée, le rythme de vie chamboulé par les hospitalisations, les traitements et leurs effets.

Dans ce contexte, les symptômes les plus fréquemment rencontrés sont l'anxiété, l'angoisse et les syndromes anxio-dépressifs réactionnels et la reconnaissance de cette souffrance psychique, chez le patient et son entourage, permet une prise en charge thérapeutique. Il convient en outre de prendre en compte une clinique du deuil. Deuil de l'image de soi, de la perte des repères habituels et du sentiment d'invulnérabilité et de toute-puissance. Nous n'avons donc pas à faire dans notre quotidien à des psychopathologies d'ordre psychiatriques. Cependant la présence de psychiatre dans ces lieux s'avère d'une aide précieuse et est complémentaire avec celle des psychologues.

Mais du côté de l'institution, des équipes, on espère de l'intervention du psy que s'aplanissent les difficultés. « Le psy en milieu hospitalier devient un spécialiste de plus, dont on attend une efficacité à court terme » (Bensaïd N., « Un médecin dans son temps », 1985). Le psy est perçu comme celui qui est censé parvenir à décoder, donner des solutions face à des situations aussi complexes que mouvantes.

### **Quel travail ?**

Les progrès et l'évolution des traitements ont considérablement allongé l'espérance de vie des patients en cancérologie. Il n'est pas rare de rencontrer des malades porteurs de cancer métastatique qui sont aux prises avec la maladie depuis plusieurs années (cancer du sein, de la prostate par exemple). Or, le fait même de nommer « patients » les sujets malades dont nous nous occupons fait d'emblée appel à la notion de temps. Le malade, cet être si patient... Dans le déroulement de la maladie grave, du cancer en particulier, c'est donc bien la question du temps, mais bien plus encore celle de la temporalité qui est au cœur de la problématique. Tenter de se pencher sur cette question nous amène dès lors à nous interroger sur ses aspects phénoménologiques. Quelle est l'expérience du temps et de la temporalité chez la personne malade ? Que font vivre ces étapes : de l'annonce du diagnostic, des traitements, en passant par la rémission, voire la guérison, la récurrence ou bien encore la fin de vie ? Comment psychiquement peut-on s'organiser dans ces méandres incertains et redoutables ? En quoi

l'irruption de la maladie vient ébranler le sentiment identitaire des patients ? En quoi la parole vient-elle restaurer cette fracture et aider le malade à se sentir « différemment le même » ?

Les sujets à propos de l'irruption du cancer évoquent tous le Tsunami, le choc qu'a constitué l'annonce, ou bien encore celle de la récurrence ou de la phase palliative. Tous témoignent d'un avant et d'un après irrémédiable, inconciliable. De même si l'objectif est d'aller vers la rémission et de la guérison tant attendues, il n'est pas rare que ce soit à ce moment-là que les « futurs anciens malades » traversent un épisode dépressif. En effet, à l'inverse de ce que l'on peut imaginer, le sujet qui ne fait plus d'allers-retours à l'hôpital, a un sentiment de solitude et d'abandon. Loin de se réjouir (Brun D., « l'enfant donné pour mort », 2001) le sujet est taraudé par les affres de la peur de la récurrence. Or, c'est fréquemment à ce moment que survient la décompensation psychique. C'est alors que la famille qui tolère cet état dans un premier temps est très vite agacée et ne comprend pas pourquoi « l'ancien malade » n'est toujours pas « le nouveau guéri ». L'injonction dès lors lui est faite « d'aller mieux, de se reprendre, de se secouer, de prendre sur soi et d'aller de l'avant » ! Mais quel est cet avant ? Qu'y a-t-il devant le sujet guéri ? Quelle voie nouvelle s'ouvre ? Avec quel piège ? Quelle certitude ?

Un travail de parole pourra alors contribuer à (re)trouver un sentiment profond de guérison et relancer le sujet dans l'histoire d'une vie où le passé même de cancer peut être reconnu et ainsi réellement oublié, mis à distance affective.

On peut donc affirmer que l'expérience du cancer transforme, déforme, mâche, broie les anciens repères et l'après maladie plonge les sujets dans un entre-deux, une sorte de « no man's land » où ils ne se sentent ni plus tout à fait malades, ni encore guéris.

Mais si la parole du sujet se déploie dans l'ici et maintenant, elle peut aussi prendre sens dans l'après coup. Le déroulement du discours génère donc une temporalité spécifique, une temporalité discursive. Car si la maladie du médecin est perçue objectivement comme un désordre anatomo-physiologique, la maladie du malade quant à elle devra être attribuée à l'un ou l'autre événement malheureux de l'existence. Il y a donc d'un côté le corps observé, objectivé et de l'autre, le corps imaginaire et fantasmé. Le premier relève d'un langage scientifique nosographique, cartographié, le second relève de la parole subjective, du langage qui ouvre la voie au symbolique.

Par la narration le patient se réapproprié une « identité narrative » en s'intronisant comme personnage de son histoire, dont il est à la fois le sujet et l'objet. C'est du concept d'ipséité (Ricœur P., « Temps et récit », 1983) dont il s'agit ici et qui désigne le maintien de soi à travers les aléas évènementiels qui construisent son histoire. Pour Ricœur en effet « le temps devient temps humain dans la mesure où il est articulé sur un mode narratif, et que le récit atteint sa signification plénière quand il devient une condition de l'existence temporelle ». Ainsi le temps ne se manifeste que par le récit, et le récit en retour se manifeste s'il restitue l'expérience temporelle. Ainsi se construira la maladie du malade par opposition à la maladie du médecin (Canguilhem G., « Le normal et le pathologique », 1966).

Il me semble important d'évoquer également d'autres approches au service des patients, car conscient des nouvelles attentes des malades, nombreux établissements proposent de plus en plus tout un éventail de soins complémentaires reconnus et validés, qui répondent efficacement et de façon adaptée aux souhaits et aux besoins des personnes atteintes de cancer, à tous les temps de leur parcours de soins, de l'annonce à l'après traitement. L'originalité de ces propositions réside dans la pluralité de ces approches thérapeutiques non médicamenteuses qui permettent d'alléger les effets secondaires des traitements et leur retentissement, tant physique que psychologique. Ces approches ont donc pour visée commune le soulagement, le confort, le mieux-être en aidant les malades à mieux gérer la douleur, l'anxiété et le stress... ainsi sont proposés l'hypnose, la sophrologie, la psychomotricité, le yoga, l'activité physique adaptée, l'ostéopathie, la méditation pleine conscience, la RESC, l'art-thérapie ou bien encore des ateliers senteurs. Nombre de psychologues, médecins ou autres soignants se sont formés à certaines de ces disciplines complémentaires. Que cela passe par l'hypnose, l'ostéopathie ou autre, offrir un accès le plus large possible à toutes ces approches doit permettre au patient de ne pas se résumer à son état de malade et de se penser avant tout comme une personne à part entière. Faire ainsi que la maladie ne soit plus vécue comme une tragédie, un cataclysme, mais qu'elle soit l'occasion de découvrir en soi des ressources et des capacités nouvelles et ainsi se réconcilier avec soi-même.

Pour conclure, dans ces lieux, où maladie grave et traitements dictent leurs lois, pas de filet. Nous sommes des navigants dans ce vaisseau que constitue l'hôpital, pouvant être appelés à tout moment, dans n'importe quel service. Ainsi, parfois devons-nous intervenir dans une



certaine urgence parce qu'une équipe, un médecin se sentent débordés par la situation qu'ils rencontrent. Différer n'est pas toujours possible face à l'angoisse qui peut submerger un patient, une famille, un soignant. Mais en même temps travailler cette question devient essentielle, pour ne pas tomber, non plus, dans un mimétisme médical, que constitue l'urgence. Gare au « SAMU psychologique » ! Ne pas céder à la tendance actuelle qui est de « dégainer » du psy à toutes les occasions. Les cellules de soutien psychologiques pullulent. Je m'interroge parfois sur leur pertinence...

On sait pourtant, que le précieux allié du psy c'est le temps, les modifications ne s'installant souvent qu'après coup.

Ces lieux si particuliers, exigent donc des pratiques singulières. Loin, le cabinet feutré de l'analyste, loin le cadre auquel le psy se raccroche peut-être parfois pour se rassurer lui-même. De tels lieux convoquent des sentiments extrêmes, comme sont extrêmes les problématiques de la vie et de la mort auxquelles sont confrontés tous les protagonistes de ces tranches de vie, malades, entourage et soignants. »

## **5. Mon expérience personnelle en tant qu'interne de psychiatrie en oncologie**

Être interne en psychiatrie c'est apprendre à diagnostiquer et prendre en charge des patients souffrant de troubles psychiatriques, souvent chroniques tels que la schizophrénie, les troubles de l'humeur et parfois aigus comme des épisodes psychotiques aigus, des tentatives de suicide... La souffrance à laquelle nous nous confrontons au quotidien est celle de patients souffrant de troubles psychiatriques ayant des répercussions socio-professionnelles majeures, altérant la qualité de vie globale et nécessitant des traitements avec une compliance sans faille malgré des effets secondaires considérables. Face à cette souffrance se crée progressivement chez le soignant une sorte de « bouclier » qui permet de se rapprocher sans se blesser grièvement et faire face au désarroi des patients, à la détresse de l'entourage ainsi qu'à l'impuissance de la médecine dans certaines situations. Cette coquille qui s'épaissit avec l'expérience préserve le rôle du psychiatre en tant que spécialiste ayant une position savante ce qui crée naturellement un retrait chez le thérapeute. Ne pas trop fusionner avec les malheurs de ceux que l'on écoute, c'est un exercice qui s'apprend peu

à peu, par l'expérience, en observant les plus anciens dans le métier... Le processus d'identification du thérapeute au patient opère peu. Il y a une barrière qui ne se lève que partiellement dans certaines situations et totalement dans de rares cas.

La rencontre avec un patient en psychiatrie générale c'est une rencontre avec un esprit tourmenté, désorganisé, ralenti, accéléré... Un désordre psychique présent dans un corps censé être plus ou moins sain ou plutôt indemne de troubles somatiques.

A l'interface de la médecine et de la psychiatrie, la psychiatrie de liaison a développé ses objectifs depuis les années 1970 et s'est enrichie sur la base d'un travail plus large concernant tout ce qui va relier la maladie somatique, ses traitements, à l'expression émotionnelle ou psychopathologique des patients.

Être interne en psychiatrie dans des services d'oncologie c'est autre chose. La première rencontre est celle avec le soignant (médecin, infirmier) qui demande un avis psychiatrique pour un patient en souffrance. Un soignant qui se sent désemparé et parfois démuni face à la détresse psychique du patient voire une désorganisation idéique à proprement parler, en plus de sa pathologie cancéreuse. Un soignant qui a souvent fait au mieux pour comprendre la problématique actuelle du patient, qui a été vigilant, attentif et désireux de proposer une offre de soin optimale. Un soignant qui parfois se confronte à un patient non compliant qui ne correspond pas au patient « idéal » endossant avec obéissance le rôle de malade ou au patient attendu tel que se le représentent les soignants. Dans ces cas où l'équipe soignante est en difficulté, le rôle du psychiatre devient celui d'une tierce personne pouvant faire le lien avec l'équipe et le vécu du patient en lien avec son histoire et l'histoire de sa maladie.

La deuxième rencontre, à l'ouverture de la porte de la chambre du patient, est celle avec un corps habité par la maladie, un corps meurtri, endolori, cachectique, porteur de cicatrices physiques visibles à l'œil nu (une voie centrale, des ecchymoses dues aux multiples prises de sang, une alopecie due aux chimiothérapies, une xérose...), un visage éreinté, un regard abattu.

La troisième rencontre est celle d'une personne à part entière, qui s'exprime aisément et décrit son histoire. C'est une personne qui est mariée depuis 40 ans avec 3 enfants et 5 petits enfants, ou bien fraîchement retraitée avec pour projet de partir s'installer en Andalousie

après une vie bien remplie, ou bien un étudiant de 25 ans qui vient de terminer 7 années d'études et qui est sur le point de débiter dans la vie active, ou bien un quinquagénaire qui ne s'est pas accordé de vacances depuis 5 ans pour monter sa propre affaire, ce qui constituait le rêve d'une vie, indemne de troubles psychiatriques la plupart du temps, confrontée à une maladie, potentiellement létale, nommée cancer. Un cancer qui dévore dans un premier temps puis qui « grignote » de tous les côtés, dans tous les sens. Ce mal qui, du jour au lendemain s'empare de nous, s'installe et se propage en laissant son empreinte sur son chemin. « Ça m'est tombé dessus ».

Je rajouterai à ces trois premières rencontres, une quatrième et pas des moindres, celle de la mort. En effet, travailler en cancérologie c'est se confronter à la mort chaque jour. Au premier abord, ça peut paraître une évidence : l'être humain est un être fini, éphémère pour lequel son existence s'étend de sa date de naissance à sa date de mort. Cette finitude partagée avec tous les vivants, ne va pourtant pas de soi car nous vivons la plupart du temps dans l'oubli de notre propre mortalité (19). Freud affirmait que « personne, au fond, ne croit à sa propre mort ou, ce qui revient au même : dans l'inconscient, chacun de nous est persuadé de son immortalité. »(20).

Face au côté ineffable de la mort chaque patient prend un chemin d'expression différent : certains en parlent ouvertement jusqu'à la citer et vont parfois même jusqu'à prévoir leurs funérailles, d'autres l'expriment sans ne jamais la prononcer, certains nous montrent le ciel, d'autres en parlent comme un voyage inéluctable. « L'autre-côté » serait présent dans l'imaginaire de tous ces patients sur leur lit d'hôpital.

Si proches de la fin par l'avancée de leur maladie et/ou par l'anxiété ressentie, certains font le bilan de leur vie. Ils ouvrent le livre de leur existence et se mettent à retracer l'historique de leurs réussites, leurs échecs, leurs regrets. L'oreille attentive mise à leur disposition leur permet de libérer la parole et alléger leur esprit.

« Tout se passe comme s'il existait une nécessité intérieure de changer. La raison et le moteur de ce réaménagement résident dans la confrontation à la mort. Le danger de mort, certes, atterre les patients. Mais paradoxalement, la confrontation avec la mort est aussi ce qui les fait bouger. » (21). Nous nous retrouvons donc face au croisement entre l'histoire personnelle d'un sujet et la survenue d'une maladie qui le dépossède de son corps et de son avenir à

l'origine d'une crise existentielle. Les entretiens sont proposés pour parler de l'ici et maintenant, à l'hôpital où la personne se trouve à l'occasion de la maladie et au moment où le malaise est tel qu'elle a besoin d'en dire quelque chose à quelqu'un.

Tout est subtil et délicat dans ces interventions de liaison qui demeure une pratique de la médiation et de la conciliation affrontées aux problématiques du risque, de l'incertitude et de la finitude.

Dans le cadre de ma formation en psychiatrie, ce semestre réalisé au sein du département de psychologie clinique de l'institut Paoli-Calmettes m'a permis de comprendre comment l'être humain réagit face à un évènement bouleversant, traumatique et douloureux. En effet, l'évènement cancer est transposable à d'autres évènements pouvant bouleverser le cours de notre existence (maladies chroniques, deuil, séparation...). Mais ce qui est différent dans le cancer, c'est que la réalité du traumatisme est ancrée dans le corps comme une trace indélébile à l'origine d'une prise de conscience massive.

A l'issue des 6 mois réalisés au sein de l'institut, le Docteur Ben Soussan me demanda si j'avais des patients que je suivais à lui orienter, je réfléchis puis je réalisai que la plupart des patients que j'ai pu suivre un moment sont décédés. Cette triste réalité appuya mon choix de ce sujet de thèse basé sur l'après cancer, une sorte de suite positive à ma clinique quotidienne au sein du département de psychologie clinique. En effet, les patients hospitalisés à l'institut sont pour la plupart des patients en fin de vie ou bien présentant des complications. Les patients en post-traitement ou rémission sont vus en consultations externes.

Accueillir la souffrance psychique...c'est donc ça. Mais pas seulement...

## 6. Quelques instants cliniques illustrant l'expérience vécue

### Monsieur A

- ➔ *Patient septuagénaire atteint d'un cancer du poumon primitif diagnostiqué il y a 11 ans puis en rémission. Entre-temps soigné également pour un cancer de la prostate. Rechute multi-métastatique digestive & osseuse récente de son cancer du poumon.*
- ➔ *Entretien conjoint avec Niki PRODROMOU (psychologue)*

Monsieur A est marié et a un fils. Ancien militaire parachutiste, retraité tôt, il s'est reconverti dans les procédures sociales.

Il est présenté par son oncologue référent comme un patient en souffrance psychique majeure : un ancien militaire qui fonctionnerait par une mise sous contrôle de tout ce qui l'entoure. De plus, une anxiété et des comportements « régressifs » récents sont décrits : il doit impérativement montrer ses selles aux soignants pour confirmer son transit (en occlusion jusqu'alors) jusqu'à même les prendre en photographie. L'infirmier tient un autre discours à son sujet « il va bien, il est souriant ce jour ».

Nous nous présentons tout d'abord à lui avec une certaine appréhension, conscients de l'enjeu de la première rencontre. Monsieur A nous fait part d'un suivi ambulatoire depuis quelques temps avec une psychologue près de chez lui et déclare tirer des bénéfices de cette relation psychothérapeutique « je parviens à me libérer, je peux dire ce que je ne dis pas à mes proches ».

Légèrement dubitatif sur la nécessité de cet entretien « supplémentaire » et craintif que notre travail se superpose à celui déjà entrepris, il parvient progressivement à « libérer la parole ».

Il reprend l'historique de sa maladie en commençant par le premier diagnostic de cancer, celui du poumon, il y a 11 ans. Il insiste sur le fait que depuis la rémission de ce cancer, « tout le monde avait oublié cet épisode ». Ce terme générique « tout le monde » est employé 3 fois au cours de l'entretien pour faire référence à ces 11 années de silence concernant sa maladie. La question que nous pouvons nous poser est : est-ce que

Monsieur A s'inclue dans ce « tout le monde » ? Nous ne l'avons pas posée directement, par souci de préserver la pudeur instaurée dans ses propos et le contrôle de ses émotions.

Le discours est élaboré, son chemin de pensée est décrit comme circulaire « je tourne en rond, tant dans ma tête que sur mes propres pieds ». Une métaphore intéressante est utilisée « une machine à café qui mouline toute la journée, mais le café ne sort jamais ». Au vu de la construction de son discours, nous pouvons constater que ce moulin à pensées n'est pas stérile mais bel et bien productif, lui permettant de verbaliser aisément ses ressentis.

Quand nous le questionnons plus précisément sur ses idées qui tournent et restent fixes, celui-ci compare sa propre expérience à celle de quelqu'un ayant été amputé d'une jambe « Quelqu'un qui a une jambe en moins, vit avec, mais n'oublie jamais, dans chacune de ses actions, qu'il ne lui en reste plus qu'une », sans plus de précisions par ailleurs.

Au niveau des affects, un débordement émotionnel est présent tout au long de l'entretien avec des temps de pause où le silence règne, un silence semblant permettre au patient de reprendre le dessus sur ses émotions et ainsi se contenir.

Au niveau de la thymie, Monsieur A décrit son humeur quotidienne changeante. Le fond de sa pensée reste le même mais la perception de ce champ oscille entre une vision positive un jour puis des œillères entravant celle-ci le jour suivant. Nous comprenons rapidement que ces derniers temps il est plutôt du côté négatif. Pour illustrer cette cyclothymie qui l'anime et plus précisément le côté négatif, il nous met en situation « Vous commencez votre journée de travail avec un accrochage en voiture, la journée sera sombre ».

Monsieur A insiste sur une demande : dans quel contexte sommes-nous venus le voir ? Nous lui expliquons la démarche de son oncologue référent qui nous a contacté car il était inquiet pour lui. Le patient semble très sensible à cette attention et dit à plusieurs reprises qu'il le remerciera. Tout au long de l'entretien, je ne cesse de maintenir une attention sans faille car Monsieur A semble très attentif à nos réactions.

Concernant l'analyse que nous pouvons faire de cet entretien, ce patient est en souffrance psychique intense, comme annoncé au départ. L'image des selles présentées fréquemment

aux soignants ne serait-elle pas le témoin d'un instinct de survie persistant ? « Regardez, je fais des selles, je suis vivant ». De plus, il éprouve le sentiment d'être « prisonnier » (terme cité 2 fois) de sa maladie et semble être animé d'une perpétuelle contradiction entre 2 enjeux où il se positionne comme acteur principal : la quête de liberté (notamment concernant les voyages initialement prévus) et le besoin inébranlable de cadre étayant. Garder le contrôle et nourrir ce « self-control » rédempteur jusqu'à présent ou bien céder et lâcher prise ? Cette contradiction avait été abordée avec la psychologue consultée en ambulatoire qui mettait en lumière l'ambivalence dans ses propos.

La comparaison utilisée par le patient pour imaginer ceci est celle du pied à perfusion, qui le suit partout, qui le maintient en lien avec les traitements mais qui lui permet également de se reposer, par appui, quand il se déplace. Cependant, quand le pied à perfusion ne sera plus là, ça sera « l'inconnu » selon ses dires.

Ce patient a besoin d'un suivi, ici et maintenant. Il a initié le début de l'entretien et a décidé lui-même de le conclure. Quand nous repensons à la relation avec son oncologue, nous pouvons percevoir que l'oncologue est déconcerté car il voudrait que son patient puisse mieux vivre sa maladie, se libérer et qu'il n'y parvient pas.

Un suivi est entrepris par la suite. Après de multiples entretiens où j'ai pu rencontrer son épouse et ajuster le traitement anxiolytique de fond, Monsieur A décrit un apaisement.

Quelque temps plus tard, il est hospitalisé à nouveau, je vais donc à sa rencontre. Le patient est dans sa chambre, porte ouverte, dans l'obscurité. J'hésite à rentrer puis il me fait signe et ouvre légèrement les volets « je laisse un peu d'obscurité car aujourd'hui je n'ai pas une belle tête ». Monsieur A avait pris l'habitude de me demander à chaque début d'entretien comment je le trouvais, bonne ou mauvaise mine, je devais trancher. Et ce jour il n'a, en effet, pas bonne mine.

Ce jour-ci, il me fait part de l'organisation et des démarches administratives concernant son décès « j'ai organisé les funérailles avec mon épouse, ça coûte 15000 euros, au moins mes enfants n'auront pas de problème » sur un ton assez froid. Je tente de le confronter à la dureté de ses propos, mais celui-ci considère comme évidente cette démarche.

Suite à cela, il aborde le sujet de ses voyages et plus précisément un, celui en Norvège, son préféré. L'entretien a duré une heure, le patient a pu revenir sur tous ces bons moments au beau milieu de la nature où il a pu s'évader et souhaiterait s'évader encore. A la fin de l'entretien, il conclut « Je vous connais peu mais c'est important pour moi de vous transmettre aussi les belles choses que j'ai vécues ». C'était la dernière fois que je le voyais.

### **Madame B**

- ➔ *Patiente sexagénaire atteinte d'un cancer du sein bilatéral avec mastectomie programmée prochainement.*
- ➔ *Entretien conjoint avec Constance FISCH (psychologue)*

La patiente se présente ce jour en consultation initiale car son chirurgien lui a proposé d'élaborer sa décision avec un psychologue concernant une possible mastectomie bilatérale.

Dans un premier temps, la patiente reprend l'historique de sa maladie en expliquant la découverte d'une première lésion cancéreuse à un sein puis d'une seconde au sein controlatéral lors du bilan d'extension. Tout au long de son discours, Madame B fait des allusions à sa féminité en jeu « les deux sont atteints, au moins plus personne ne s'y intéressera ».

Concernant son contexte de vie, Madame B est veuve depuis 5 ans. Elle a une fille de 40 ans, mariée, infirmière libérale ainsi qu'une belle-fille (fille d'une première union de son époux) et deux petites filles.

Le discours est construit. Rapidement, Madame B verbalise sa principale inquiétude actuelle : sa relation avec sa fille. En effet, la patiente est très inquiète pour sa fille, qui selon ses dires, est mariée à un « pervers narcissique ». Elle décrit un appauvrissement progressif de leur relation ces derniers temps jusqu'à ne plus reconnaître sa fille « connue pour avoir un grand cœur et une sensibilité développée ». Cette problématique occupe tout l'entretien.



Les termes utilisés concernant sa fille sont forts « je semble perdre ma maternité » et assez surprenants au vu du contexte actuel de probable mastectomie bilatérale.

Madame FISCH mène l'entretien et moi je suis assis à côté. Au fur et à mesure de l'entretien, je remarque que Madame B s'adresse uniquement à Madame FISCH. Peu de contacts visuels s'établissent entre nous hormis les moments où elle parle de son beau-fils, ce « manipulateur ». Je me sens progressivement mal à l'aise, je semble représenter le « danger masculin » porté par son beau-fils pour elle et sa fille.

Concernant sa maladie, elle semble adopter une attitude plutôt passive et se positionne dès le départ quant à la mastectomie : elle l'accepte avec résignation et la fera. Ça fait partie des « fatalités de la vie ». Nous comprenons que la situation difficile avec sa fille prend le dessus sur l'inquiétude concernant sa maladie, au moins dans son discours.

Deux enjeux semblent être en cours à travers la mastectomie programmée : la perte de la maternité & la perte de la féminité. Le principal enjeu serait celui de la maternité par l'inquiétude décrite pour la relation avec sa fille probablement exacerbée par l'atteinte du sein, dans sa composante anatomique avec le sein mamelle nourricière source de vie, de maternité. Dans son imaginaire, à travers la manière dont elle s'exprime, l'atteinte du sein pourrait être la trace physique de cette souffrance engendrée par la relation conflictuelle avec sa fille.

### **Madame C**

→ *Patiente quadragénaire ayant un cancer du sein localisé, diagnostiqué il y a une semaine.*

La patiente se présente ce jour sous les conseils de son oncologue référent, de l'anesthésiste ainsi que de l'infirmier coordinateur. La patiente pleure à l'entrée dans le bureau.

Elle reprend l'historique de son annonce récente : un cancer du sein diagnostiqué il y a une semaine. Dans un premier temps, lors d'une mammographie de contrôle « un kyste, rassurant » est décelé par le radiologue. Une amie de l'Institut Paoli-Calmettes conseille à

Madame C de prendre rendez-vous afin de poursuivre les investigations. A l'Institut Paoli-Calmettes, le diagnostic est établi. Son mari est présent lors de l'annonce.

Concernant son histoire de vie, Madame C est mariée et a 3 enfants : 2 filles et 1 fils. Elle travaille « à l'armée », dans un hôpital militaire. Son mari est également militaire.

Au niveau des antécédents, Madame C a eu une maladie de Hodgkin étant plus jeune pour laquelle elle a été traitée. De ce fait, elle ne pourra pas recevoir de traitement par radiothérapie.

Tout au long de l'entretien, elle présente un effondrement quant à l'annonce. Elle parvient tout de même à verbaliser sa souffrance psychique actuelle en décrivant l'anxiété ressentie, notamment par rapport à la peur de l'inconnu et « l'après-cancer ».

Elle n'accepte pas sa maladie. Le mot « choc » est employé à plusieurs reprises pour définir sa situation actuelle ainsi que celle de ses proches. Suite à l'annonce en compagnie de son époux, elle a pu à son tour l'annoncer à deux de ses enfants. Sa fille benjamine ne le sait pas « je la préserve car elle passe son baccalauréat bientôt, nous sommes très proches, nous dormons même ensemble, mais elle a senti que l'ambiance à la maison avait changé ». Son fils aurait perdu du poids suite à l'annonce. Elle ne souhaite pas pour le moment informer d'autres personnes de son entourage. Concernant sa fille, elle ne sait pas comment elle va gérer son temps d'absence à la maison lors de sa chirurgie programmée à la fin du mois.

Cet entretien illustre l'état de sidération présent suite à l'annonce. La notion « d'agressé/agresseur » est présente dans cet entretien : en effet, Madame C rapporte la détresse ressentie face à cet événement totalement inattendu ainsi que celle de ses proches quand, porteuse de la mauvaise nouvelle, elle leur a annoncé.

Des nouveaux rendez-vous auront lieu jusqu'à la mastectomie prévue. Nous pouvons deviner que la suite du suivi visera à aider Madame C à mettre des mots sur sa souffrance, extérioriser ses émotions et l'accompagner dans son parcours, notamment dans l'annonce de sa maladie à sa fille benjamine.

## **Monsieur D**

- ➔ *Patient septuagénaire hospitalisé pour une première cure de chimiothérapie dans un contexte de cancer du côlon multi-métastatique.*
- ➔ *Entretien conjoint avec Niki PRODROMOU (psychologue)*

Adressé par une infirmière à l'équipe du département de psychologie clinique, nous nous présentons ce jour avec Madame PRODROMOU. Nous sommes très bien accueillis « Vous êtes les bienvenus ».

Monsieur D commence tout d'abord par nous questionner sur le but de cette consultation et ce que nous avons à lui proposer.

Puis il reprend l'historique de sa maladie : une altération de l'état général ayant débuté en décembre 2018 « je cours beaucoup puis progressivement la distance de mes courses s'est diminuée, je n'avais plus de souffle ». Le diagnostic est posé en début d'année 2019. « Je ne bois pas, je ne fume pas, j'ai toujours eu un rythme de vie sain ».

Monsieur D se décrit comme un « homme de la mer », très sportif. En effet, professeur d'éducation physique et sportive retraité, passionné par les fonds marins, c'est un adepte de la chasse maritime. De nombreux voyages autour de l'océan indien font partie de son histoire. Originaire du continent, il a choisi de s'installer à Mayotte pour sa culture Africaine qu'il affectionne particulièrement. Il organise depuis 25 ans un festival de fond maritime qu'il « porte à bout de bras ». Cette année c'est le 25<sup>ème</sup> anniversaire de ce festival « ils feront sans moi, après tout je ne suis pas indispensable ».

Après s'être livré de la sorte, il insiste sur le fait qu'il est sur le point de « raconter sa vie » bien qu'il se soit déjà exprimé sur ses passions, en précisant qu'il se considère comme globalement « chanceux ».

A ce moment, Monsieur D s'effondre et nous explique avoir connu deux chocs émotionnels : la perte de son fils à l'âge de 17 ans dans un accident de scooter puis de son épouse il y a quelques années, décédée d'une maladie auto-immune. Sa maladie actuelle semble incluse dans la ligne conductrice de ses chocs selon ses dires. Il s'exclame : « J'ai somatisé » tout en se touchant le ventre « c'est le témoin de tout ce que je garde pour

moi, j'ai besoin de digérer ». Là, il se met à rire du terme « digérer » employé au vu du contexte actuel d'atteinte digestive.

Monsieur D est en demande de solution concrète. Il avait entrepris une thérapie type EMDR (Eye movement desensitization and reprocessing) et s'intéresse actuellement au neurofeedback.

Nous saisissons que le patient est en demande de réponse dans l'immédiateté : « comment digérer ces chocs émotionnels ? ». De ce fait, je me demande ce que nous allons bien pouvoir apporter comme réponse à ce patient.

Je le questionne sur sa capacité à communiquer avec son entourage. Il décrit son entourage familial comme des personnes pudiques avec leurs émotions « Il y a un problème de communication dans notre famille depuis que je suis enfant, je ne parle pas avec eux, ce n'était pas permis ».

Nous saisissons donc que la libération de la parole sera notre axe de travail et nous l'expliquons au patient. Cela semble faire sens pour lui, il se montre enthousiaste et nous complimente par la suite « vous formez un beau duo ».

Il finit par conclure l'entretien en disant : « je ne peux pas mourir comme ça dans un lit d'hôpital ». Ce « comme ça » peut être compris comme « je ne veux pas emporter tout ça avec moi ».

La démarche de ce patient semble s'inscrire dans celle d'une quête étiologique. Dans la littérature il est décrit que cela est très fréquent chez les patients cancéreux. En effet, deux modèles étiologiques profanes existent : linéaire (causalité unique) et multifactoriel.

Dans ces modèles, l'origine du cancer peut être exogène : évènement social, pression sociale, évènements biographiques traumatisants. L'origine peut également être endogène selon le mode de fonctionnement psychique où le cancer serait une production de la personne. Cela fut largement décrit par Susan Sontag en 1979 (1), essayiste, romancière et militante Américaine. Dans ce modèle, l'incapacité de monsieur D à exprimer ses émotions pourrait être visée. L'interprétation psychosomatique dénonce cette incapacité et s'avère être culpabilisante.

Le cancer serait donc une cicatrice physique des traumatismes s'ancrant dans une dynamique culturelle de traumatisation généralisée de l'existence. La réparation du traumatisme, suggérée par Monsieur D, serait la conduite à tenir pour se rapprocher de la guérison de son cancer et en prévenir la récurrence.

David Servan-Schreiber, psychiatre, lui-même malade d'un cancer et chercheur dans ce domaine attribuait sa rechute dans le livre testament qu'il a laissé au stress positif né de son succès l'empêchant de prendre soin de lui (22).

Pascale Leroy, psychanalyste, s'interroge sur l'inventaire de chacun avec son histoire, sa personnalité, souvent réalisé à l'occasion de l'évènement cancer et en déduit le caractère inéluctable d'une telle démarche (23). Selon elle, les vraies motivations seraient ailleurs : le refus très contemporain d'accepter le mystère.

### **Monsieur E**

➔ *Patient vingtenaire hospitalisé dans un contexte de lymphome avec leucémie aigüe diagnostiqué il y a un mois.*

Un avis psychiatrique a été demandé pour ce patient dans un contexte de probable syndrome dépressif. Lorsque j'entre dans la chambre de Monsieur E pour la première fois, celui-ci pratique des exercices de musculation. Nous convenons de nous revoir le lendemain.

Le lendemain, lors de ce premier entretien, Monsieur E semble plutôt à l'aise. Son faciès est souriant et détendu. Pour ma part, j'ai un masque, une charlotte ainsi qu'une sur-blouse.

Il commence tout d'abord par reprendre l'historique de sa maladie puis nous abordons son parcours universitaire. Il est diplômé d'une école de commerce et a étudié les sciences politiques par la suite. A la fin de son cursus, il a postulé à différentes offres d'emploi pour « enfin démarrer dans la vie active » et là « hop, la maladie m'est tombée dessus ».

Lorsque nous abordons son état thymique ces derniers jours, Monsieur E décrit un fléchissement progressif de l'humeur réactionnel à son état de santé. Il se décrit comme étant très sportif. En effet, il a pratiqué 12 ans de boxe Anglaise, 8 ans de boxe Française, et 6 ans de natation. Lors de notre entretien, cela fait 42 jours que Monsieur E est dans cette chambre et qu'il n'en sort que pour des examens. Ces derniers jours, il était très asthénique et clinophile. « Depuis aujourd'hui ça va mieux, je recommence à faire du sport dans ma chambre et le moral remonte. ».

Monsieur E adopte une attitude combative face à la maladie. Le discours est clair, les émotions sont contenues et gérées. Il n'y a pas de syndrome dépressif à proprement parler.

Après avoir parlé de son parcours de soin et de son état actuel, nous parlons d'autres choses, d'autres sujets de conversation que peuvent avoir 2 jeunes hommes de 26 ans. Nous parlons d'activité sportive et Monsieur E m'encourage à poursuivre mon activité physique actuelle « vous êtes un bébé dans le sport, il faut continuer. Si vous avez besoin de conseil, revenez me voir, on peut en discuter et moi si j'ai besoin de discuter je vous appelle ».

Monsieur E finira l'entretien par la description de sa nouvelle vision de la vie que lui apporte la maladie : « Nous nous plaignons de notre activité professionnelle, nous souffrons d'un chagrin d'amour, nous nous disputons avec nos amis, avec notre famille mais nous oublions la préciosité d'être en bonne santé. Quand je sortirai de l'hôpital, je saurai apprécier pleinement les choses simples que nous offre la vie ».

Il était important pour moi de retranscrire cet entretien, ou plutôt cette rencontre. J'ai trouvé ce patient touchant : touchant par son jeune âge dans un premier temps (nous sommes nés la même année), puis par son attitude combative. Je suis admiratif de sa force de vivre, sa force d'appréhender la maladie et le parcours de soin qui l'attend. En écho à mes plaintes du moment, mes tracasseries et mes inquiétudes futiles en comparaison à sa situation, je me sens juste bête. Je culpabilise d'oser me plaindre et de me considérer parfois comme malchanceux dans certaines situations.

Cet instant clinique est un bon exemple des limites de la « juste » distance thérapeutique à adopter. En effet, à travers l'identification et la projection, le mécanisme de transfert positif (sentiments amicaux et tendres chez le patient à mon égard) a pu opérer et c'est par cela que s'est créé un climat de confiance.

Le contre-transfert, désigné par l'incapacité du thérapeute à séparer la relation thérapeutique de ses sentiments personnels opéra également. En effet, il est bon d'avoir conscience de ce qui se passe en soi vis-à-vis du patient et de ses émotions pour être plus efficace. A la fin de cet entretien, dépassé par ce « magma émotionnel » j'ai pu partager ce moment avec des psychologues du service afin de résoudre pour moi-même cette réaction. C'est le premier patient pour lequel j'ai pleuré au sein de l'institut.

A l'issue de tout cela, je me suis dit que dans la vie « normale » il n'y a pas de place pour la maladie. En effet, les problèmes de routine, les chagrins, les disputes sont présents et c'est ça aussi l'ignorance : on est en bonne santé, et c'est normal...

### **Madame F**

→ *Patiente vingtenaire ayant une leucémie aigue myéloïde diagnostiquée en 2018, traitée par allogreffe compliquée d'un rejet digestif de greffe depuis 4 mois. Elle est actuellement hospitalisée après un court retour à domicile pour récurrence de symptômes digestifs. Elle aurait trouvé comment s'administrer des bolus de morphine supplémentaires sans respecter la période réfractaire.*

Je suis appelé ce jour par l'oncologue pour un avis psychiatrique dans un contexte d'addiction à la morphine et de difficultés de prise en charge de cette patiente. Une psychologue du service a tenté à plusieurs reprises de rentrer en contact avec cette patiente, en vain.

A mon arrivée dans le service, je rencontre les deux oncologues qui me font part de leur difficulté : une patiente d'une vingtaine d'années qui, depuis le départ, est « difficile à gérer » par son manque de compliance aux soins ainsi que des difficultés à respecter le

cadre restrictif de l'hôpital. Peu de retours à domicile furent possibles en 1 an, elle est toujours hospitalisée dans le même service à sa demande.

L'enjeu de cet avis psychiatrique est crucial « elle va droit dans le mur, on a un doute sur la persistance de la GVH (réaction du greffon contre l'hôte) mais nous devons l'améliorer sur le plan psychiatrique pour distinguer la part somatique et la part psychiatrique de ses symptômes ».

Je rentre dans la chambre de la patiente, celle-ci se trouve dans le noir complet et regarde la télévision. Je me présente puis je m'assois à ses côtés. Peu de contacts visuels sont présents.

Je commence tout d'abord par poser des questions basiques concernant son mode de vie puis je tente de questionner son état psychologique actuel. Je lui demande ce qui est le plus difficile en ce moment, elle me répond : « parler avec vous ». De ce fait, après un long silence, je tente de la confronter aux difficultés actuelles de l'équipe pour la prise en charge tant somatique que psychologique, ainsi qu'à ma propre difficulté à être là alors qu'elle ne souhaite pas me parler.

Sensible à la description des ressentis de chacun, Madame F finit par libérer la parole en se mettant à pleurer : « Je n'en peux plus, cela fait quelques jours que je ne peux plus me passer de la morphine... ».

Je m'appuie donc sur cette histoire de morphine pour introduire l'intérêt d'instaurer un antidépresseur, comme une sorte de « béquille » à son bien-être en argumentant les bénéfices escomptés. A mon grand étonnement, elle finit par accepter le traitement en verbalisant l'envie d'aller mieux et de s'en sortir.

Une heure après l'entretien, la patiente a demandé à l'équipe soignante du service d'appeler la psychologue l'ayant rencontrée plusieurs fois auparavant pour la voir.

Ci-joint le compte rendu de la psychologue : « Revue ce soir à sa demande ce qui ne s'était jamais produit jusqu'à présent. Dans une grande détresse psychique. Angoissée ++ à l'idée d'être devenue dépendante à la morphine, mais également du fait de son parcours. A été vue par le psychiatre ce jour. OK pour traitement anti dépresseur. En demande d'aide.



Compte tenu de son état d'angoisse, séance d'hypnose. Excellente réceptivité. Soulagée à l'issue de la séance. A revoir assurément. Prescription d'auto-hypnose. »

Il était important pour moi de retranscrire cet entretien car il est le résultat d'une communication adéquate et optimale entre l'équipe soignante du service d'hématologie et le département de psychologie clinique. En effet, cela n'est pas toujours le cas et peut, parfois, créer des situations complexes. L'hématologue avait pris le temps de m'appeler et d'en parler à la psychologue dans un premier temps, puis a informé la patiente de ma venue et enfin nous en avons longuement discuté de visu avant que j'aie la voir puis après l'avoir vue en entretien.

La place des psychologues et psychiatres dans ces services est bel et bien faite. Nous sommes identifiés comme les personnes ressources quand une situation de détresse psychique se présente, que ce soit chez le patient ou chez le soignant, ou bien souvent les deux comme ici où les soignants se confrontent à une patiente jeune, au pronostic sombre, n'endossant pas le rôle du « patient parfait attendu » avec une comorbidité psychiatrique surajoutée.

### **L'expérience du cancer, une empreinte sur l'avenir.**

➔ Comment s'y prendre quand on est à la fois celui qui part et celui qui reste ?

#### **1. L'après cancer, un flou identitaire**

« Tout homme bien portant est un malade qui s'ignore. » disait Louis Farigoule, dit Jules Romains, dans KNOCK ou le Triomphe de la médecine en 1924. L'annonce d'un cancer fait sortir de l'ignorance. L'annonce d'une rémission fait-elle état de retrouvaille avec cette ignorance ?

La fin de la maladie est considérée comme un événement apparemment heureux, dont il ne semble pas utile de se préoccuper davantage. Or, le rétablissement physique après un cancer n'est pas le seul enjeu des traitements. Le corps et l'esprit du malade sont dans une intrication

étroite et tumultueuse. Parfois opposés, parfois alliés, du fruit de leurs ébats va dépendre le rétablissement psychique. La guérison du cancer ne signifie pas toujours la guérison du sujet selon ses propres considérations.

L'après-cancer fait suite à l'arrêt des traitements : cette période s'inscrit dans la continuité de la fin du parcours de soin. Néanmoins cette période reste floue, difficile à définir et à vivre pour les patients. On guérit d'une maladie mais pas nécessairement d'avoir été malade.

« Le temps de l'après cancer est propice au réaménagements identitaires, oscillant entre perte et nouvelle construction, entre retrait et réinvestissement : c'est que guérison psychique et guérison somatique s'établissent en deux temporalités formellement distinctes, qui ne se superposent jamais ; la guérison psychique dépendra certes de l'expérience de la maladie, du traitement mais aussi de l'histoire, de la culture et des représentations conscientes et inconscientes du malade – souvent la manière de sortir de la maladie dépendra beaucoup de la manière d'y être rentré. » (24)

Tout en conservant sa personnalité, se déploie ici un rapport à l'existence renouvelé, une autre manière de vivre et de se vivre au quotidien. Il s'agit d'une véritable transformation de la façon de vivre et d'envisager sa vie. Pour beaucoup, la prise de conscience de la finitude et la crainte de la récurrence déterminent un rapport également renouvelé au temps. Il peut y avoir une réévaluation des priorités de l'existence et de la façon de vivre.

## **2. Les conséquences du cancer à long terme selon une étude de la ligue contre le cancer**

La Ligue contre le cancer a publié dans la 7<sup>ème</sup> édition de l'Observatoire sociétal des cancers une étude inédite « Après un cancer, le combat continue » qui met en lumière les conséquences du cancer et le vécu contrasté des personnes qui en ont été atteintes, même 25 ans après la fin des traitements.

### **A. Méthode**

- Interrogation par internet, par IPSOS (entreprise française de sondages), de 1007 personnes ayant eu un cancer et dont les traitements sont terminés depuis au moins 2 ans.

- Entretiens individuels de 1h30 menés par téléphone auprès de 21 personnes ayant eu un cancer et dont les traitements sont terminés depuis au moins 2 ans et de 9 professionnels de l'après-cancer (chirurgien plastique, médecin généraliste, médecin du travail, 2 psychologues, prothésiste maxillo-facial, coach de vie, courtier en assurance et orthophoniste).

-Interrogation du grand public auprès d'un échantillon de 1001 personnes de 18 ans et plus, représentatif de la population française.

## **B. Résultats**

Après un cancer, le combat continue. Si presque 60% des personnes atteintes d'un cancer en guérissent, les conséquences de la maladie peuvent durer longtemps après la fin des traitements. Si 73% des personnes ayant eu un cancer s'accordent pour dire que le cancer a été l'un des événements les plus marquants de leur existence, la manière dont ces personnes ont vécu les changements intervenus dans leur vie après la maladie varie fortement :

- Pour 13% « le cancer a détruit ma vie »
- Pour 26% « le cancer m'a forcé à prendre un nouveau départ »
- Pour 19% « le cancer m'a permis de prendre un nouveau départ »

Ainsi 4 profils émergent :

- Les personnes qui n'ont pas encore réussi à « tourner la page »
- Les personnes qui mesurent mal ce qui leur est arrivé
- Les personnes qui veulent retrouver leur vie d'avant
- Les personnes qui veulent aller de l'avant.

Ces quatre esprits fluctuent au travers du vécu des personnes après la maladie et les personnes peuvent passer de l'un à l'autre en fonction de leur propre cheminement.

Seuls 32% des personnes interrogées ont entendu le mot « guérison » dans leur parcours après la maladie. Or, l'absence de ce mot dans le parcours de l'après cancer est incompréhensible lorsqu'on se situe 10, 15 ou 20 ans après les traitements.

Les conséquences psychologiques et physiques sont celles qui impactent le plus et durent le plus longtemps. Il faut 10 à 15 ans pour voir ces conséquences diminuer, sans jamais complètement s'estomper. 7% des personnes interrogées cumulent de très fortes conséquences en cascade sur tous les aspects de leur vie : au niveau psychologique, physique, professionnel, financier et même sur leurs projets de vie. Ce cumul des difficultés ou cet effet domino touche plus souvent les femmes, les personnes âgées de moins de 60 ans essentiellement actives, les personnes qui ont eu plusieurs cancers, les personnes qui ont terminé leurs traitements depuis moins de 5 ans, les personnes qui ont souffert d'un cancer des voies aéro-digestives supérieures.

L'activité professionnelle est affectée, voire brisée : 22% ont été confrontés à des difficultés d'accès à l'emploi, 21% ont connu des difficultés dans la poursuite de leur carrière professionnelle (hors perte d'emploi) et 17% ont été confrontés à une perte d'emploi à la suite de leur cancer.

Les frais occasionnés par la maladie cancéreuse ne s'arrêtent pas avec la fin des traitements. En effet, 1 personne sur 2 déclare avoir un reste à charge entre 2 et 5 ans après la fin des traitements. Elles sont encore presque 2 sur 10 à en déclarer plus de 25 ans après les traitements. Ces frais peuvent être liés à des frais de transport pour les examens de suivi, des médicaments peu ou pas remboursés qui sont encore prescrits dans la période de l'après-cancer pour prévenir ou soigner les effets indésirables, des consultations avec des professionnels comme des psychologues, des diététiciens, des problèmes dentaires ainsi que des dépassements d'honoraires par exemple pour les opérations de reconstruction mammaire ou de changement d'implant mammaire plus de 10 ans après la fin des traitements.

Face à ces difficultés, la Ligue contre le cancer recommande :

- d'inscrire dans la formation des professionnels de santé un module sur les annonces qui sont faites aux personnes malades et sur les impacts des non-dits. Il est essentiel que le mot « guérison » soit prononcé, dès lors que pour les personnes chez lesquelles on ne décèle plus aucune trace de la maladie, le risque de cancer rejoint celui de la population générale de même âge et de même sexe.

- de promouvoir et pérenniser les « patients ressources », y compris dans le vécu de l'après cancer
- de promouvoir des campagnes de communication auprès du grand public afin de faire évoluer sa vision de la maladie et favoriser la guérison sociale du cancer
- de continuer à faire évoluer la grille de référence de la convention AERAS pour le droit à l'oubli afin de permettre au plus grand nombre de personnes de bénéficier de nouveaux droits à l'emprunt et à l'assurance après la fin de leurs traitements anticancéreux.

De plus, il est nécessaire de développer un dispositif d'information ciblée et accompagnée des personnes malades et de leurs proches afin de leur faire prendre conscience que l'arrêt des traitements n'est pas d'emblée le retour à une vie normale et que les conséquences de la maladie et des traitements pourraient se faire sentir durablement et nécessiter un certain nombre de changements dans leur vie.

Cette information devrait être personnalisée en mettant l'accent notamment sur :

- le retour au travail quand la personne était en activité avant le diagnostic et orientation vers le médecin du travail
- les difficultés sexuelles, en orientant vers un spécialiste qui pourra les conseiller
- les possibilités de reconstruction après une chirurgie particulièrement mutilante
- la fertilité, en expliquant les effets des traitements reçus sur la fonction reproductrice et en orientant les personnes vers un service spécialisé qui pourra les aider
- les effets indésirables des traitements qui doivent entrer dans le cadre d'une surveillance par le médecin traitant.

### **3. Attention portée à l'après cancer dans le plan cancer 2014-2019**

#### **A. Accorder une priorité au maintien et au retour dans l'emploi**

Le plan cancer 2014-2019 accordait une priorité au maintien et au retour dans l'emploi. En effet, parmi les personnes qui étaient en activité lors du diagnostic, trois personnes sur dix ont

perdu leur emploi ou l'ont quitté deux ans après (enquête VICAN2,2012). Parmi les personnes qui étaient au chômage au moment du diagnostic, le retour à l'emploi est rendu plus difficile : seules 30% des personnes au chômage ont retrouvé un emploi deux ans après (versus 43% chez les personnes n'ayant pas eu de cancer). Le plan cancer se fixait pour cible, d'ici 2020 d'augmenter de 50% les chances de retour à l'emploi deux ans après le diagnostic des personnes atteintes d'un cancer par rapport à celles n'ayant pas de cancer.

Pour les personnes qui conservent leur emploi, les problèmes de santé pèsent souvent sur la vie professionnelle : difficultés à combiner vie professionnelle et traitement thérapeutique ; retentissement de la maladie et des traitements en termes de fatigue, douleur, troubles du sommeil et de la concentration... Les personnes atteintes de cancer peuvent ressentir un sentiment de marginalisation au sein de leur entreprise ou de leur collectif de travail et parfois se plaindre de mesures discriminatoires dans leur travail (perte de responsabilité, refus de promotion).

La sécurisation des parcours professionnels tout au long de la vie professionnelle est un objectif essentiel. Chaque situation est personnelle et spécifique ; elle est aussi évolutive. Toute personne doit être acteur de son parcours professionnel, mais doit aussi pouvoir être aidée, accompagnée et appuyée dans l'entreprise et en dehors de celle-ci durant la période de fragilité qu'elle traverse.

Les dispositifs existants de maintien et de retour vers l'emploi comportent un certain nombre de droits ou de mesures qui peuvent être utilisés par la personne à un moment donné de sa vie professionnelle. Afin de parfaire l'offre de solutions adaptées à chaque situation personnelle des personnes atteintes de cancer, le plan cancer préconisait l'amélioration de ces dispositifs.

De plus, une attention était portée à la responsabilisation de l'entreprise dans toutes ses composantes sur l'objectif de maintien dans l'emploi ou la réinsertion professionnelle.

## **B. Mieux connaître le vécu des patients pendant et après un cancer**

Mieux comprendre les difficultés que rencontrent les personnes atteintes d'un cancer dans leur vie quotidienne pendant et après la maladie est un enjeu majeur pour éclairer les

décideurs et les acteurs afin d'en atténuer les effets et réduire les inégalités sociales qui en résultent.

La connaissance et la compréhension des conséquences sociales du cancer et du retentissement sur la vie des personnes touchées et de leurs proches s'appuient sur des sources multiples dans le champ de l'observation et de la recherche (observatoires, baromètres, études, cohortes...). Les dispositifs d'observation et de recherche spécifiques au cancer seront consolidés et coordonnés. Les bases de données publiques et les grandes cohortes en population devront être utilisées afin de mieux appréhender les trajectoires des personnes atteintes et les inégalités sociales face au cancer. La recherche en sciences humaines et sociales et en santé publique sera encouragée et soutenue pour développer les connaissances sur la qualité de vie des patients, le retentissement psychosocial et les répercussions de la maladie, plusieurs années après le diagnostic initial.

#### **4. Le syndrome de Lazare**

➔ Et si la guérison marquait, au contraire, l'éclosion d'une souffrance ?

##### **A. Définition**

Dès 1989, Holland, oncologue américaine, donne à l'ensemble des difficultés psychologiques que rencontre un patient qui a survécu à une grave maladie le nom de : syndrome de Lazare (25). Rappelons que Lazare fut le premier homme à avoir été ressuscité par Jésus. Il aurait alors présenté des troubles de l'adaptation et du comportement à son retour dans le monde des vivants.

En France, ce sont notamment les psychiatres Fresco et Salimpour qui ont travaillé sur ce sujet. Le syndrome de Lazare n'est pas la spécificité du cancer, on peut l'envisager pour d'autres maladies chroniques à caractère léthal.

D'après Dhomont, « il désigne l'ensemble des difficultés auxquelles se trouvent confrontées les personnes en rémission d'un cancer et principalement la difficulté de reprise des relations avec un entourage qui avait commencé à faire le deuil à l'annonce de la maladie ». L'auteur nous rappelle que certains patients en rémission vont, heureusement, mieux vivre qu'avant.

Mais pour d'autres, ce sera pire. « Rescapés d'une mort certaine, ils n'arrivent plus à se sentir tout à fait en vie » (26).

Outre les complications physiques tardives, le sujet en rémission peut ressentir un dysfonctionnement psychique ainsi que des modifications angoissantes dans son rapport aux autres (27). Ce phénomène peut être vécu comme une seconde condamnation difficile à surmonter.

La notion de survivance est une notion clé dans la définition du syndrome de Lazare. D'ailleurs, il arrive que l'on parle aussi du syndrome du survivant. Le malade a ainsi ce sentiment de revivre ou de ressusciter après un cancer. Il a un nouveau statut : celui de rescapé, de survivant. Les différents symptômes que l'on peut observer sont : une peur de la récurrence, une diminution de l'estime de soi, une préoccupation morbide sur la mort, une labilité psychologique plus grande, un sentiment d'abandon, des difficultés dans les relations professionnelles, un isolement social, des difficultés à réintégrer le réseau familial ou social et un comportement surprotecteur de l'entourage.

Il paraît difficile d'évaluer et de chiffrer la proportion de patients qui ont souffert de ce syndrome. Il existe peu d'études dans la littérature qui répondent à cette question. Pucheu fait état de différents chiffres. Parmi les patients, 20% semblent, ainsi, déprimés au moment de leur guérison. De plus, 60% des patients seraient dans le déni de leur cancer, une fois guéris (28). L'angoisse de la rechute y est réprimée.

Pour Deschamps, plus de 50% seraient concernés par « une survivance plus ou moins dure, où l'oubli volontaire de l'épreuve se paie de séquelles persistantes, physiques et psychologiques » (10).

## **B. Hypothèses explicatives**

- **Syndrome de Lazare, dette, masochisme moral et pulsion de mort**

Huguet nous explique à partir du cas d'une patiente comment le cancer a pris pour elle « la valeur symbolique d'une dette à payer ». Cette manière de voir la maladie pourrait constituer un mécanisme de défense massif et efficace face à l'évènement traumatique. En effet, il est



fréquent de voir des sujets accepter leur maladie d'autant mieux qu'ils peuvent la justifier et l'intégrer au sein d'un roman familial qu'Huguet a appelé « mythe personnel » (29).

Dans son article, « Le problème économique du masochisme » écrit en 1924, Freud fait une allusion toute particulière aux bénéfices d'une maladie somatique comme le cancer. Elle viendrait notamment dédouaner de la faute. « Il est instructif d'apprendre que contre toute théorie et toute attente, une névrose peut disparaître quand la personne est tombée dans la détresse d'un mariage malheureux, a perdu sa fortune ou a contracté une redoutable maladie organique. Une forme de souffrance a ici été relayée par une autre, et nous voyons qu'il ne s'agissait que de pouvoir maintenir une certaine quantité de souffrance » (30). Il utilise alors le terme de masochisme moral pour évoquer le sort de ces patients qui semblaient ne pas vouloir guérir. A propos de ce phénomène, il écrit : « Des forces se dressent contre la guérison et ne veulent pas renoncer à l'état de la maladie ». Dans le somatique vient se nicher la souffrance, ce qui apaise et soulage la psyché. La souffrance morale devient physique. L'individu s'acquitte de sa dette. « Le refuge dans la maladie physique peut ainsi soulager le sentiment de culpabilité, et apporter le bénéfice de la punition accomplie, délivrant de l'angoisse, en lui trouvant un objet » (10). C'est pourquoi, tout se passe comme si le patient n'avait pas d'intérêt à sortir de la maladie, comme si la maladie le rassurait vis-à-vis d'une rémission qui prend alors l'apparence ambiguë et inquiétante d'un bon état de santé.

La théorie psychanalytique sur la pulsion de mort vient compléter cette explication. « Le diagnostic « cancer » fait surgir une foule de réactions étranges, de représentations inconnues, et révèle une fissure dans notre désir entre pulsion de vie et pulsion de mort » (31). Freud explique « la réaction thérapeutique négative » par l'existence de cette pulsion de mort. Cette réaction négative est la conséquence d'un besoin inconscient d'être malade. Ce besoin l'emporterait sur la volonté de guérir.

Pour Bacqué, la reconnaissance dans le discours des malades en voie de guérison des bénéfices secondaires de la maladie, est un des critères « de bonne réorganisation psychologique » (32). Dans ce sens, nous supposons que le déni, c'est-à-dire l'impossible accès à la reconnaissance de ces bénéfices (qui ressemble alors presque à un aveu) vient empêcher tout ce travail de sublimation qui semble nécessaire au sujet pour penser sa rémission et dépasser son désarroi.

- **Le syndrome de Lazare induit par une dépression de sevrage**

Un certain nombre d'auteurs compare les manifestations du syndrome de Lazare à celles d'une « réaction de sevrage » tant les réactions mêlant anxiété et dépression sont fréquentes. Salter, Terra et Fresco font partie de ces auteurs (33).

Tout patient peut retirer, plus ou moins consciemment, des bénéfices psychiques de sa maladie somatique, de telle sorte qu'il puisse être amené à entretenir et prolonger cet état. « Ces bénéfices secondaires sont la compensation sociale de la maladie. » affirmait Jeammet (34).

Ainsi, les sentiments de peur et d'angoisse accompagnant le cancer viendraient alors réveiller et réactualiser un besoin primaire que nous avons tous en nous : celui d'être protégé, aimé, réconforté, soigné. Pour certains, l'équipe soignante peut même venir se substituer à l'environnement familial. Ce qu'elle procure aux patients en termes de soins et d'étayage réactive un vécu et des plaisirs archaïques. Elle peut représenter alors pour eux un véritable substitut maternel. « Le corps douloureux redevient lieu de soin et d'attention, de bienveillance et de besoins primitifs. Le passage par la maladie nous a comme déchargé du poids de vivre, de supporter seul sa vie d'adulte et replonger dans la fontaine de jouvence de l'enfance » (10).

Le cancer agit comme un « donneur de permission » et donne l'occasion à l'individu d'atteindre un but : celui de s'épanouir enfin en s'accordant avec ce qui était enfoui en lui et qui le rongait. Mais l'annonce de la rémission signe la fin des soins et la disparition du cancer. Peu à peu, il n'y a plus lieu qu'on s'inquiète autant pour lui. Les consultations s'espacent et face à la diminution voire la disparition de symptômes, l'état du malade justifie de moins en moins d'attention et soins privilégiés. Il quitte la cadre rassurant et protecteur de l'hôpital. C'est ainsi que peut naître chez le sujet un fort sentiment d'abandon, consécutif à une séparation qui s'est avérée brutale.

- **Le syndrome de Lazare ou l'effet boomerang du traumatisme des traitements**

D'un point de vue psycho-pathologique, la plupart des études montrent combien les répercussions somatiques du cancer et de ses traitements sont une cause fréquente de dépression et d'anxiété, voire même d'état de stress post-traumatique.

L'individu garde dans son corps et dans sa tête les souvenirs de ce qui lui a été infligé « S'il guérit, il devra en plus intégrer les séquelles de son traitement à une vie de durée normale » (35). Il lui faudra du temps pour s'en remettre et vivre normalement, tout en cohabitant avec ses souvenirs.

## **5. La peur de la récurrence du cancer (PRC)**

➔ Comment vivre avec une épée de Damoclès au-dessus de la tête ?

L'expérience du cancer est caractérisée par une importante part d'incertitude. Même pour les cancers ayant un bon pronostic, le risque de récurrence n'est jamais nul. Cette réalité peut être particulièrement difficile à vivre pour les personnes intolérantes à l'incertitude, qui auront plus souvent tendance à interpréter de manière catastrophique les indices internes et externes au sujet du cancer et à adopter des stratégies d'adaptation inefficaces (évitement, recherche de réassurance...).

Vickberg définit la PRC comme étant « la peur ou l'inquiétude que le cancer reviendra ou progressera dans le même organe ou dans une autre partie du corps ». Cette peur ne disparaît jamais complètement et semble toujours être en arrière-plan (36).

Dans les publications récentes, la PRC est recensée comme un des problèmes les plus fréquemment rapportés (49 à 74%) par les patients atteints d'un cancer de la prostate, du sein, colorectal ou du poumon (37). Une étude, portant sur 1721 patients atteints de différents types de cancers et à différents stades, montre que la PRC ou la peur de la progression constituent un des éléments les plus fréquents de la détresse psychologique (38).

Pour Koocher et O'Malley, la peur de la récurrence a été décrite comme le syndrome de Damoclès (39). On peut remarquer que d'autres auteurs font ce parallèle, comme l'indiquent Suchoka et Bungener (40): les patients décrivent cette peur comme « une épée de Damoclès suspendue au-dessus de leur tête qui compromet la tranquillité de leur avenir en suscitant une notion d'incertitude ». Ce syndrome est lié à une symptomatologie anxio-dépressive, à la peur de la récurrence et à un état de détresse psychologique. De plus, Lee-Jones, Humphris, Dixon et Hatcher (41), grâce à une analyse de la littérature, ont remarqué que la peur de la

récidive pouvait également engendrer une limitation de projets pour l'avenir résultant de l'association entre la PRC et le désespoir.

Puisqu'il est impossible de prédire qui guérira ou non de cette maladie et qui aura ou non une récidive, la PRC est sans contredit l'un des enjeux les plus fréquents dans la population oncologique. Cette crainte peut se manifester durant et après la trajectoire de soins. Les taux de prévalence de la PRC varient grandement selon les études (de 39 à 97%) et ce, en fonction des mesures et définitions utilisées (42).

Les patients plus jeunes, ayant des enfants en bas âge et présentant plusieurs effets secondaires ou symptômes, tels que la fatigue et la douleur (43), seraient plus à risque.

Lorsqu'elle n'est pas traitée, ce qui est souvent le cas, la PRC peut perdurer des mois, voire des années, affectant de manière importante le fonctionnement quotidien et la qualité de vie des patients. Spécifiquement, une crainte de récidive élevée est associée à des niveaux plus élevés de détresse psychologique post cancer et d'intrusions cognitives (44) (45). De plus, du point de vue de la santé publique, la PRC engendre une forte utilisation des soins de santé et une augmentation des coûts qui y sont associés (46).

## **6. Exemple du cancer du sein portant atteinte à l'intégrité physique et psychique de la femme**

### **A. Épidémiologie**

Le cancer du sein se situe au premier rang des cancers incidents chez la femme, nettement devant le cancer du côlon-rectum et le cancer du poumon. Avec plus de 50 000 nouveaux cas par an actuellement en France (58 968 en France métropolitaine en 2017), l'hexagone n'échappe pas à cette règle, et une femme française sur huit y sera confrontée dans sa vie (Institut de Veille Sanitaire, 2008). C'est aussi celui qui cause le plus grand nombre de décès chez la femme, avec 18.2% des décès féminins par cancer. Il représente par ailleurs près de 8% de l'ensemble des décès par cancer, tous sexes confondus (le cancer du sein chez l'homme ne représente qu'environ 1% des cas mais il est souvent de mauvais pronostic).

Cependant, l'évolution des dépistages précoces et des progrès médicaux a permis une augmentation considérable du taux de survie relatif, désormais de 87% à plus de 5 ans du diagnostic et de 76% à 10 ans selon les données de l'Institut National du Cancer. Le taux de mortalité diminue d'année en année. Selon les données de l'Institut National de Veille Sanitaire, la France se situe parmi les pays avec les taux de survie les plus élevés d'Europe.

Cette évolution des taux de guérison soulève alors la question de la qualité de vie des femmes à long terme du diagnostic, et des changements psychologiques, physiques et sociaux vécus du fait de la maladie.

### **B. Témoignage de Catherine Cerisey**

« En décembre 2000, j'ai été atteinte d'un cancer du sein agressif dont j'ai rechuté en septembre 2002... J'avais 37 ans. Après deux tumorectomies, une mastectomie, une reconstruction, 18 chimiothérapies, 5 semaines de radiothérapie et 5 ans d'hormonothérapie, je suis en rémission totale aujourd'hui. Près de 9 ans plus tard, j'ai créé ce blog afin d'informer les femmes, les aider, les soutenir et qu'elles sachent qu'au-delà des statistiques, la victoire est au bout du chemin.

Le vécu de la maladie engendre une connaissance, voire une « expertise » acquise par le malade chronique au fil du temps. Ce « savoir patient » est un « savoir profane » qui ne s'oppose ni ne remet en cause celui très scientifique des médecins, mais d'évidence le complète. Dans le parcours d'une maladie grave ou chronique, le patient et le médecin doivent former une véritable équipe et être des partenaires tout au long du chemin qu'ils feront ensemble.

Enfin, je suis une e-patiente convaincue de l'intérêt d'engager la discussion entre professionnels de santé, institutions, malades et citoyens afin d'améliorer la prise en charge et notre système de santé. La santé 2.0 ne peut se concevoir sans le partage d'expérience et les échanges entre tous ses acteurs. »

Catherine Cerisey a écrit et publié un article sur son blog le 24 janvier 2011 : « Après mon cancer du sein » : « Pourquoi l'après cancer est-il si difficile ? ».

« Voilà les soins sont terminés et nous voilà projetées à nouveau dans la vraie vie. Fin des rendez-vous à l'hôpital, retour au boulot, les proches nous parlent de guérison, aimeraient nous entendre discuter d'autre chose, nous voir à nouveau telles que nous étions avant... et pourtant ! Une conversation sur Facebook et les récents résultats d'une grande étude européenne m'ont conduit à m'interroger sur cet après cancer si difficile à vivre pour tant de femmes.

En ce qui me concerne, cette période a été extrêmement douloureuse et très très longue ! La dépression a pointé son nez plongeant mes proches dans l'incompréhension la plus totale. Pourquoi allais-je si mal alors que je m'étais comportée comme un bon petit soldat pendant près de trois années ? Je me suis sentie abandonnée par tous, seule, désespérément seule face à moi-même, mes angoisses, ma détresse que je ne pouvais plus gérer, que je ne pouvais même pas dire ! J'étais par deux fois tombée de l'échelle, j'avais deux fois, courageusement gravi les échelons un à un vers la guérison et finalement je retombais m'écraser sur le sol comme un pantin, désarticulé, sans vie, encore une fois.

Pourtant d'après la conclusion d'une méta-analyse – regroupant 94 études indépendantes et portant sur plus de 14.000 patients – publiée mercredi dernier par The Lancet Oncology et relayée par (39), il semblerait que finalement, nous soyons peu dans ce cas extrême là. En effet, les résultats font état de 14,3 % de malades souffrant d'une forme majeure de dépression et 9,6 % d'une forme légère. Soit près de 75% de gens qui vivent « correctement » l'arrivée du cancer dans leur vie. Néanmoins, l'étude ne dit pas combien de temps après la maladie, les personnes ont été suivies, puisque c'est bien de cela dont il s'agit ici. Alors, pourquoi devenons-nous si fragiles après la bataille, alors que tout est enfin terminé ?

Dans un premier temps, de leur côté, les proches en ont assez. Pour ceux qui sont restés à nos côtés, envers et contre tout, il faut tourner la page. C'est fini ... F-I-N-I... Ces proches, amis, famille qui ont fait preuve de compassion, d'empathie, de sollicitude pendant ces longs mois aspirent à des rapports à nouveau « normaux », à une réciprocité qui nous est parfois difficile. Au bureau, si l'on y retourne rapidement, les collègues et supérieurs s'attendent à nous revoir aussi concentrés, performants, impliqués qu'avant notre départ précipité.

La fin des traitements rime alors avec solitude : elle nous laisse seules face à nous même, comme lâchées dans la nature. Plus d'allers-retours à l'hosto, finis les prises de sang, les chimios, les rayons, finis les rendez-vous avec l'oncologue qui, si difficiles soient-ils, nous rassuraient. Finis ces rendez-vous qui ponctuaient nos journées et finalement nous empêchaient de penser.

Dans le même temps, nous voilà complètement démunies face à ces effets secondaires qui eux ne disparaissent pas comme par magie : ce sein à jamais disparu, cette cicatrice qui tire, ces cheveux, cils et sourcils qui ne repoussent pas, cette peau brûlée par les rayons qui met tant de temps à guérir, ces douleurs dans les muscles qui nous font toujours souffrir, cette fatigue qui ne nous lâche pas ... On doit vivre avec ce corps que désormais l'on ne reconnaît plus, et plus personne n'est là pour nous entourer et nous rassurer. Impossible de poser des questions à un corps médical qui s'est effacé, impossible d'accéder aux aides – psycho-oncologues, sophrologie, ateliers divers – auxquelles nous n'avons plus droit sous prétexte que nous sommes en rémission.

Et puis il y a la peur, cette peur ingérable qui nous colle à la peau... Contrairement à une grippe, contrairement même à un accident auquel on aurait survécu, on ne guérit pas d'un cancer... Lui est peut-être toujours là, tapi au fond de notre corps, attendant son heure. Personne, aucun médecin ne s'aventurera à prononcer le mot guérison comme pour une vulgaire gastro. Lui, comme nous, savons que le risque existe. Alors, on s'ausculte, on scrute le moindre changement, la moindre douleur inhabituelle réveille l'angoisse : et si j'étais en train de rechuter ? Parce qu'on le sait bien, la plupart des récives ont lieu dans les 2 ans qui suivent l'arrêt des traitements. Mais, là, à nous d'être vigilantes parce que cancérologue ou infirmière ne font plus partie de notre garde rapprochée ! Et s'il en était besoin, les contrôles nous remettent le pied à l'étrier et nous rappellent à l'ordre ! Tous les trois mois, nous voilà à nouveau plongées dans le désarroi le plus total : les fameux marqueurs ! Prise de sang, puis palpation par le médecin et le cœur battant on attend les résultats, essayant de deviner dans l'œil de l'expert le signe que tout va bien ! Parce que même si cela semble si évident pour nos proches, ça ne l'est pas pour nous et semble-t-il pour nos chers cancéros non plus!

Pendant les soins, toute notre activité, nos pauvres forces, notre volonté ont servi à supporter l'horreur que représente l'arrivée du cancer dans nos vies et les dommages collatéraux des

traitements lourds qu'on nous inflige. Nous avons passé des mois à serrer les dents, souffrir dans notre chair parfois même en silence, concentrées pour survivre à ce tsunami. Après cette véritable guerre, le corps et l'esprit lâchent prise, on baisse enfin les bras. N'est-ce pas légitime ?

Quoi qu'il en soit, et quels que soient les résultats de ces études, d'après ce que je lis, j'entends ici et là, je sais que je ne suis pas la seule. Et, sans aller jusqu'à la dépression, beaucoup d'entre nous vivent très mal la fin des traitements...La solution passe peut-être par la parole ou l'écriture ou je ne sais quelle autre forme d'expression, toutes libératrices. Se confier à un psychologue, écrire un blog ou un journal, expliquer sans fin à nos amis ce qui est en train de se passer, rejoindre la chaîne de solidarité d'autres sœurs d'armes sur un forum ou sur Facebook.... Mais surtout ne pas s'enfermer dans une solitude destructrice, éviter de se marginaliser encore plus, être douce et compréhensive avec soi-même, se laisser le temps nécessaire pour reprendre des forces, prendre soin de soi, être patiente... Parce que l'après cancer a un après qui peut se vivre avec une sérénité retrouvée, de nouvelles envies, de nouveaux projets... une vie qui ne ressemble peut-être pas à l'ancienne mais qui nous appartient et qui est ou sera la plus belle possible... ».

### **C. Une cicatrice traumatique, à la fois physique et psychique**

« Les maladies de l'homme ne sont pas seulement des limitations de son pouvoir physique, ce sont des drames de son histoire » (46).

Le diagnostic et le traitement du cancer du sein représentent un stress émotionnel et physique majeur dont les conséquences psychologiques, physiques et psychosociales peuvent s'étendre sur plusieurs années. L'amélioration des traitements et de l'espérance de vie entraînent pour les patientes un double challenge : après avoir affronté la maladie et ses traitements médicochirurgicaux, celles-ci auront la possibilité, mais aussi la charge, de retrouver leurs investissements antérieurs. Cette charge s'alourdit lorsque leur maladie devient chronique ou qu'elles en conservent un handicap résiduel.

Si la qualité de vie des patientes après un cancer du sein semble tout à fait satisfaisante à long terme (47), à plus de 5 ans du diagnostic, plus d'une femme sur trois déclare des séquelles physiques et/ou psychologiques (48). Plus de 30% des patientes en rémission du cancer du



sein rapportent un sentiment d'abandon des soins curatifs aux soins de support (49). De plus, l'âge jeune serait un facteur de risque de développer des troubles mentaux, probablement dû à la question de la reproduction et des troubles sexuels induits et ainsi plus qu'une personne deux en rémission, âgée de moins de 50 ans présenterait des symptômes dépressifs (50)(51).

Sur le plan physique, les patientes en rémission auraient une probabilité de 53% de développer des limitations physiques sur le long terme avec un taux diminué de participation aux activités de la vie courante tels que le shopping, les activités physiques sportives, les évènements sociaux (52).

Des chercheurs de la Wake Forest Baptist Medical Center (53) ont suivi pendant 2 ans 653 femmes atteintes de cancer du sein dont l'âge moyen était de 55 ans. Ils ont étudié les changements intervenus au niveau de la croissance post-traumatique, c'est-à-dire la variation psychologique positive vécue à la suite de la confrontation au cancer. Les participantes remplissaient un questionnaire 8 mois après le diagnostic, puis 6, 12, 18 mois après un autre questionnaire. Les données des questionnaires ont été évaluées à l'aide de l'inventaire de la croissance post traumatique. Le total des scores a augmenté au fil du temps, surtout dans les premiers ayant suivi le diagnostic. Les scores les plus élevés étaient associés au niveau d'éducation, aux délais plus longs post diagnostic, au niveau de gêne occasionné par la maladie, à l'augmentation de l'aide sociale, à la spiritualité ainsi qu'à l'utilisation de stratégies actives d'adaptation via un soutien psychologique.

En examinant les récits, deux facteurs apparaissent déterminants à côté du rôle de l'entourage dans la période de l'après cancer du sein. Ce sont l'âge et les conditions sociales et professionnelles. Les transformations du corps sont toujours difficiles à vivre, mais perdre un sein, grossir, voir sa libido diminuer ou disparaître du fait de l'hormonothérapie pèsent d'un poids d'autant plus lourd que la patiente est jeune. Les études sociologiques ont souligné qu'il est manifeste que les facteurs sociaux, tels que la catégorie socioprofessionnelle, la nature de l'emploi et les conditions de travail, les conditions de vie (logement, transports, garde d'enfants), l'isolement social et relationnel sont déterminants dans la façon de vivre la maladie et dans le sens qu'elle prend pendant et après les traitements.

#### **D. L'image d'un corps meurtri**

L'image du corps est un concept forgé par Paul Schilder en 1935 qui la définit comme « la représentation à la fois consciente et inconsciente du corps, désignant non seulement une connaissance physiologique mais renvoyant également à la notion de libido et à la signification sociale du corps ». L'atteinte de celui-ci constitue un trouble clinique caractérisé par l'existence d'une différence marquée entre l'apparence ou le fonctionnement actuel perçu d'un attribut corporel donné et la perception idéale de cet attribut par l'individu ; cette différence a des conséquences émotionnelles et comportementales et peut affecter significativement la qualité du fonctionnement occupationnel, social et relationnel.

En oncologie, le corps met à mal le sujet dans sa croyance en son immortalité et contraint l'appareil psychique à s'en représenter ses modifications d'où la mise en place des mécanismes de défense chez les patients. Les conséquences sur ce corps atteignent le psychisme en sachant qu'il n'y a jamais véritablement de « restitutio ad integrum ». Le cancer et ses diverses thérapeutiques vont entraîner chez le patient une métamorphose plus ou moins rapide de son corps, de son identité corporelle d'où un risque potentiel de dépersonnalisation avec perte de contrôle de soi et perte de vue de son identité avec une atteinte de l'estime de soi et la perte de confiance. Le corps devient un objet à contrôler, redoutable persécuteur qui n'apporte plus ni plaisir ni paix que la personne atteinte de cancer ne rêve plus de réanimer mais souhaiter simplement faire taire.

Certaines représentations populaires du cancer issues de l'inconscient collectif, renvoient à l'invasion du corps par la maladie et les métastases annonciatrices d'une mort prochaine, au fantasme de dévoration par le « crabe » qui va se nourrir à l'intérieur de ce corps malade avec les conséquences sur l'autonomie et la perte du rôle social, familial et professionnel (54).

La femme confrontée au cancer du sein craint la perte de son intégrité corporelle, la déchéance et la mutilation de son corps. Les troubles de l'image corporelle induits par le cancer et ses thérapeutiques mutilantes vont engendrer une blessure tant physique que narcissique. Un tiers des nouveaux cas de cancer du sein aura besoin d'une chirurgie dite radicale à type de mastectomie (55).

L'atteinte du sein par le cancer renvoie à diverses symboliques car il est le lieu de multiples investissements conscients et inconscients :

- La composante anatomique avec le sein mamelle nourricière source de vie, de maternité mais aussi devenu menace de mort potentielle
- La composante narcissique avec le sein source de séduction, de beauté et de féminité
- La composante érotique avec le sein source de fantasmes, zone érogène et élément de sexualité
- La composante imaginaire avec le sein du désir, celui qu'on n'a jamais eu et qu'on n'aura jamais en référence à l'enfance où le sein serait comme un objet de plénitude qui comble.

La perte du sein renvoie à un vécu de castration, une mutilation de l'image de soi qui va couper l'accès au plaisir sexuel d'une zone fortement investie sur le plan érogène et constituer une blessure voire un effondrement narcissique avec la fin de la féminité et par contamination un vécu mortifère. La mastectomie renvoie à une perte d'identité avec l'atteinte à l'intégrité physique par la mutilation et la détérioration de l'image de soi (apparence, désirabilité). Elle oblige la patiente à faire le deuil du sein retiré par rapport à la silhouette antérieure et à s'adapter à une asymétrie et des modifications du volume et des sensations tactiles pouvant entraîner des répercussions sur la sexualité et la vie conjugale. Il peut se développer une véritable névrose de deuil souvent plus intense que pour tout autre organe car celui-ci est fortement investi. Un syndrome dépressif post-mastectomie est rencontré dans près de 14 à 25% des cas (56).

### **E. Sexualité et fécondité**

La sexualité ne se limite pas strictement aux relations sexuelles et peut aussi intégrer la stimulation des sens, la tendresse et l'attention de l'autre sur soi. Le cancer du sein et ses traitements peuvent affecter la sexualité des patientes mais n'altèrent pas la capacité à ressentir du plaisir sexuel.

Les effets du cancer du sein sur la sexualité dépendent à la fois des traitements (chirurgie, radiothérapie, hormonothérapie ou thérapie ciblée), de la sévérité de la maladie et du vécu

de la relation à l'autre et la sexualité avant la survenue du cancer. Certains changements sont temporaires, d'autres peuvent être définitifs.

Il peut s'agir de fatigue, d'une diminution du désir sexuel, de douleurs, de modifications de l'image du corps, de troubles de la fertilité ou encore d'une ménopause précoce. Ces répercussions affectent la vie intime et sexuelle de la femme et du couple mais malgré ces gênes, une vie intime et sexuelle est envisageable.

Le maintien ou la reprise d'une sexualité nécessite toutefois de respecter le temps nécessaire à chacun de retrouver ses repères et de pouvoir rester attentif à l'autre tout en préservant une communication de qualité.

Des traitements, comme certaines chimiothérapies, peuvent perturber et réduire le désir sexuel. Chez la femme, une baisse de la libido est habituelle pendant et au décours du traitement selon l'Institut National du cancer : plus de 50 % des cas jusqu'à 2 ou 3 ans après la fin du traitement. En général, ces effets secondaires disparaissent après la fin des traitements.

Le cancer du sein et ses traitements peuvent réduire la fertilité. Il est cependant important de bien différencier la fertilité et ses troubles éventuels (hypofertilité ou stérilité) de la capacité à mener une vie sexuelle satisfaisante (c'est-à-dire à ressentir et à donner du plaisir).

L'impact éventuel du cancer et de ses traitements sur la vie sexuelle actuelle et future et la fertilité sont des sujets qui doivent être évoqués avec le médecin, en particulier pour des jeunes patientes n'ayant pas encore réalisé ou complètement achevé leur projet parental. Lorsqu'il s'agit de la possibilité d'une grossesse ultérieure chez une femme traitée pour un cancer du sein, il est important de pouvoir aborder ces enjeux sans forcément attendre le questionnement de la patiente qui risque de s'imaginer d'emblée qu'aucune conception ne sera plus possible, ou d'espérer de façon irréaliste, le report d'une grossesse prévue à un moment du traitement inopportun pour cela. Anticiper ces enjeux avec la patiente, pour qui cette préoccupation est souvent majeure, c'est lui permettre de s'adapter et surtout reconnaître leur importance.

Le cancer du sein est le type de cancer pour lequel les données de la littérature sont les plus riches autour du problème de la fertilité après cancer, et de la prise en charge d'une grossesse après survenue de ce cancer. On estime que 70% des patientes de moins de 45 ans prises en charge pour un cancer du sein souhaiteront un enfant après la fin de leur traitement (57). Le désir de pouvoir mener une grossesse après un cancer est particulièrement d'actualité en raison de l'accent mis, notamment dans le dernier Plan cancer, sur la préservation de la fertilité comme moyen d'amélioration de qualité de vie après cancer.

La planification d'une grossesse chez des patientes en rémission d'un cancer du sein est possible dans une approche multidisciplinaire, anticipant les différents effets indésirables des traitements y compris la réduction de la fertilité, une adaptation du suivi obstétrical, et une information loyale du couple. La règle principale dans cette prise en charge est de favoriser la prise en charge oncologique adéquate avant tout. Une grossesse sous tamoxifène (hormonothérapie) est contre indiquée compte tenu de l'existence d'effets tératogènes liés à la prise de ce traitement pendant la grossesse (58). Cependant, en cas de grossesse, l'indication d'interruption n'est pas formelle mais la patiente doit être informée du risque de malformation et la nécessité d'un suivi spécifique. La conduite à tenir pour les patientes traitées par tamoxifène et désireuses de grossesse est d'attendre la fin du traitement hormonal adjuvant (5 ans) et un intervalle d'au moins 3 mois sans traitement avant toute conception (59).

En pratique, le pronostic du cancer va déterminer la conduite à tenir chez les patientes désireuses de grossesse. En cas de cancer de bon pronostic, la survie globale après la grossesse semblant excellente, rien ne contre-indique la conception. En revanche, en cas de cancer de mauvais pronostic, il est classique de conseiller au couple de repousser le projet de grossesse après le pic de récurrence métastatique. Alors que le Royal College of Obstetricians and Gynaecologists recommandait d'attendre au moins 2 ans avant de débiter une grossesse, la Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada conseillait plutôt d'attendre 3 ans.

#### **F. 4 motifs de vie distingués dans l'après cancer du sein**

Jean-Christophe Mino, médecin-chercheur au Département de soins de support de l'Institut Curie et Céline Lefève, maître de conférences en philosophie de la médecine à l'Université Paris Diderot-Paris 7 (directrice du Centre Georges Canguilhem) proposent une approche

dynamique et compréhensive de la maladie et de ses conséquences pour faciliter et soutenir, après traitement, « un soin de soi ».

En effet, dans leur livre (60) les auteurs distinguent 4 motifs de vie de l'après cancer du sein en s'appuyant sur les témoignages de femmes ayant traversé l'épreuve du cancer du sein. 23 femmes ont été interrogées de 30 à 84 ans, la plupart traitées pour un cancer du sein il y a moins de 2 ans. La méthode d'analyse des récits est celle proposée par les sociologues Dubar et Demazière inspirée de l'analyse structurale de récits de sémioticien Greimas.

### **1) Motif de vie bouleversée**

Dans ce motif de vie, l'après cancer est en continuité avec la période des traitements tel un prolongement douloureux dans tous les domaines de l'existence. Les symptômes pénibles voire handicapants persistent au point où il est difficile de parler de « l'après traitement ». La maladie n'est pas qu'un souvenir. « L'après cancer c'est toujours le cancer » dit l'une des femmes interrogées.

Ce type de motif comporte un traumatisme initial, celui de maladie dont l'annonce est fondatrice avant de dérouler la violence du traitement. La maladie constitue ici une rupture profonde et douloureuse avec la vie d'avant, sans possible retour en arrière. Les femmes déplorent un sentiment de « perte de soi » et une insécurité existentielle qui empêche de se tourner vers l'avenir.

Un tel motif de vie bouleversée oscille entre la confiance dans la parole médicale rassurante et le sentiment profondément ancré d'être condamné, à l'origine d'une certaine confusion. L'absence d'espoir et l'impossibilité d'envisager l'avenir hors de la perspective d'une récurrence représentent un obstacle à la reprise d'une vie « normale » et satisfaisante.

### **2) Motif de vie transformée**

Ce motif de vie constitue une vie d'après transformée où la maladie occupe la place d'un épisode surmonté. La reconstruction s'opère par une réévaluation des valeurs personnelles et peut conduire à des choix et des changements existentiels importants.

La conviction de mort n'est plus présente, c'est simplement le souvenir d'avoir été malade et d'en être changé qui persiste après le traitement. La confrontation avec la maladie et son

incertitude peuvent en quelque sorte libérer la patiente de ses tracas du quotidien et lui permettre de vivre plus pleinement.

L'après cancer n'est pas synonyme d'un changement radical de personnalité mais d'une réelle transformation du rapport à soi et à l'existence. Une posture active permet dans ce motif de se mobiliser contre la menace. Le rapport à la médecine n'est pas traumatique, il est pragmatique et instrumental.

Il n'y a pas de retour à la vie antérieure : la nouvelle vie qui s'annonce n'est pas synonyme de perte identitaire mais plutôt d'une révélation d'un sens nouveau à l'existence à l'origine d'un travail de réévaluation drastique des besoins, valeurs et du sens donné à l'existence. Ici l'existence est tournée vers l'avenir et non vers le passé comme précédemment.

### **3) Motif de vie confirmée**

A défaut de transformer la personne, la maladie peut être l'occasion de confirmer et d'approfondir ses valeurs. A la différence du motif précédent, le travail de construction aboutit à se confirmer, expliciter et affirmer ses préférences. La maladie est vécue comme une mise à l'épreuve de soi.

Dans l'après cancer, l'épanouissement refait surface au nom d'une fidélité à soi-même.

### **4) Motif de vie continuée**

Ce motif désigne une manière de vivre qui n'a pas changé : la vie continue telle qu'elle était avant la maladie. L'origine du cancer est renvoyée à une causalité extérieure à soi, objective et non signifiante. Le traitement est passé et le cancer n'est pas/plus le problème principal.

Le rapport à la maladie est fataliste et plus distancié. La relativisation caractéristique de ce motif de vie peut prendre la forme d'une comparaison avec d'autres malades atteints plus gravement dans l'entourage ou à l'hôpital.

➔ Dans la problématique de l'après cancer, la souffrance en « différé » apparaît souvent incongrue et déplacée aux yeux de l'entourage et des soignants. La page doit être vite tournée pour un retour à l'homéostasie.

A travers l'onco-coaching, le renforcement de l'autonomie, la considération de la personne dans son individualité et la mise en place d'une relation de confiance constituent les catalyseurs d'une motivation intrinsèque au changement : passer de la guérison au sens propre au sentiment de guérison. Avant de définir l'onco-coaching, il est élémentaire de reprendre la définition de la motivation ainsi que les théories qui s'y rapportent.

## **La motivation**

### **1. Les théories motivationnelles**

Aristote évoquait l'idée qu'il existe des passions qui vont guider le comportement. Pour Platon, l'âme serait composée de l'appétit, du cœur et de la raison, qui ensemble gouvernent dans un rapport complexe les actions humaines.

McDougall en 1908 (61) proposa une théorie où l'instinct serait la disposition physiologique héritée ou innée qui détermine son possesseur à percevoir ou à être attentif aux objets d'une certaine classe, d'être en proie à des excitations émotionnelles d'une qualité particulière lors de la perception de ces mêmes objets et d'agir en fonction de cette perception d'une façon particulière ou pour le moins d'avoir une impulsion d'action du même ordre.

Nicholls en 1984 (62) définit le type d'implication en étudiant 2 facteurs ayant un impact important sur la motivation : l'effort et la capacité de l'individu. Il fait la différence entre les activités où l'individu est impliqué par l'égo et celles où il est impliqué par l'activité. Seuls les individus qui ont une forte croyance en leurs capacités sont en mesure de fournir un effort supplémentaire quand les niveaux de performance sont en déclin.

En 1988, Dweck et Leggett (63) introduisent 2 buts selon lesquels l'individu s'engage dans une activité : le but d'apprentissage (implication par l'activité) et le but de performance (implication par l'égo). Pour eux, la résignation ne s'observe que chez les individus qui s'orientent vers un but de performance. Si la compétence perçue est élevée, dans le cadre d'un but de performance, il est possible de prédire que le comportement de l'individu va



s'orienter vers la maîtrise, c'est-à-dire qu'il va viser le challenge et avoir une grande persistance face à l'échec. Par contre, si sa compétence perçue est faible, il risque d'avoir face à l'échec une symptomatologie de résigné, c'est-à-dire une aversion envers l'activité, une faible persistance ou encore montrer des déficiences stratégiques liées à un manque de réflexion. Lorsque l'individu est orienté vers un but d'apprentissage, le risque de résignation face à l'échec est quasi inexistant. Dans ce cas de figure, l'individu cherche avant tout à apprendre et donc à maîtriser l'activité. L'échec n'est pas ressenti comme lié à un manque de compétence irrémédiable mais plus généralement il est vu comme la marque d'une déficience stratégique ou d'un effort insuffisant, autant de causes instables que l'individu va chercher à modifier dans ses tentatives ultérieures.

Dans la théorie attributionnelle de la motivation (64), Wiener explique en 1989 que ce sont les capacités ou l'effort déployé par la personne qui sont les premières causes explicatives de la réussite ou de l'échec. Les stratégies attributionnelles de défense ou de valorisation des capacités individuelles sont d'autant plus vives que l'individu est impliqué par son égo dans une action donnée.

Vallerand et Thill définissent en 1993 (65) le concept de motivation comme le construit hypothétique utilisé afin de décrire les forces internes et/ou externes produisant le déclenchement, la direction, l'intensité et la persistance du comportement.

## **2. La théorie de l'auto-efficacité de Bandura**

La théorie de l'auto-efficacité (AE) de Bandura en 2003 s'inscrit dans le champ conceptuel de l'apprentissage social. L'AE serait un médiateur important de la motivation et donc de l'effort de l'individu. Pour Bandura « l'efficacité personnelle perçue concerne la croyance de l'individu en sa capacité d'organiser et d'exécuter la ligne de conduite requise pour produire des résultats souhaités » (66).

L'étude de Bandura et Cervone en 1983 permet de voir comment le concept d'AE est opérationnalisé (67). Les résultats montrent que ce sont les sujets du groupe « but + feedback » qui ont les meilleures performances puisqu'ils connaissent une augmentation d'environ

60% de leurs performances de base contre seulement 30% pour les autres groupes. Le principal résultat de cette étude est la perception d'AE qui est la plus forte dans ce groupe.

Les croyances d'efficacité personnelle sont construites à partir de 4 principales sources d'information :

- Les expériences antérieures actives de maîtrise : indicateur de capacité
- Les expériences vicariantes : la comparaison sociale indispensable à l'évaluation des capacités ainsi qu'à la transmission de compétences
- La persuasion verbale : si le fait de souligner les capacités personnelles a comme impact d'augmenter le sentiment d'efficacité, insister fortement sur une réussite minime a pour effet d'informer hypocritement que l'individu a de faibles capacités. L'influence de la source de persuasion est à mettre en relation avec les différents indicateurs d'efficacité dont l'individu dispose. Deux caractéristiques semblent avoir un effet sur la persuasion verbale : la crédibilité et le niveau d'expertise de la source. Plus la source est experte dans le domaine de compétence visé, plus son influence est importante.
- Les états physiologiques et émotionnels quand l'individu effectue une activité.

Pour Bandura, la motivation a une action sur les performances au travers de « motivateurs cognitifs anticipatoires » et l'AE entre dans la composition de ces motivateurs. La motivation est cognitive car l'individu cherche à déterminer les causes de ses réussites ou de ses échecs et anticipatoire car elle repose sur l'expectation de performances tout en étant guidée par des objectifs.

### **3. La théorie du positionnement d'objectif**

La théorie du positionnement d'objectif estime que le comportement humain est gouverné par des intentions et des objectifs conscients. Les caractéristiques du but peuvent être dissociées en deux catégories :

- La difficulté : plus le but est difficile, meilleures sont les performances
- La spécificité : en référence à la possibilité de décrire précisément le but à atteindre. Plusieurs centaines d'études ont pu ainsi montrer qu'un but difficile et spécifique mène à une meilleure performance que des buts vagues.

L'automotivation est mieux maintenue grâce à une série de sous-buts proximaux hiérarchiquement organisés pour assurer des progrès successifs vers les buts supra-ordonnés. Pour Locke et Latham, l'assignation d'objectif a un impact avant tout motivationnel (68). Les auteurs retiennent trois aspects fondamentaux de la motivation : l'amplitude (effort), la durée (persistance) et la direction du comportement.

#### 4. Catégorisation de la motivation

Les auteurs postulent l'existence d'un continuum d'autodétermination qui va de l'amotivation jusqu'à la motivation intrinsèque (69)(70). Entre ces 2 extrêmes se trouvent 4 formes de **motivation extrinsèque** qui se distinguent par leur degré d'autodétermination :

- La régulation externe : la moins autodéterminée, correspondant aux récompenses/punitions.
- La régulation introjectée : le comportement est motivé par des incitations, pressions internes (sentiment de culpabilité, menaces adressées à l'estime de soi ou au contraire des compliments).
- La régulation identifiée : activité effectuée car considérée comme importante, comme ayant un sens profond pour l'individu ce qui lui donne une certaine valeur.
- La régulation intégrée : la forme la plus autodéterminée, correspondante au développement du sens de soi, à la réalisation de soi-même.

La **motivation intrinsèque** nécessite une complète autodétermination. L'individu choisit librement ses activités ce qui lui procure du plaisir et de l'excitation. Cette motivation est basée sur le besoin inné de compétence et d'autodétermination.

L'**amotivation** correspond au niveau zéro de motivation. Quand un individu perd le contrôle du résultat qui suit son comportement, c'est-à-dire qu'il ne perçoit plus l'utilité d'agir, alors il se résigne et devient amotivé. L'individu se contente d'effectuer mécaniquement les choses sans rien ressentir.

## 5. L'entretien motivationnel centré sur la personne

Issu des approches humanistes rogeriennes, l'entretien motivationnel (EM) s'est développé au cours des années 80 aux Etats-Unis et au Royaume-Uni. William Miller et Stephen Rollnick, psychologues, ont développé cette approche qui a pour but d'explorer et résoudre l'ambivalence des patients face au changement en se centrant sur la personne (71)(72). L'ambivalence est naturelle dans toute perspective de changement.

Les moteurs de l'EM sont en plus de l'empathie, le soutien à l'efficacité personnelle, le développement des divergences (conflits psychiques internes) et la diminution de la résistance au changement. L'EM a réussi à se forger une identité par un abord original des enjeux relationnels en même temps qu'utile aux patients (73).

La motivation au changement doit venir de la personne elle-même. L'intervenant l'aide à identifier ses valeurs intrinsèques et ses buts qui seront les moteurs du changement. C'est à la personne d'explorer et de résoudre l'ambivalence. La participation active de la personne est sollicitée, l'intervenant se montre directif. La relation thérapeutique correspond au partenariat, la résistance au changement n'est pas une caractéristique propre à la personne mais également le produit de l'interaction entre la personne et l'intervenant. Celui-ci doit respecter l'autonomie et la liberté de choix de comportement de la personne. Des études ont en effet montré que le changement intervient d'autant plus que la personne s'appuie sur les motivations intrinsèques qu'elle aura formulées.

Ainsi, l'EM n'est pas simplement un ensemble de techniques, mais bien la mise en œuvre de principes très importants qui en définissent l'esprit :

- Le partenariat : l'EM est à envisager comme la collaboration entre deux experts, le professionnel, expert dans son domaine, et la personne experte de sa propre situation.
- Le non-jugement : consistant à reconnaître la valeur inconditionnelle de chaque être humain et son potentiel, son autonomie.
- L'altruisme : l'intérêt qui prévaut doit rester celui de la personne accompagnée.
- L'évocation : l'intervenant pratiquant l'EM considère que la personne a en elle les ressources pour changer, et qu'il est là pour l'aider à les faire émerger.

Pratiquer l'EM suppose de développer et mettre en œuvre cinq compétences essentielles :

- Poser des questions ouvertes
- Valoriser
- Réfléter
- Résumer
- Informer et conseiller.

➔ Dans le cadre des entretiens motivationnels des patients en rémission d'un cancer, les enjeux tournent autour de la transition du statut de survivant à vivant selon les considérations personnelles de chaque patient. Le coach est là pour permettre à la personne de renouer avec ses forces de caractère, d'élaborer des stratégies d'adaptation à ce nouveau statut et de reprendre progressivement le contrôle sur sa vie, son corps, son esprit. Après la crise existentielle due à l'évènement cancer, le combat pour la survie doit progressivement se transformer en propension à vivre.

## **L'onco-coaching**

### **1. Le coaching en psychologie positive**

#### **A. Enjeux du coaching en psychologie positive**

Le coaching en psychologie positive (CPP) est une approche scientifique qui a pour objectif l'augmentation du sentiment de bien-être, l'intensification et l'utilisation des forces personnelles, l'amélioration de la performance ainsi que la réalisation de buts personnels valorisés (74).

La psychologie positive est une discipline récente, fondée en 1998 par Martin Seligman sur les moyens et les conditions qui mènent au fonctionnement optimal d'une personne, d'un groupe ou d'une organisation. Elle vise à un rééquilibrage à travers la construction d'un pendant positif à la psychologie traditionnelle qui est centrée sur les faiblesses, les troubles et la maladie. La santé mentale ne se réduit pas à l'absence de maladie mentale, elle se caractérise

aussi par l'épanouissement. La psychologie positive, à travers une méthode scientifique, cherche à déterminer ce qui rend une personne épanouie, qui va de l'avant, franchit les difficultés et va toujours vers un plus grand bonheur (75). Elle permet de réfléchir à l'amélioration du bien-être humain, en se concentrant sur l'étude de ce qui construit la santé, et non seulement sur ce qui l'entrave (76). Elle s'intéresse au fonctionnement optimal de l'être humain à travers plusieurs caractéristiques :

- **Les expériences subjectives**, comme les émotions positives : le bonheur, le bien-être, la satisfaction et l'optimisme.
- **Les capacités de résilience**, c'est-à-dire la capacité à surmonter un événement difficile (deuil, perte d'emploi, ou rupture amoureuse par exemple).
- **Les traits de personnalité positifs** comme la gratitude, la sagesse, le courage, ou la curiosité.
- **Les valeurs positives véhiculées par la société**, comme le respect, la civilité et le travail.

Son objectif est de développer la capacité à aimer et à être aimé. Elle permet de donner du sens à ses actions, de se sentir responsable de ce que l'on peut changer, et d'être résilient face à ce que l'on ne peut pas éviter (77).

La psychologie positive et le coaching sont des alliés naturels puisqu'ils partagent une préoccupation explicite pour le rehaussement du bien-être et du fonctionnement optimal, ainsi que pour l'amélioration de la performance. Le CPP est influencé par d'autres paradigmes telle que la psychologie humaniste qui s'intéresse au développement des talents, à la promotion du sentiment d'efficacité personnelle.

Nous savons actuellement par le biais de nombreuses études qu'il est possible de faire croître la satisfaction de vivre ainsi que d'autres indices de bien-être psychologique (78)(79). Les émotions positives peuvent favoriser l'émergence de ressources personnelles durables en rehaussant la résilience aux plans cognitif, affectif et physique. Ces bénéfices peuvent donner lieu à une spirale ascendante positive à travers l'augmentation d'affects positifs qui permet l'élargissement des pensées et des actions ainsi que le développement de la créativité. Ces

effets favorisent la poursuite des buts, l'affrontement des défis et une performance plus efficace.

De nombreux résultats démontrent l'efficacité de l'approche basée sur les forces personnelles dans le domaine du coaching. En effet, le fait de nommer, d'identifier, de repérer et de développer ces forces favorise une culture positive d'auto-appréciation et accentue ainsi l'engagement dans les actions. Un outil a été développé par Peterson et Seligman en 2004 (80), le « Values in action (VIA) » et correspond à une classification des forces de caractère ainsi qu'un inventaire de ces forces.

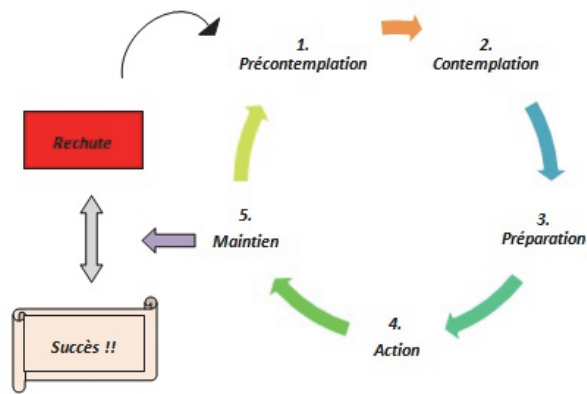
## **B. Le changement personnel**

En plus de la promotion des affects positifs et des forces de caractère, le CPP a pour objectif de favoriser le changement personnel par l'utilisation de modèles de transition réussie.

Le modèle transthéorique de changement est apparu dans le but de comprendre comment les personnes changent face à certains comportements addictifs. Il a été développé par les psychologues James Prochaska et Carlo DiClemente en 1982. Ces auteurs ont décrit une série d'étapes à travers lesquelles passe une personne qui veut abandonner une habitude (81). Cela est également applicable pour la plupart des objectifs annuels que beaucoup d'entre nous établissons.

Ces étapes sont applicables au changement que les personnes visent personnellement mais également au changement qui se réalise grâce à l'aide d'une tierce personne. La motivation s'avère être essentielle à tout processus de changement personnel.

La « roue du changement » émergeant du modèle transthéorique du changement de Prochaska-DiClemente reflète une réalité : dans tout processus de changement, la personne tourne autour du processus plusieurs fois avant d'atteindre un changement stable.



Le travail du coach consiste à assister la personne à traverser les étapes du processus en offrant un soutien et des défis appropriés.

### C. L'effet Pygmalion

L'effet Pygmalion, appelé également « l'effet Rosenthal » du nom du psychologue qui l'a mis en évidence, est une prophétie autoréalisatrice, c'est-à-dire que le simple fait de croire en quelque chose augmente les chances qu'il se réalise (82).

Le terme « Pygmalion » vient de la mythologie grecque, du nom d'un sculpteur chypriote qui sculpta une statue si belle qu'il en tomba amoureux. Aphrodite, la déesse de l'amour, touchée par cette passion, décida de la transformer en femme vivante, Galathée. Cette histoire légendaire illustre la réalisation ou le succès d'un rêve si l'on y croit suffisamment.

L'effet Pygmalion permet d'augmenter les chances de réussite ou de concrétisation d'un projet ou d'un rêve (83). Pour ceux qui adoptent cette conviction, il peut y avoir plusieurs résultats tels qu'une amélioration de la confiance en soi, une diminution de l'anxiété, une meilleure projection dans l'avenir, une motivation à toute épreuve, une vision positive des choses, une meilleure implication personnelle.

Croire de façon inébranlable en son succès, augmente très clairement les chances que ce dernier se produise. S'imaginer et se projeter dans le futur avec des capacités ou des compétences supérieures, augmente les performances et la concrétisation de ses rêves en réalité. Tout comme Pygmalion avec sa statue, façonner de façon très précise son projet augmente les chances de lui donner vie.



L'effet Pygmalion peut s'expliquer de différentes façons :

- d'après le degré de croyance et de conviction de l'enseignant ou du chercheur dans l'expérience, mais aussi de celui qui utilise l'effet Pygmalion dans sa vie (plus la conviction est forte et plus les performances sont améliorées) ;
- la qualité de l'interaction et la valorisation participant à l'augmentation de la confiance en soi et en ses capacités ;
- l'acceptation complète de la croyance, même si elle paraît impossible ;
- le rappel fréquent à la croyance.

Les coachs en psychologie positive ont avantage à utiliser cet effet Pygmalion positif en croyant sincèrement au potentiel des personnes.

#### **D. Le regard positif inconditionnel**

Le regard positif inconditionnel, l'une des conditions que mentionne Carl Rogers pour créer un climat facilitateur de croissance, aux côtés de la congruence et de l'empathie, pose souvent problème au thérapeute. Sentiments, appréciations négatives, jugements sont autant d'obstacles qui empêchent de l'éprouver. Le thérapeute centré sur la personne est de fait tenu de conscientiser et de travailler ses jugements.

Rogers le définit en 1968 comme « une attitude chaleureuse, positive et réceptive envers ce qui est dans son client ». De plus, il écrit que « la seconde condition à l'avènement d'un climat favorable au changement, c'est la disponibilité, l'ouverture, l'affection, la valorisation » (84)(85).

#### **E. Les instruments du CPP visant le rétablissement de l'autonomie**

Un exercice proposé par Ben-Shahar en 2007 (86) s'inspirant du modèle de bonheur de Seligman propose trois aspects complémentaires guidant l'entretien du coach : « Plaisir, Forces, Sens ». En somme, le coach pose trois questions :

- Qu'est-ce qui vous procure du plaisir ?
- Dans quoi vous engagez-vous ? Comment utilisez-vous vos forces ?
- Qu'est ce qui donne du sens à votre vie ?

Il est important d'inviter le patient à se poser ces questions qu'il n'abordera sans doute pas par lui-même, d'y réfléchir sérieusement et de ne pas sauter trop vite aux conclusions. Si le coaching est orienté vers le sens à la vie, il importe d'inviter le patient à se remémorer des expériences de succès, de préciser les valeurs dominantes qui pouvaient être en cause et voir comment les décisions et les valeurs étaient bien alignées.

Une incitation à prendre le temps de savourer, c'est-à-dire prendre conscience des plaisirs de la vie peut être un outil du CPP. En effet, les coachs peuvent encourager les patients à trouver des expériences spécifiques dans leur vie quotidienne et à y porter attention de façon intentionnelle. Cette technique s'apparente à la pleine conscience.

Les interventions validées en psychologie positive peuvent apporter une contribution de grande valeur au coaching de vie. La théorie de l'autodétermination de Ryan et Deci (87) est particulièrement pertinente. En effet, cette théorie postule l'existence de trois besoins fondamentaux : l'autonomie, la compétence, la relation avec autrui (88). La satisfaction de ces besoins rehausse la motivation et le bien-être et peut soutenir la progression d'une motivation extrinsèque vers une motivation intrinsèque, favorisant ainsi le sentiment d'autodétermination. Ce dernier est associé à une estime de soi plus élevée.

## **2. Le coaching comme outil pour guérir de la guérison**

« Guérir n'est pas revenir... » Georges Canguilhem

### **A. Le coaching comme outil d'action du rétablissement social et psychologique**

L'accompagnement social peut prévenir et faire diminuer de 50% l'occurrence des troubles psychologiques de patients atteints de cancer (89). Les programmes d'accompagnement sont bien souvent d'avantage centrés sur le patient « malade » plutôt que sur la période suivante, l'après-cancer.

L'aide repose sur une psychologie du développement du sujet, basée sur un modèle d'accompagnement, pas nécessairement thérapeutique, en répondant aux préoccupations de désaffiliation sociale et en s'associant dans une action commune (90). Dans le modèle de

l'accompagnement, la relation d'aide peut soutenir les ex-patients qui le souhaitent et/ou sont identifiés comme étant psychologiquement vulnérables, à assurer un meilleur rétablissement et bien-être et, ainsi optimiser leurs capacités à retrouver une vie active et professionnelle (91).

Le rétablissement psychologique et social se définit comme le retour progressif à la santé mentale (90). Une rémission assortie d'un retour à un état de bien-être subjectif sont la véritable signature du rétablissement (90). Ce bien-être subjectif participe à une définition positive de la santé mentale comme un état de performance réussie de fonction mentale s'exprimant par des activités productives, des relations enrichissantes avec les autres et la capacité de s'adapter au changement et au stress (92). Il s'agit également d'aider la personne dans la restauration de son rôle social.

Le rétablissement est donc conçu comme un rapport dynamique entre la personne et l'environnement. L'idée de l'onco-coaching est de participer à ce rétablissement à travers un coaching d'inspiration sportive.

Stanton (93) a montré que les interventions les plus efficaces étaient celles destinées à agir sur les capacités, aptitudes et comportements. Le coaching peut être considéré comme une approche visant la mise en valeur des ressources individuelles, comme les compétences et le potentiel. De plus, une participation active du patient à des programmes d'aide psychologique dans le processus de convalescence, de récupération et de réhabilitation pourrait augmenter les chances de survie mais aussi la santé et le bien-être du patient (94)(95).

L'onco-coaching se base sur l'avenir, on ne parle plus de maladie.

## **B. Un coaching d'inspiration sportive**

Depuis 1980, de nombreuses études randomisées ont rapporté que l'activité physique suffisamment intense, fréquente et prolongée avait un effet bénéfique pendant et après les traitements sur l'asthénie, mais aussi les troubles du sommeil, certaines dépressions, l'estime et l'image de soi, les relations sociales, la qualité de vie (96)(97). Elle permet de diminuer la consommation médicamenteuse (psychotropes, antalgiques...). Le transfert de connaissances et de pratiques entre management de la performance dans le sport de haut-niveau et le

rétablissement psychologique social du patient en oncologie met en place un dispositif d'accompagnement dépassant le seul cadre hospitalier.

Ce dispositif permet aux patients en rémission de bénéficier des bienfaits des stratégies d'intervention reconnues dans le management du sport et de la haute performance sportive afin d'améliorer leur retour à la vie sociale.

Le sport est naturellement porteur d'une charge imaginaire positive, de registres de capitalisation symbolique efficaces et de vecteurs identificatoires (98). Cette dimension symbolique donne toute sa puissance sociale au sport à travers les valeurs sportives déployées dans l'imaginaire de chacun tels que le dépassement de soi, le courage, la volonté, le respect, la joie dans l'effort, l'esprit d'équipe (99)(100).

Le sport est utilisé en tant qu'objet faisant « interface » entre le coach et la personne en rémission d'un cancer.

Cinq sélectionneurs d'équipes nationales de sport collectif ont été interrogés sur leurs conceptions des meilleures pratiques de gestion et de management des hommes (101). Ils accordent une attention particulière à la considération individuelle de l'athlète et la mise en place d'une relation de confiance, à la délégation du pouvoir et le partage régulé des prises de décision qui renforcent le sportif dans un sentiment d'autonomie et de compétence, catalyseurs d'une motivation intrinsèque (102).

Loin d'être thérapeutique, le questionnement et l'action du coach permettraient au coaché de devenir son propre moteur de changement. Le relation coach-coaché devient élémentaire où confiance, respect mutuel, coopération et compréhension guident les échanges (103).

### **C. Promouvoir l'espoir à travers une approche salutogénique en vue d'une conception élargie du rétablissement**

L'espoir ne correspond pas à la pensée magique. Snyder (1994), pionnier en ce domaine, inclut deux aspects dans la notion d'espoir : dans un premier temps un processus d'identification d'un but et des divers moyens pour le réaliser puis la croyance en sa capacité de l'atteindre, impliquant le sentiment d'efficacité personnelle et la motivation (104)(105).

Le CPP se base sur les deux aspects essentiels de l'espoir en vue d'aider les personnes à améliorer leur performance. Pour les patients en rémission, la performance sera assimilée à la reprise d'activités sources de plaisir, la capacité à reprendre sa place au sein des différents systèmes (société, famille, travail) et la reprise progressive de confiance en soi.

Retrouver du sens devient une étape primordiale pour raviver un sentiment d'espoir d'une vie meilleure dans la période post-traitement à travers une approche salutogénique (développée par le sociologue médical Aaron Antonovsky) se concentrant sur les facteurs favorisant la santé et le bien-être (physique, mental, social) plutôt que les causes de la maladie (pathogénèse).

En effet, deux visions du rétablissement coexistent actuellement. La première vision, traditionnelle, est fondée sur une approche pathogénique, concevant le rétablissement comme une absence de psychopathologie. La seconde vision met l'accent sur les transformations positives que vit la personne au fil de son rétablissement ainsi que sur les facteurs environnementaux qui les facilitent ou les entravent (90).

Les diverses transformations impliquent un important travail de redéfinition de la relation à soi, aux autres, à la société et à la vie en général. Une des dimensions clés du rétablissement concerne la reconstruction d'une vision fonctionnelle du soi, reposant entre autres sur la restauration des capacités altérées par la maladie (106).

Au cours du processus d'optimisation visé, les personnes développent des moyens pour lutter contre les obstacles qui freinent leur quête de plaisir et de satisfaction dans la vie ainsi que leur participation dans des activités et des rôles qu'elles perçoivent comme enrichissants. Le développement optimal des forces et des talents de la personne fait également partie du processus d'optimisation (80). D'autres changements positifs liés au processus d'optimisation visent à promouvoir une vie interpersonnelle florissante et implique le renforcement de compétences et d'attitudes relationnelles ainsi que l'offre d'opportunités pour développer des relations intimes (107)(108).

L'hédonie et l'eudaimonie font partie intégrante du rétablissement psychologique accompli. Alors que l'hédonie correspond à des sentiments positifs à l'égard de la vie, comme la perception de satisfaction ou de bonheur, l'eudaimonie ou le fonctionnement positif se définit par une vie personnelle et sociale qui est enrichissante et bien remplie.

#### **D. La croissance post-traumatique : un oxymore attendu**

Ce concept développé par TEDESCHI et CALHOUN en 2004 se définit comme un processus qui permet à des sujets qui ont fait face à des défis majeurs dans leur vie de développer la capacité d'équilibrer la réflexion et l'action, de peser le connu et le non-connu de la vie et d'aborder plus ouvertement et de manière satisfaisante les questions fondamentales de l'existence humaine (109)(110).

Le degré auquel une personne est engagée cognitivement par la crise semble être un élément central dans le processus de croissance post traumatique.

Tedeschi et Calhoun ajoutent que bien que la croissance post-traumatique ait été corrélée avec une réduction de la détresse, un certain degré de bouleversement psychologique ou de détresse est nécessaire, non seulement pour mettre en mouvement la croissance, mais aussi pour l'améliorer et la maintenir.

Le travail cognitif suivant le traumatisme peut aboutir à un développement personnel. Les aspects fréquemment rapportés de croissance post-traumatique intègrent de meilleures relations interpersonnelles, une plus grande appréciation de la vie, la perception d'une plus grande force personnelle, une plus grande spiritualité ainsi qu'une évolution des priorités ou des objectifs de vie.

La nature de ce développement est complexe et nécessite, pour être appréhendée au mieux de dépasser la contradiction inhérente à ce phénomène, qui peut tout autant être le marqueur d'un bon ajustement à la maladie, comme au contraire de difficultés à y faire face.

Ceci est le témoin de l'ambivalence des processus en jeu dans le catabolisme psychologique du cancer. Ainsi, l'expression « développement post-traumatique » est aussi un oxymore et il convient de s'en souvenir pour ne pas glisser vers une vision manichéenne de l'ajustement à la maladie, peu réaliste et sans doute contreproductive d'un point de vue clinique.

Le concept de la croissance post-traumatique est particulièrement utilisé pour mesurer les changements positifs à l'égard du rapport à soi, aux autres, au monde et à la vie en général qui émergent tout au long du rétablissement.

### **3- Le Programme Rebond au sein de l'institut Paoli-Calmettes**

Le programme Rebond fait l'objet d'un projet de recherche clinique porté par le laboratoire Management Sport Cancer EA4670, dirigé conjointement par Patrice Viens et Pierre Dantin, qui fait de son objet d'étude l'utilisation du sport comme support de relation d'aide.

La démarche novatrice de l'onco-coaching a été initiée par une étude pilote de coaching de vie pour le rétablissement psychologique et social de patients en rémission de cancers hématologiques après allogreffe de cellules souches hématopoïétiques (111).

L'allogreffe de cellules souches hématopoïétiques permet la guérison de leucémies incurables par chimiothérapie conventionnelle. Un suivi prolongé est indispensable du fait du risque de complications à long terme pouvant mettre en jeu le pronostic vital et/ou impacter la qualité de vie des patients.

L'expérience de la greffe est décrite comme particulièrement traumatisante et engendre des effets psychologiques délétères sur le long terme pouvant altérer et compromettre sérieusement un rétablissement complet (89).

Une première phase de développement a été menée sur quelques patients volontaires (n=5) auxquels a été proposée une démarche d'accompagnement sous la forme d'entretiens avec un coach issu du monde du sport. Le résultat majeur de cette phase est que les coachés ont tous repris, à l'issue du coaching des activités professionnelles, associatives ou sportives.

Concernant l'évaluation des apports des séances, l'échantillon fait apparaître une satisfaction unanime et souligne la nécessité pour les patients en rémission d'être aidés, soutenus et écoutés par d'autres personnes que des soignants parce qu'on ne parle plus de maladie mais d'avenir. De plus, le sport étant associé à la santé et au bien-être, il apparaît comme un tremplin vers une vie nouvelle sans maladie. Les coachés relatent également que le coaching a permis de « mettre du sens », de « passer du besoin de survivre à l'envie de vivre de manière autonome et consciente » et de se projeter avec enthousiasme dans l'avenir « sans ressentir de la culpabilité d'avoir survécu ».

Sur le plan comportemental, tous signifient que les entretiens ont eu pour conséquences de leur donner à nouveau confiance en eux, de reprendre le contrôle de leurs actions et plus

globalement de leur vie, que ce soit au niveau professionnel ou à un niveau plus personnel où « le temps pour soi » est désormais abordé comme une évidence non négociable.

Retrouver une forme d'acceptation de soi en adoptant des attitudes positives à son envers, reconnaître et croire en son propre potentiel, se sentir ouvert(e) à de nouvelles expériences ou opportunités, manifester l'intention d'organiser son environnement à sa convenance et de façon, avant tout autonome, ressentir le besoin de partager et de transmettre leurs expériences de coachés sont de forts marqueurs d'un retour vers un fonctionnement psychologique et social positif.

Ces premiers retours constituent une première indication sur l'apport du dispositif d'accompagnement auquel ils ont participé. Tout semble indiquer que chez ces participants, l'accompagnement a permis de favoriser sinon catalyser le rétablissement notamment dans son aspect salutogène. De ce fait, un protocole d'étude pilote a été élaboré concernant 30 patients greffés avec comme date début le 6<sup>ème</sup> mois post-greffe (J+180) avec différents critères d'inclusion. Les séances de coaching sont proposées sous la forme de 6 entretiens individuels sur une période allant jusqu'à 12 mois. Le but principal est de mesurer l'acceptation par le patient de l'inclusion dans cette étude, donc le pourcentage des patients réalisant le premier rendez-vous de coaching. Le but secondaire est d'évaluer le taux de remplissage des questions choisies pour évaluer le rétablissement social des coachés, le nombre de séances de coaching qu'ils auront suivi ainsi que l'évolution des scores des questionnaires au cours du temps. Les instruments de mesure sont portés sur l'auto-efficacité, l'espoir, la motivation globale ainsi que la qualité des relations interpersonnelles. Des questionnaires seront remis avant le début des séances de coaching au moment de l'inclusion et à l'issue des séances 3,6 et 12.

#### **4- Autres programmes envisagés**

En post-traitement du cancer du sein, le programme Water-polo s'adresse à une quinzaine de patientes prises en charge à l'IPC pour un cancer du sein, ayant terminé les traitements et qui pourraient intégrer un programme de 6 mois basé sur une pratique adaptée du water-polo, en partenariat avec l'équipe du Cercle des nageurs de Marseille, championne d'Europe.



Comme une saison de sportif de haut-niveau, les séances seront centrées sur la préparation physique dans l'eau, ou encore le travail de renforcement physique, et se termineront par un match final. Il s'agira de mesurer un certain nombre de variables, essentiellement psychologiques (l'estime de soi, l'optimisme, la motivation...) ainsi que la fatigue liée aux traitements, et de comparer ces résultats avec ceux de patientes bénéficiant d'une prise en charge post-thérapeutique classique.

Le programme Cohabilit concernera des patients pris en charge en hématologie pour une leucémie aiguë et pour lesquels une allogreffe est envisagée. Ces patients bénéficieront au diagnostic d'une préhabilitation, afin d'arriver au moment de la greffe dans le meilleur état général possible. Cette prise en charge reposera sur une activité physique adaptée avec coaching d'inspiration sportive et nutrition adaptée permettant de lutter contre la perte de poids et le risque de sarcopénie. Le but sera d'évaluer l'impact d'un tel programme sur la survenue d'éventuelles complications médicales après la greffe mais aussi sur la qualité de vie des patients.

Enfin, pour élargir aux tumeurs solides, d'autres projets sont envisagés tels que Training ovaires et Training vessie axés sur une préhabilitation avant la chirurgie envisagée.

## **5- L'ouverture d'un certificat universitaire pour soutenir le développement du programme**

Pour « coacher » et prendre en charge progressivement un plus grand nombre de patients, il s'est avéré nécessaire d'organiser la formation de nouveaux coachs. Une certification universitaire ciblée, d'une durée de 1 an, a donc été créée. Ce CU « Sport de haut niveau et onco-coaching » a démarré en janvier 2019. La formation, organisée conjointement à la faculté de médecine et à l'IPC, est ouverte à d'anciens patients, aux professionnels de l'accompagnement ou de la relation d'aide, à des membres d'associations de patients, au personnel médical.

Les thèmes abordés sont :

- Le cancer et son environnement
- Le patient en oncologie : pathologies hématologiques, les grands traitements
- Le sport : définition et signification
- La psycho-dynamique du patient en oncologie
- Théories motivationnelles
- Le rétablissement social et psychologique du patient
- Psycho-sociologie de la relation d'aide dans le sport
- L'émotion, ses corrélats physiologiques et comportementaux
- Des travaux dirigés.

## Conclusion

Les études épidémiologiques sur la prévalence des troubles psychiatriques dus au cancer ont montré que près d'un patient sur deux en souffrait. Alors que chimiothérapie, radiothérapie, thérapie ciblée, chirurgie sont les soldats d'un combat physique, le combat psychique est celui de l'identité, pendant et après le cancer, à l'origine de nombreux réaménagements identitaires.

« Vous êtes en rémission » a dit le docteur. Nous revoilà dans le monde des bien-portants. Seulement 32% des patients entendent le mot guérison selon l'étude de la lutte contre le cancer publiée dans la 7<sup>ème</sup> édition de l'observatoire sociétal des cancers. À l'écoute de cette phrase, on guérit du cancer mais pas d'avoir été malade. Les rétablissements physique et psychique ne s'établissent pas dans la même temporalité.

Survivants d'une maladie à caractère léthal et donc possiblement traumatisante selon le DSM IV, un nouveau rapport à l'existence se crée pouvant être à l'origine d'un dysfonctionnement psychique intense, le syndrome de Lazare. A l'arrêt des soins, un fort sentiment d'abandon apparaît, proche d'une réaction de sevrage et une seconde condamnation peut alors être vécue. Sauf que cette fois-ci, nous sommes seuls.

Après s'être concentré sur l'expérience du cancer ainsi que sur l'empreinte indélébile laissée sur l'avenir, ce travail de thèse avait pour ambition de s'intéresser à la problématique de l'après-cancer, un sujet encore trop délaissé au vu de l'augmentation du taux de survie corrélativement aux progrès de la médecine. L'incertitude existentielle y règne tout autant que l'épée de Damoclès au-dessus de notre tête.

A travers un coaching d'inspiration sportive vectrice d'une dimension symbolique de bon état de santé et de bien d'autres valeurs positives, l'onco-coaching s'avère être un projet novateur pouvant répondre à cette problématique. Le cheminement d'un athlète de haut niveau relève, comme celui d'un patient traité pour un cancer, d'un parcours du combattant. C'est ainsi que l'onco-coaching pourrait endosser le rôle de « traitement substitutif » de l'addiction au cadre étayant et rassurant des soins durant la phase active des traitements.

En effet, il prend ses bases dans la psychologie positive et se concentre sur la motivation au changement. En s'appuyant sur le continuum de l'autodétermination, le passage de l'amotivation à la motivation intrinsèque est visé. L'identification des valeurs intrinsèques de la personne ainsi que de ses buts personnels valorisants constitue le moteur au changement.

Cette approche basée sur les forces personnelles s'impose comme réponse à ce flou identitaire causé par cette crise existentielle. L'objectif principal est un rétablissement psychologique et social émanant du patient lui-même pour un retour à l'autonomie en accentuant les croyances d'efficacité personnelle. Le coach, en dehors du cadre hospitalier et par une relation thérapeutique de partenariat, occupe cette fonction de « petite voix intérieure positive » pouvant résonner en dehors des entretiens et rappelant constamment que chacun de nous avons des ressources pour rebondir. Néanmoins, il est à noter qu'une des principales difficultés de ce projet d'étude sera la variabilité interindividuelle entre les différents coachs à prendre en compte dans l'évaluation de l'efficacité clinique du coaching.

C'est ainsi que le programme « Rebond » s'est développé pour des patients en rémission de cancers hématologiques après allogreffe de cellules souches hématopoïétiques. Les résultats préliminaires sont encourageants et motivent la poursuite de l'étude à effectif plus large afin de confirmer véritablement l'efficacité clinique de ce programme.

De plus, d'autres programmes sont envisagés comme le programme Water-Polo pour des femmes en rémission d'un cancer du sein. Touchant 1 femme sur 8, le cancer du sein est à l'origine d'une métamorphose de l'identité corporelle par mutilation de l'image de soi avec un risque potentiel de dépersonnalisation. L'onco-coaching pourrait montrer des résultats plus que surprenants dans cette population où 30% des patientes en rémission rapportent un sentiment d'abandon des soins curatifs aux soins de support et où, près d'une femme sur deux en rémission, âgée de moins de 50 ans présenterait des symptômes dépressifs.

Alors qu'Alfred de Musset affirmait que « les larmes du passé fécondent l'avenir », Henri Bergson, philosophe français, soutenait que « l'idée de l'avenir est plus féconde que l'avenir lui-même ». En effet, dans la réponse qu'apporte l'onco-coaching à la problématique de l'après-cancer, on ne parle plus de maladie mais bel et bien de l'avenir.

## Références Bibliographiques

1. Sontag S. La maladie comme métaphore. Christian Bourgeois. Paris; 2005.
2. Ogien R. Chapitre 23 « Demander pitié à notre corps, c'est discourir devant une pieuvre ». In: Mes Mille et Une Nuits La maladie comme drame et comme comédie. 2016.
3. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Schmale AM, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. JAMA. 11 févr 1983;249(6):751 - 7.
4. Pirl WF. Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of depression in cancer patients. J Natl Cancer Inst Monogr. 2004;(32):32- 9.
5. Pasquini M, Biondi M. Depression in cancer patients: a critical review. Clin Pract Epidemiol Ment Health CP EMH. 8 févr 2007;3:2.
6. Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. J Natl Cancer Inst Monogr. 2004;(32):57- 71.
7. Stark DP, House A. Anxiety in cancer patients. Br J Cancer. nov 2000;83(10):1261 - 7.
8. Kangas M, Henry JL, Bryant RA. Posttraumatic stress disorder following cancer. A conceptual and empirical review. Clin Psychol Rev. mai 2002;22(4):499- 524.
9. Inserm. La vie cinq ans après un diagnostic de cancer - Rapport - Ref: ETUDVIEK518. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/La-vie-cinq-ans-apres-un-diagnostic-de-cancer-Rapport>
10. Deschamps D. Psychanalyse et Cancer : au fil des mots... un autre regard. L'Harmattan. Paris; 1997.
11. Laplanche J, Pontalis J-B. Vocabulaire de la psychanalyse. PUF. 2007.
12. Bowlby J. Attachement et perte. puf. 1996.
13. Bretherton I. The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. Dev Psychol. 1992;28(5):759- 75.
14. Chan CMH, Wan Ahmad WA, Md Yusof M, Ho GF, Krupat E. Prevalence and characteristics associated with default of treatment and follow-up in patients with cancer. Eur J Cancer Care (Engl). nov 2015;24(6):938- 44.

15. Delvaux N. L'expérience du cancer pour les familles. Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux. 2006;n°36(1):81.
16. Leiber L, Plumb MM, Gerstenzang ML, Holland J. The communication of affection between cancer patients and their spouses. Psychosom Med. déc 1976;38(6):379- 89.
17. Alby N. Pourquoi des psychologues dans les services de cancérologie? Psychol Médicale. 1994;26(7):647- 50.
18. Razavi D, Delvaux N. Psycho-oncologie. Le cancer, la maladie et sa famille. 2ème édition. (Medecine et Psy).
19. Dastur F. La question philosophique de la finitude. Cah Gestalt-Ther. 2009;n° 23(1):7- 16.
20. Freud S. Essais de psychanalyse. Payot. 1981.
21. Lehmann A. L'atteinte du corps. Une psychanalyste en cancérologie. érès. 2014.
22. Servan-Schreiber D. Anticancer : Prévenir er lutter grâce à nos défenses naturelles. Robert Laffont. 2007.
23. Leroy P. Cancer et boule de gomme. Robert Laffont. 2016.
24. Bensoussan P. La revue de l'IPC. 2011;(1).
25. Cavro É, Bungener C, Bioy A. Le syndrome de Lazare: une problématique de la rémission. Réflexions autour de la maladie cancéreuse chez l'adulte. Rev Francoph Psycho-Oncol. 1 juin 2005;4(2):74- 9.
26. Dhomont T. À propos du syndrome de Lazare. PsychoMed. 1988.
27. Stein KD, Syrjala KL, Andrykowski MA. Physical and psychological long-term and late effects of cancer. Cancer. 1 juin 2008;112(11 Suppl):2577- 92.
28. Pucheu S. Le sentiment de guérison et ses aléats psychiques. Psychol Med. 1988.
29. Huguet M. Le cancer comme événement traumatique [Internet]. L'Esprit du temps; 1995 [cité 12 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/psychologie-cancers-et-societe--2908206331-page-37.htm?contenu=resume>
30. Quinodoz J-M. « Le problème économique du masochisme », S. Freud (1924c). Hors Collect. 2004;239- 43.
31. Deschamps D. Le cancer, Signe de destruction - Chance de récréation. Psychol Med. 1988.

32. Bacqué M-F. Représentations de la guérison en milieu hospitalier « aigu ». Traitement pathogène, maladie thérapeutique. *Psychol Med.* 1988.
33. Salter P, Terra J, Fresco R. Les troubles psychiques en cancérologie. 1992;
34. Jeammet P, Reynaud M, Consoli S. *Psychologie médicale.* 1979;
35. Pretty H. La Guérison du cancéreux selon le malade. Rapport introductif. *Psychol Med.* 1988;
36. Vickberg SMJ. The Concerns About Recurrence Scale (CARS): a systematic measure of women's fears about the possibility of breast cancer recurrence. *Ann Behav Med Publ Soc Behav Med.* 2003;25(1):16- 24.
37. Baker F, Denniston M, Smith T, West MM. Adult cancer survivors: how are they faring? *Cancer.* 1 déc 2005;104(11 Suppl):2565- 76.
38. Herschbach P, Keller M, Knight L, Brandl T, Huber B, Henrich G, et al. Psychological problems of cancer patients: a cancer distress screening with a cancer-specific questionnaire. *Br J Cancer.* 2 août 2004;91(3):504- 11.
39. O'Malley JE, Koocher G, Foster D, Slavin L. Psychiatric sequelae of surviving childhood cancer. *Am J Orthopsychiatry.* oct 1979;49(4):608- 16.
40. CAPUANO A, Bungener C. Peur de la récurrence et/ou progression du cancer et prévention en santé mentale. *Psycho-Oncol.* 1 déc 2010;4:237- 43.
41. Lee-Jones C, Humphris G, Dixon R, Hatcher MB. Fear of cancer recurrence--a literature review and proposed cognitive formulation to explain exacerbation of recurrence fears. *Psychooncology.* juin 1997;6(2):95- 105.
42. Simard S, Thewes B, Humphris G, Dixon M, Hayden C, Mireskandari S, et al. Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: a systematic review of quantitative studies. *J Cancer Surviv Res Pract.* sept 2013;7(3):300- 22.
43. Dinkel A, Herschbach P. Fear of Progression in Cancer Patients and Survivors. *Recent Results Cancer Res Fortschritte Krebsforsch Progres Dans Rech Sur Cancer.* 2018;210:13- 33.
44. Koch L, Jansen L, Brenner H, Arndt V. Fear of recurrence and disease progression in long-term ( $\geq 5$  years) cancer survivors--a systematic review of quantitative studies. *Psychooncology.* janv 2013;22(1):1- 11.
45. Simard S, Savard J, Ivers H. Fear of cancer recurrence: specific profiles and nature of intrusive thoughts. *J Cancer Surviv Res Pract.* déc 2010;4(4):361 - 71.

46. Lebel S, Tomei C, Feldstain A, Beattie S, McCallum M. Does fear of cancer recurrence predict cancer survivors' health care use? *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer*. mars 2013;21(3):901- 6.
47. Bloom JR, Petersen DM, Kang SH. Multi-dimensional quality of life among long-term (5+ years) adult cancer survivors. *Psychooncology*. août 2007;16(8):691- 706.
48. Baucom DH, Porter LS, Kirby JS, Gremore TM, Keefe FJ. Psychosocial issues confronting young women with breast cancer. *Breast Dis*. 2006 2005;23:103- 13.
49. Hewitt ME, Greenfelied S, Stovall E. *From Cancer Patient to Cancer Survivor : lost in transition*. National Academies Press. Washington; 2006.
50. Champion VL, Wagner LI, Monahan PO, Daggy J, Smith L, Cohee A, et al. Comparison of younger and older breast cancer survivors and age-matched controls on specific and overall quality of life domains. *Cancer*. 1 août 2014;120(15):2237- 46.
51. Howard-Anderson J, Ganz PA, Bower JE, Stanton AL. Quality of life, fertility concerns, and behavioral health outcomes in younger breast cancer survivors: a systematic review. *J Natl Cancer Inst*. 7 mars 2012;104(5):386- 405.
52. Ness KK, Wall MM, Oakes JM, Robison LL, Gurney JG. Physical performance limitations and participation restrictions among cancer survivors: a population-based study. *Ann Epidemiol*. mars 2006;16(3):197- 205.
53. Danhauer SC, Case LD, Tedeschi R, Russell G, Vishnevsky T, Triplett K, et al. Predictors of posttraumatic growth in women with breast cancer. *Psychooncology [Internet]*. déc 2013 [cité 12 févr 2020];22(12). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3884903/>
54. Reich M. Cancer et image du corps : identité, représentation et symbolique. *Inf Psychiatr*. 2009;Volume 85(3):247- 54.
55. Brettes J, Mathelin C, Gairard D, Bellocq J. *Cancer du sein*. Masson. Issy-Les-Moulineaux; 2007.
56. Christensen S, Zachariae R, Jensen AB, Vaeth M, Møller S, Ravnsbaek J, et al. Prevalence and risk of depressive symptoms 3-4 months post-surgery in a nationwide cohort study of Danish women treated for early stage breast-cancer. *Breast Cancer Res Treat*. janv 2009;113(2):339- 55.



57. Partridge AH, Ruddy KJ. Fertility and adjuvant treatment in young women with breast cancer. *Breast Edinb Scotl.* déc 2007;16 Suppl 2:S175-181.
58. Werkoff G, Morel O, Malartic C, Desfeux P, Akerman G, Tulpin L, et al. [Pregnancy after breast cancer: the obstetrician's point of view. Literature review]. *Gynecol Obstet Fertil.* oct 2008;36(10):1022- 9.
59. Chabbert-Buffet N, Uzan C, Gligorov J, Delaloge S, Rouzier R, Uzan S. Pregnancy after breast cancer: a need for global patient care, starting before adjuvant therapy. *Surg Oncol.* mars 2010;19(1):e47-55.
60. Mino J-C, Lefève C. *Vivre après un cancer. Favoriser le soin de soi.* Dunod. 2016.
61. McDougall W. *An Introduction to Social Psychology.* Methuen. London; 1908.
62. Nicholls JG. Achievement motivation: Conceptions of ability, subjective experience, task choice, and performance. *Psychol Rev.* 1984;91(3):328- 46.
63. Dweck CS, Leggett EL. A social-cognitive approach to motivation and personality. *Psychol Rev.* 1988;95(2):256- 73.
64. Weiner B. An Attributional Theory of Achievement Motivation and Emotion. *Psychol Rev.* 1 nov 1985;92:548- 73.
65. Vallerand RJ, Thill EA. *Introduction à la psychologie de la motivation.* Vigot. Québec; 1993.
66. Bandura A. *Auto-efficacité: le sentiment d'efficacité personnelle.* 2002.
67. Bandura A, Cervone D. Self-Evaluative and Self-Efficacy Mechanisms Governing the Motivational Effects of Goal Systems. *J Pers Soc Psychol.* 1 nov 1983;45:1017- 28.
68. Locke E, Latham G. *A Theory of Goal Setting & Task Performance.* *Acad Manage Rev.* 1 avr 1991;16.
69. Fenouillet F. *La Motivation.* 3 ème édition, édition Dunod.
70. Lieury A, Fenouillet F. *Motivation et Réussite scolaire.* Dunod.
71. Rollnick S, Miller WR. *Motivational Interviewing.* The Guilford Press. New York; 2002.
72. Miller WR, Rollnick S. *Pratiquer l'entretien motivationnel.* Dunod. Paris; 2006.
73. Miller W, Rollnick S. Talking Oneself Into Change: Motivational Interviewing, Stages of Change, and Therapeutic Process. *J Cogn Psychother.* 1 déc 2004;18:299- 308.

74. Boniwell I, Kauffman C. Positive psychology coaching : building well-being, positive emotions and strengths.
75. Seligman MEP. Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment. New York, NY, US: Free Press; 2002. xiv, 321. (Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment).
76. Seligman MEP, Rashid T, Parks AC. Positive psychotherapy. Am Psychol. nov 2006;61(8):774- 88.
77. Seligman MEP, Steen TA, Park N, Peterson C. Positive psychology progress: empirical validation of interventions. Am Psychol. août 2005;60(5):410- 21.
78. Boniwell I. Positive psychology in a nutshell : the science of happiness. The open university press. England;
79. Kauffman C. Positive Psychology: The Science at the Heart of Coaching. In: Evidence based coaching handbook: Putting best practices to work for your clients. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc; 2006. p. 219- 53.
80. Peterson C, Seligman MEP. Character strengths and virtues : A handbook and classification. American Psychological Association. Washington D.C; 2004.
81. Prochaska JO, Velicer WF, Rossi JS, Goldstein MG, Marcus BH, Rakowski W, et al. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. Health Psychol. 1994;13(1):39- 46.
82. Rosenthal, Jacobson. L'effet Pygmalion : Je pense donc tu es. Résumé de l'expérience de Rosenthal et Jacobson en milieu scolaire. 1968;
83. Trouilloud, Sarrazin. Les connaissances actuelles sur l'effet Pygmalion : processus, poids et modulateurs. 2003.
84. Rogers RR. Le développement de la personne. Dunod. Paris; 1968.
85. L'approche centrée sur la personne. Anthologie de textes présentée par H.Kirschenbaum et V.L Henderson. Randin. 2001;
86. Ben-Shahar T. Happier. New York, NY, US; 2007.
87. Deci EL, Ryan RM. The general causality orientations scale: Self-determination in personality. J Res Personal. 1985;19(2):109- 34.

88. Deci EL, Ryan RM, Williams GC. Need satisfaction and the self-regulation of learning. *Learn Individ Differ.* 1 janv 1996;8(3):165- 83.
89. Jacobsen PB, Jim HS. Psychosocial interventions for anxiety and depression in adult cancer patients: achievements and challenges. *CA Cancer J Clin.* août 2008;58(4):214- 30.
90. Provencher H, Keyes CLM. Une conception élargie du rétablissement. *Inf Psychiatr.* 2010;Volume 86(7):579- 89.
91. Provencher H. L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques. *Santé Ment Au Qué.* 2002;27(1):35- 64.
92. Keyes CLM, Shmotkin D, Ryff CD. Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *J Pers Soc Psychol.* juin 2002;82(6):1007- 22.
93. Stanton AL. What happens now? Psychosocial care for cancer survivors after medical treatment completion. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 10 avr 2012;30(11):1215- 20.
94. Wagland R, Fenlon D, Tarrant R, Howard-Jones G, Richardson A. Rebuilding self-confidence after cancer: a feasibility study of life-coaching. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer.* mars 2015;23(3):651- 9.
95. Kenyon M, Young F, Mufti GJ, Pagliuca A, Lim Z, Ream E. Life coaching following haematopoietic stem cell transplantation: a mixed-method investigation of feasibility and acceptability. *Eur J Cancer Care (Engl).* juill 2015;24(4):531- 41.
96. Mishra S, Scherer R, Geigle P, Berlanstein D, Topaloglu O, Gotay C, et al. Exercise interventions on health-related quality of life for cancer survivors (Review). *Cochrane Database Syst Rev Online.* 15 août 2012;8:CD007566.
97. Desnoyers A, Riesco E, Fülöp T, Pavic M. Activité physique et cancer : mise au point et revue de la littérature. *Rev Médecine Interne.* 1 juin 2016;37(6):399- 405.
98. Wann D. Examining the potential causal relationship between sport team identification and psychological well-being. *J Sport Behav.* 1 mars 2006;29:79- 95.
99. Defrance J. *Sociologie du sport.* Editions de la découverte. 2006.
100. Pociello C. *Sports et sciences sociales.* Vigot. Paris; 1999.
101. Calvin S, Chakor T, Cicut N, Dantin P. Le leadership des sélectionneurs sportifs de haut niveau. Vers une figure transformationnelle et vicariante ? *Rev Fr Gest.* 28 sept 2014;40:71- 88.

102. Baard P. Intrinsic need satisfaction in organizations: A motivational basis of success in for-profit and not-for-profit settings. *Handb Self-Determ Res.* 1 janv 2002;255- 75.
103. Jowett S, Cockerill I. Incompatibility in the coach-athlete relationship. In 2002. p. 16- 31.
104. Snyder C, Harris C, Anderson J, Holleran S, Irving L, Sigmon S, et al. The Will and the Ways: Development and Validation of an Individual-Difference Measure of Hope. *J Pers Soc Psychol.* 1 mai 1991;60:570- 85.
105. Snyder C, Sympson S, Ybasco F, Borders T, Babyak M, Higgins R. Development and Validation of the State Hope Scale. *J Pers Soc Psychol.* 1 mars 1996;70:321- 35.
106. Davidson L, Strauss JS. Sense of self in recovery from severe mental illness. *Br J Med Psychol.* juin 1992;65 ( Pt 2):131- 45.
107. Ware N, Hopper K, Tugenberg T, Dickey B, Fisher D. Connectedness and Citizenship: Redefining Social Integration. *Psychiatr Serv Wash DC.* 1 mai 2007;58:469- 74.
108. Ryff C, Singer B. Interpersonal Flourishing: A Positive Health Agenda for the New Millennium. *Personal Soc Psychol Rev - SOC PSYCHOL REV.* 1 févr 2000;4:30- 44.
109. Tedeschi R, Calhoun L. Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychol Inq.* 1 janv 2004;15:1- 18.
110. Tedeschi RG, Calhoun LG, Park CL. Post-traumatic Groth : Positive changes in the aftermath of crisis. 1998.
111. Calvin S, Blaise D, Ben Soussan P, Cuvelier S, Cicut N, Caymaris L, et al. Le coaching sportif pour un rétablissement psychologique et social : une perspective innovante. *Bull Cancer (Paris).* 1 oct 2017;104.

## Abréviations

**AE** : Auto-efficacité (théorie de Bandura)

**CPP** : Coaching en psychologie positive

**CU** : Certificat universitaire

**DSM** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

**EM** : Entretien motivationnel

**EMDR** : Eye movement desensitization and reprocessing

**ESPT** : Etat de Stress post-traumatique

**FNCLCC** : Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer

**GVH** : Réaction du greffon contre l'hôte

**Inserm** : Institut national de la santé et de la recherche médicale

**InVS** : Institut de veille sanitaire

**IPC** : Institut Paoli-Calmettes

**PRC** : Peur de la récurrence du cancer

**SFFPO** : Société Française et Francophone de Psycho-Oncologie

## SERMENT D'HIPPOCRATE

**Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.**

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans **aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions**. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas **usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité**.

**J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.**

Je ne tromperai **jamais leur confiance** et **n'exploiterai pas le pouvoir hérité** des circonstances pour forcer les consciences.

**Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera**. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

**Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés**. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

**Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission**. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

**J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.**

**Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.**



**Résumé :** Au cours de la crise existentielle induite par la maladie cancéreuse, près d'un patient sur deux présente des troubles psychiatriques (trouble de l'adaptation, syndrome anxio-dépressif, état de stress post-traumatique). Ainsi se crée une rupture de la temporalité et de l'identité que les malades résumant communément par cet adage « il y a un avant et un après ». Dans cet après, où souvent guérison physique et psychique ne coïncident pas, peut éclater un dysfonctionnement psychique intense, le syndrome de Lazare ou syndrome du survivant. Ce travail de thèse insiste sur l'après cancer, peu étudié en comparaison à la phase active de la maladie et tente d'apporter des perspectives d'amélioration de la qualité de vie de ces millions de personnes dont le nombre ne cesse d'augmenter corrélativement aux progrès de la médecine. L'onco-coaching, basé sur la psychologie positive et les théories motivationnelles, s'avère être un projet prometteur pour permettre à ces personnes de passer du statut de survivant à « vivant » dans leur propre considération.

**Mots-clés :**

- |                      |                        |
|----------------------|------------------------|
| - Cancer             | - Syndrome de Lazare   |
| - Rémission          | - Onco-coaching        |
| - Flou identitaire   | - Psychologie positive |
| - Guérison psychique | - Motivation           |