



1^{ère} Journée Cancer & Sciences Humaines

Résumés des présentations

**Vendredi 27 septembre 2006
Salle des Congrès, Pôle Recherche
Faculté de Médecine Henri Warembourg, Lille**

Inégalités de santé dans le Sud-Est de l'Angleterre et le Nord de la France. Une analyse comparative



Benoît DERVAUX, CRESGE-LEM, Lille

Résumé

Dans la communication, il s'agira de présenter l'avancement du projet Interreg associant l'Université du Kent à Canterbury et le CRESGE, portant sur la comparaison de l'état de santé et du recours aux soins des populations dans le Sud-Est de l'Angleterre (Kent & Medway, East-Sussex, Brighton & Hove) et du Nord de la France (Nord et Pas-de-Calais). Une attention particulière sera portée à la mesure des inégalités de santé (indicateurs de santé disponibles, comparaison des distributions et tests de dominance) et à leur explication (décomposition) à partir des données comparables dans les enquêtes sur la santé et les soins des deux côtés de la Manche ainsi qu'à l'étude de la corrélation entre le niveau de mortalité et les indicateurs de défaveur sociale.



De l'analyse des cancers avancés du larynx à l'étude déterminants sociaux, économiques et géographiques de la survie des patients atteints d'un cancer de la tête et du cou.

Emmanuel Babin, ERI3 INSERM et LASAR « Cancer & populations »
Caen/CHU de Rouen

Résumé

Les cancers de la « gorge » représentent en France un peu plus de 6 000 nouveaux cas par an soit 5 à 6 % de la totalité des cancers. Lorsque la maladie est évoluée, le traitement repose principalement sur la laryngectomie totale. Cette intervention chirurgicale consiste à enlever la tumeur avec le larynx et ses cordes vocales. Cet acte technique crée une indépendance entre les voies respiratoires et digestives. Il prive l'individu de sa voix traditionnelle et laisse un orifice au milieu du cou (trachéostome) qui lui permet de respirer. Les opérés deviennent des laryngectomisés, mutilés sans leur voix originelle et avec une espérance de vie réduite (un tiers, voire la moitié sont encore en vie 5 ans plus tard). Le cancer « médicalement » éradiqué, cette population (environ 7 000 individus en France) doit faire l'apprentissage de l'invalidité avec la bascule dans le monde des handicapés, dans une société moderne profondément individualiste.

Un premier travail s'est fixé comme objectif de porter un regard sur le quotidien de ceux et celles que la médecine a mutilés pour leur donner une chance de survivre et de « donner à voir », au-delà de la réponse médicale, ce qui constitue le vécu de ces « stigmatisés pour survivre », qui sont désormais privés de leur voix naturelle et marqués du sceau du cancer. Cette recherche a confirmé que ce type de cancer était induit par l'intoxication tabagique et alcoolique. Cette maladie est une sociopathie au sens où il existe une inégalité dans sa survenue (les employés et ouvriers représentent les classes sociales majoritairement touchées). Après l'opération, les patients sont « guéris médicalement » du cancer, mais leur trajectoire de vie reste descendante. La chirurgie les a métamorphosés. Leur identité individuelle et sociale s'est transformée. L'atteinte au corps (dans une société qui survalorise la « plastique corporelle » et la performance physique, le corps « blessé », « diminué » a tout juste droit de cité), le regard des autres engendre stigmatisation et marginalisation. Les initiés (conjoint, famille, soignants) évitent



juste leur désaffiliation et/ou leur exclusion sociale.

Il est important de savoir si ce constat est propre à ce type de cancer ou s'applique pour tous les individus atteints d'un autre cancer des voies aéro-digestives.

Dans cette perspective, l'objectif du nouveau projet de recherche est d'identifier les déterminants individuels et collectifs des disparités sociales et géographiques dans la survie des personnes ayant un cancer des voies aéro-digestives supérieures (VADS) en France. Le projet visera à estimer l'influence des déterminants comportementaux (interprétation des symptômes, retard au diagnostic, compliance au traitement,...) et des déterminants structurels (accès au diagnostic, accès au soins, filières de soins pré-établies,...) sur les modalités de diagnostic (extension du cancer, moyens du diagnostic, type de centre de soins), et de traitement (nature curative du traitement, lieu de prise en charge) des cancers à l'origine des disparités de survie. La population de l'étude sera constituée par tous les patients ayant un cancer ORL entre le 1er janvier 2007 et le 31 décembre 2008 dans un des départements couverts par un registre de cancer dans le cancéropôle Nord-Ouest. Le nombre de cas attendus est de 400 dans le département du Calvados, 300 dans le département de la Somme, 1700 dans le département du Nord, 500 en Seine Maritime et 300 dans la Manche, soient 3200 cas au total. L'exhaustivité et la qualité des données seront celles des registres de cancer labellisés par le Comité National des Registres et le réseau FRANCIM. Les données concernant l'environnement social des individus seront recueillies à 2 niveaux (individuel et agrégé) afin de permettre d'analyser les effets contextuels (analyse multiniveaux). Les données individuelles seront collectées par questionnaire remis par le médecin traitant selon un protocole déjà validé dans une étude antérieure. L'unité géographique choisie est l'IRIS (Ilôt regroupé pour l'Information Statistique) qui correspond à des découpages de l'INSEE regroupant une population de 2 000 habitants environ. Par ailleurs, l'utilisation conjointe des logiciels géographiques CHRONOMAP et MAPINFO nous permettra de calculer pour chaque IRIS la distance le séparant du centre de soins et du centre de référence (CHU, CLRCC) les plus proches.

Incidences des avancées thérapeutiques sur les représentations sociales des cancers



Charles M'BERI, CEFRESS, Université de Picardie Jules Verne

Résumé

La nouvelle perspective plaçant la personne malade au centre de l'organisation des soins, constitue une véritable révolution dans le système de pensée et de pratique dans le monde médical qui se doit d'être efficient dans le traitement étiologique et symptomatique des maladies. Cette prise en charge est de type essentiellement organique des affections avec une moindre intégration des dimensions psychologiques et/ou sociales.

La maladie n'est pas que symptômes, elle est aussi un possible facteur de modifications de notre vie quotidienne et donc de celle des autres membres du groupe social. Dépassant le simple aspect corporel, santé et maladie nécessitent pour l'individu de connaître quelles en sont les interprétations collectives, afin de donner un sens et de déterminer la nature des rapports qu'ils doivent avoir avec elles.

Il n'est pas à exclure que ce même changement de point de vue maladie-malade soit aussi la résultante de nouvelles pratiques thérapeutiques avec des résultats en termes de soins modifiant la perception de la maladie et du malade.

Le constat est fait que malgré les progrès de la recherche, du diagnostic et du traitement des cancers qui autorisent à considérer cette maladie comme chronique dans de plus en plus de cas, parler du cancer reste encore un tabou et le mot cancer évoque toujours mort, angoisse et souffrance, avec une représentation sociale stigmatisante. On en parle comme d'une condition sociale. Parce que l'éradication de ces stigmates fait partie intégrante de la lutte contre le cancer, parce qu'une prise en charge globale de la maladie cancéreuse ne peut se concevoir sans tenir compte des dimensions psychologiques et sociales, et enfin parce que la perception de l'opinion publique et le regard de la société doivent évoluer pour que la dignité de l'homme soit respectée.

Les Sciences Humaines et Sociales : Quel apport pour la pratique en cancérologie ?



Stéphane CATTAN, Clinique des Maladies de l'Appareil Digestif
Hôpital Huriez – CHRU de Lille

Véronique CHRISTOPHE, UPRES URECA EA 1059
Equipe « Famille, santé & Emotion » - Université de Lille 3

Résumé

Soigner est une expression naturelle de notre humanité. La médecine a toutefois développé une telle complexité technique que la relation de soin se trouve noyée dans un univers régi par l'objectivation scientifique. De son côté, la société adresse au praticien une demande contradictoire dans laquelle se mêlent un désir croissant de reconnaissance subjective et émotionnelle, ainsi qu'une exigence illusoire de maîtrise définitive des processus morbides. Cette double contrainte conduit volontiers le praticien à déconsidérer sa subjectivité et son propre ressenti vus tantôt comme des obstacles à la rigueur de son exercice, tantôt comme le siège d'un profond malaise. Le praticien est alors contraint d'assumer le paradoxe qui consiste à prendre en compte le vécu subjectif du patient tout en refusant de reconnaître sa propre subjectivité. Pour permettre au praticien de soigner en toute humanité, une nouvelle relation à son expérience subjective doit être encouragée. La promotion d'une démarche ancrée dans le champ des sciences humaines et sociales nous semble dès lors primordiale au cours de la formation médicale. La volonté d'enrichir les compétences relationnelles, déontologiques mais aussi scientifiques des praticiens incite la communauté médicale à s'ouvrir à la philosophie, à la réflexion éthique et à la psychologie expérimentale. C'est dans ce cadre que nous—praticiens hospitaliers et chercheurs en psychologie clinique et sociale expérimentale—avons développé depuis plusieurs années un programme de recherche sur une situation bien particulière : l'annonce du diagnostic de cancer. Notre objectif est d'améliorer la prise en charge médico-psychologique des patients cancéreux et de leur entourage familial. Or, si l'amélioration des conditions d'annonce nécessite une meilleure connaissance du vécu des patients, il nous paraît également important d'examiner le vécu du praticien. En effet, le processus d'annonce diagnostique représente pour le praticien un acte médical difficile qui met à l'épreuve sa compétence technique mais aussi ses capacités relationnelles. C'est pourquoi nous cherchons à décrire les effets d'annonce, tant d'un point de vue psychologique, émotionnel que



comportemental, et ceci dans une perspective multimodale où chaque acteur joue un rôle propre. Il s'agit de mettre en relief, de manière qualitative et quantitative, les différents facteurs qui interviennent dans cette phase critique pour tous en axant notre point de vue sur 1) les modalités d'annonce, 2) les effets psychologiques, 3) les effets émotionnels, et 4) l'impact social et familial que génère ce type de situation. En confrontant les représentations des divers acteurs, nous cherchons à déterminer les éventuels points de rupture ou de convergence qui surgissent au cours de cette relation si particulière.

Pour le bénéfice des patients et de leur famille, mais aussi pour qu'eux-mêmes—médecins et chirurgiens—puissent avoir la satisfaction de faire preuve, dans ce processus complexe, du même professionnalisme que dans le reste de leur exercice, il est nécessaire de donner aux soignants l'opportunité et les moyens de perfectionner leurs compétences psychosociales et communicationnelles.

Réseaux sociaux, information et représentation de la maladie



Alexis FERRAND, CLERSE Lille

Résumé

Les femmes atteintes d'un cancer du sein ne peuvent discuter librement de leur maladie avec l'ensemble des personnes qu'elles côtoient. La peur de la stigmatisation les conduit à taire leur pathologie et à proscrire les échanges de paroles sur la maladie auprès de certaines personnes. Mais des contraintes psychologiques telles que le besoin de partager ses émotions, des contraintes affectives et relationnelles telles que préserver l'intimité des relations peuvent inciter les malades à discuter de leur cancer. Elles doivent pourtant considérer l'émotivité de leur entourage et anticiper leurs réactions face à l'annonce de la pathologie. Enfin, la composition des réseaux personnels des malades limite ou favorise la mobilisation de personnes auprès de qui les malades peuvent se confier. Sous l'effet de ces différentes contraintes les malades effectuent un tri au sein de leur réseau personnel. Nous présenterons les caractéristiques des partenaires que les malades sélectionnent en vue de se confier. Nous montrerons ainsi qu'il existe une sélection raisonnée des partenaires de la discussion. Nous verrons quels sont les thèmes de discussions sur le cancer entre les malades et leurs confidents.

Intérêt des approches qualitatives dans la recherche en Psycho-Oncologie



Rosa CARON, PSITEC, Université de Lille 3
Olivier COTTENCIN, Hôpital Fontan CHRU Lille

Résumé

La question de la recherche qualitative en Psychopathologie d'une façon plus générale revient dans l'actualité scientifique en grande partie en raison des débordements de la recherche quantitative dans ce domaine et de l'insatisfaction de la communauté scientifique à son endroit. Il existe pourtant en France une tradition de recherche qualitative appréciée et reconnue tant son apport est fondamental dans l'aide à la compréhension de mécanismes psychopathologiques complexes, dans l'aide à l'élaboration de théories explicatives de la psyché, dans le fait qu'elle remette l'individu au centre du soin, dans le fait qu'elle montre l'erreur scientifique fondamentale de l'approche quantitative qui - oubliant le vécu du sujet - retrouve des résultats qui ne cadrent pas toujours avec la réalité de son fonctionnement.

Nous avons choisi d'exposer les avantages et inconvénients de ces deux méthodes que tout semble opposer. En effet si l'approche quantitative renvoie à l'idée d'une psychopathologie scientifique objectivante et réductrice, l'approche qualitative a eu du mal à trouver sa place dans le monde de l' « *evidence based medicine* » tant elle n'était perçue que comme « une méthode non scientifique ». En fait, nous constaterons que les chercheurs en Psychopathologie s'accordent aujourd'hui à dire que ces deux méthodes s'avèrent complémentaires et que l'approche quantitative sans perdre pour autant de son importance dans la littérature, devra à l'avenir laisser plus de place à l'approche qualitative pour assurer aux travaux de recherche des résultats plus complets et plus cohérents avec la réalité.