



LES TRAJECTOIRES EN CANCEROLOGIE Journée d'études de l'AXE SHS du CGO

9H00- 16H30 Centre des Congrès, 33 Boulevard Carnot, 49100 Angers

Inscription gratuite mais obligatoire Contact et information : canceropole.go@inserm.fr

LES TRAJECTOIRES EN CANCEROLOGIE

La trajectoire est une notion associée au parcours, à la biographie, aux étapes structurantes et aux logiques actionnelles, mobilisées dans un contexte social, spatial, temporel et décisionnel. C'est dans cette perspective que la Journée d'étude SHS du CGO se propose dans une approche interdisciplinaire d'interroger, particulièrement, la question de la Trajectoire des patients en cancérologie.

L'axe SHS du CGO mobilise, en effet, dans ses thématiques, des concepts centrés sur la trajectoire des patients, des proches et des soignants. C'est, à ce titre, qu'il souhaite favoriser la réflexion et les échanges de l'ensemble de ses chercheurs, dans leurs avancées scientifiques, en proposant cette Journée d'études et en sollicitant des communications sur ce sujet.



PROGRAMME

9h00	Accueil					
9H20	Le mot d'ouverture	Ghislaine ROLLAND- LOZACHMEUR				
9h30	Conférence d'ouverture	Marie MENORET Paris 8				
10Н30	Une étape cruciale dans la trajectoire du patient : "l'annonce" et sa temporalité. Apport de l'analyse textuelle et de la psychologie sociale.	Ralph BALEZ GETBO EA 3878, Université de Bretagne Occidentale de Brest				
11h00	Pause					
11h15	PROSIDOC : une approche interdisciplinaire de la trajectoire de dépistage du cancer du sein	Hélène MARCHE Cécile MEDINA Université de Bretagne Occidentale de Brest				
11H45	Perspectives d'application d'un algorithme de représentation des parcours de soins de patientes atteintes de cancer du sein à partir des données d'un système d'information régional	Gautier DEFOSSEZ Registre général des cancers de la région Poitou-Charentes, Faculté de Médecine, Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers				
12H30	Repas					
14H00	Le parcours hors-norme de Robertine Lannoy : Au siècle des Lumières, la témérité d'une femme face à la maladie du cancer et aux médecins.	Françoise Veillet Centre François Viète Université de Bretagne Occidentale de Brest				
14H30	Face au cancer : occasion ou nécessité d'un retour sur soi ?	Jérémie MALLET Unité d'onco-hémato- immunopédiatrie, Pôle Femme- Mère-Enfant, C.H.U Angers				
15H00	Pause					
15H15	La place des représentations de la maladie et des traitements dans la relation soignant-soigné en cancérologie	Aurélien DUTIER Laboratoire d'Ethique Médicale et de Médecine Légale, C.H.U. Angers				
15H30	Evaluation du dispositif d'annonce dans les cancers du sein et les cancers ORL en Pays de la Loire : regards croisés patients-professionnels	Dr Fabienne Empereur , - Réseau régional de cancérologie ONCOPL				
16H00	Synthèse/Discussion/échange avec les participants de la journée	<i>Modérateur :</i> Philippe COLOMBAT				

Résumés des communications

Une étape cruciale dans la trajectoire du patient : "l'annonce" et sa temporalité.

Apport de l'analyse textuelle et de la psychologie sociale.

Ralph BALEZ GETBO EA 3878, Université de Bretagne Occidentale de Brest

Introduction

Les annonces sont des temps importants qui concernent le patient, ses proches mais aussi les décisions thérapeutiques qui doivent être prises. Les étudiants médecins cherchent des conseils pratiques souvent inspirés de ce qui leur est demandé dans le cadre de l'Examen National Classant. Ils se questionnent quant au discours à adopter aux mots à employer. Comment apporter des conseils pratiques sur le discours à tenir (ou à éviter) ? Pour répondre à cette question, il serait intéressant d'étudier des annonces sur le plan discursif. Cependant :

- 1) Chaque annonce est spécifique ; c'est une interaction singulière sur une maladie précise dans un certain contexte relationnel. Cela détermine le discours et rend les comparaisons impossibles.
- 2) Il peut être éthiquement discutable d'enregistrer des annonces pour les étudier.

La simulation d'une annonce avec des acteurs permet d'homogénéiser les situations étudiées tout en respectant un cadre éthique cohérent.

Objectifs

Observer et étudier les dynamiques, les logiques discursives de médecins en formation confrontés à une annonce de lymphome au moyen du logiciel Alceste (analyse textuelle).

Matériel et Méthode

Des simulations de l'annonce d'un cancer lymphoïde par des étudiants de 5e année de médecine élaborés à partir des résultats d'un scanner. Les étudiants ont déjà réalisé des stages en oncologie. Les annonces ont été intégralement retranscrites (plus de 100 pages) et analysées au moyen du logiciel ALCESTE (Analyse de Lexèmes Co-occurrents dans les Enoncés Simples d'un Texte). Ce logiciel est lié au courant de l'analyse textuelle (Tropes, Prospéro...etc). Alceste ne fait pas d'élaboration sur les contenus ou simplement du comptage. Il fait émerger des ensembles corrélés ou décorrélés qu'il divise en classe entretenant des interrelations d'inclusions et d'exclusions. Celle-ci doivent êtres

interprétés ici en terme de dynamique de discours, en fonction d'interaction, de registres ou d'intentionnalités prêtés aux locuteurs. Les annonces ont étés revues et commentés par les participants et leurs réactions enregistrées. Les séquences ont également étés visionnés par des spécialistes expérimentés dans l'annonce (oncologues). Tout cela dans le but d'alimenter l'interprétation.

Résultats

Le corpus (annonce1, 2, 3 et 4) est analysé dans sa totalité, la modalité de l'analyse choisie explique 78% du corpus qui forme 4 classes. La classe 1 "la description Clinique du phénomène X" (29%) s'oppose au reste du corpus. C'est donc un discours spécifique dans l'annonce. Dans le second réseau, les classes 3 (8%, la cause scientifique) et 4 (42%, le pronostic clinique) sont les plus proches avant que cet ensemble ne se lie à la 2e classe (21 %, l'impact sur l'environnement social). Ce premier réseau explique 71% du corpus.

La classe 1, nommée ici, « description Clinique du phénomène X » est constituée pour l'essentiel d'adjectifs et d'adverbes (normal, abdominal, inquiet, gros). Les mots qui la caractérise sont : niveau, scanner, masse qui remplace le mot cancer, petit(e), boule (qui caractérisent le phénomène). On relève des absences significatives comme le mot Cancer, les verbes falloir et mourir et des mots liés autraitement et au mouvement (aller). L'annonce n°3 et notamment le discours du docteur n°3 sont significativement associés à cette classe. Nous avons ici une logique discursive car le médecin évite intentionnellement le mot cancer et le mot mort. Il n'exprime pas d'intention quant au fait de ne pas parler du traitement. Dans ce cas précis c'est problématique car ce non dit prend une place considérable dans l'échange avec le patient et sa femme. « ben sur les coupes euh, du scanner que vous avez fait, y avait cette masse juste euh, entre les deux reins que vous voyez la, mais y avait pas de masse au niveau du cœur ».

Les mots qui la caractérisent la classe 3 (8%, la cause scientifique) sont : tabac, lien, dernier, été, fumer, plastique, prouver, fois, consultation, arrêter, cause, arriver, hypothèse, pourquoi. L'annonce n°1 est très caractéristique de cette classe. Cette annonce s'oppose significativement à l'annonce 3. Le discours co-construit entre le médecin, le patient et le proche est centré sur la cause et la responsabilité du cancer. Là encore la communication dans cette annonce est problématique car la question de la cause du cancer sur-détermine l'entretient. « alors votre mari lui avait parle je-crois d'artères bouchées, et effectivement il-y-a un lien de cause a effet qui a été démontre entre la pathologie euh, euh, des artères et le tabac. »

Au contraire mais pourtant attaché à cette classe par les adverbes (effectivement, vraiment, actuellement, surement) on trouve la classe 4 (42%, le pronostic clinique) qui inclut des verbes modaux : pouvoir, falloir, dire, savoir, vouloir. Ici sont très représentés les mots : cancer, traitement, mourir, tumeur et chimiothérapie. Ce discours est caractéristique de l'annonce n°2 et s'oppose significativement au discours du médecin dans l'annonce 1 attaché à la « cause scientifique » et dissocié du traitement. « Pas forcement parce-que il-y-a des traitements et des traitements, j'en ai. On peut pas savoir le pronostic encore parce-que il-y-a different type de ce cancer »

La classe 2 (21%) résume « l'impact sur l'environnement social ». Elle est liée à la classe 4 par le traitement et la morte t certains verbes (falloir). Il est y question de l'assistante « sociale », du « travail », des « aides », des « besoins » des « enfants » du « prêt » bancaire. C'est un monde lexical spécifique coproduit non intentionnellement par le médecin, le patient et le proche. « ben si la sécurité sociale, vous avez peut-être une mutuelle euh, vous avez une partie des, des, des frais médicaux qui sont pris en charge par la sécurité sociale et chacun cotise euh, pour la sécurité sociale... ».

Discussion et conclusion

D'après les spécialistes la partie concernant l'entourage est importante et doit être anticipée et maitrisée en amont de l'annonce. Les étudiants se disent tous surpris par cet aspect de l'annonce qu'il n'envisage pas car ils restent centrés sur l'aspect médical de la question. Les experts sont également unanimes quant à l'importance du mot cancer, alors que les étudiants sont très partagés. Indépendamment des limites liées à la simulation, il est intéressant de confronter les étudiants médecins à leur discours au moyen d'un outil objectif. Enfin étudiants comme experts sont très intéressés par exercice et pensent qu'il peut améliorer les compétences des médecins qui s'y prêtent.

Perspectives d'application d'un algorithme de représentation des parcours de soins de patientes atteintes de cancer du sein à partir des données d'un système d'information régional

Gautier DEFOSSEZ¹, Isabelle INGRAND¹, Alexandre QUILLET¹, Safia BOUSBAINE¹, Alexandre ROLLET¹, Olivier DAMERON², Pierre INGRAND^{1,3}

¹ Registre général des cancers de la région Poitou-Charentes, Faculté de Médecine, Centre

Hospitalier Universitaire de Poitiers, Poitiers, France

² UMR936 INSERM - université de Rennes 1, 2 avenue du Professeur Léon Bernard, 35000 Rennes,

France

³ Centre d'Investigation Clinique (CIC 802) Inserm, Poitiers, France

Introduction: Le registre général des cancers de Poitou-Charentes a développé un système d'information multisources rapprochant les informations codées du PMSI (CIM-10) et des structures d'anatomie et de cytologie pathologiques (ADICAP). Un algorithme de représentation des parcours de soins a été élaboré à partir d'une typologie d'événements traceurs. Ce travail a pour objectif d'évaluer la performance de l'algorithme par confrontation aux parcours réels des patientes atteintes de cancer du sein non métastatique à l'aide de mesures de dissimilarité.

Méthodes: Les parcours de soins sont assimilés à des séquences d'états définis à partir des référentiels de prise en charge et organisés de façon chronologique. L'algorithme génère chaque état à partir de l'agrégation sur une période d'événements traceurs typés à partir des diagnostics principaux, diagnostics reliés et actes médicaux. Aucune agrégation n'est effectuée si un événement intercurrent apparaît dans une chaîne d'événements du même type qui auraient dû être agrégés, ou si les événements appartiennent à des épisodes de soins différents identifiés par l'intervalle de temps les séparant. La dissimilarité de ces séquences représentées sous la forme de chaînes de caractères est calculée par une mesure d'édition de Levenshtein généralisée.

Résultats: L'évaluation a été réalisée à partir d'un échantillon de 150 patientes pour lesquelles les parcours ont été construits manuellement en utilisant les mêmes éléments de séquence et règles de datation que l'algorithme. 98,1% des parcours ont été correctement reconstruits sur l'ordonnancement des états. En prenant en compte la durée des états, 92,9% des parcours étaient fidèles à la réalité à 3 jours près. La dissimilarité entre séquences est principalement liée à l'absence de certains comptes-rendus d'anatomo-pathologie et à des anomalies de codage du PMSI.

Discussion/conclusion : Ces résultats montrent la capacité du registre à formaliser les parcours de

soins pour la production d'indicateurs utiles à la planification des soins en cancérologie. L'adjonction de données psycho-sociales et médico-économiques à ces parcours de soins permettrait de mieux appréhender et de lutter contre les inégalités d'accès et de prise en charge des patients à des soins appropriés : conformité de prise en charge (recommandations et délais), coût des parcours de soins, qualité de vie des patients. Cet outil se positionne dans une démarche d'amélioration continue de la prise en charge des patients atteints de cancer.

Mot clefs : système d'information, parcours de soins, indicateurs.

Aurélien DUTIER Laboratoire d'Ethique Médicale et de Médecine Légale, C.H.U. Angers

Les patients, dès l'entrée de la prise en charge de la maladie cancéreuse, peuvent être orientés vers de nombreux site de soins, confrontés à une multiplicité d'acteurs. Ils doivent se repérer et s'adapter à des organisations institutionnelles complexes, disposant de leurs propres langages, de leurs propres temporalités, de leurs propres logiques et de leurs propres représentations. Les patients doivent s'ajuster au rythme des institutions hospitalières, s'approprier les contraintes générées par les traitements, incorporer et interpréter des informations délivrées par les soignants, et ce parfois dans la discontinuité. D'autant plus que dans les centres aigus comme les centres de cancérologie, les trajectoires des malades peuvent être soumises à un grand fractionnement, cloisonnement et un grand séquençage de la prise en charge [1]. Parallèlement, les attentes des patients en matière de communication et de relation soignant-soigné deviennent de plus en plus exigeantes (facilité d'accès, qualité et adaptation des informations médicales délivrées). En l'espace de quelques années, d'un paradigme centré sur la lutte contre la mort, la cancérologie s'est orientée vers la lutte contre la douleur et les conséquences psychosociales de la maladie [2]. Audelà de la dimension scientifique et pédagogique imposée par la technicité de l'activité, la relation soignant-soigné s'oriente vers une prise en compte croissante de l'expérience subjective des patients, de ses difficultés matérielles ou ses difficultés sociales (information et accompagnement sur le retentissement de la maladie et des traitements sur le travail, la sexualité, la famille, l'image du corps, etc...). Dans cette perspective, la prise en compte des représentations symboliques du patient ou de son entourage, que ce soit vis à vis de la maladie ou des traitements, est incontournable. Selon Kleinman, les patients possèdent leurs propres « modèles explicatifs » [3] sur la maladie, construits à partir de leur expérience sociale, culturelle et individuelle. Les patients et leur entourage appréhendent donc la maladie à travers le prisme de leurs propres représentations singulières [4]. Si ces modèles peuvent aisément coexister avec les modèles biomédicaux, ils permettent pourtant de donner un sens à la maladie à l'aune du contexte, de l'expérience et de l'histoire individuelle du

-

¹ Ménoret M, Les temps du cancer, 1999, Paris, CNRS

² Pourtau L, Dumas A, Amiel P, Les individus face à l'événement « cancer », Temporalités, 13, 2011

³ Kleinman A. *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley, CA: University of California Press; 1980.

⁴ Leventhal H, Carr S. *Speculations on the relationship of behavioral theory to psychosocial research on cancer.* In: Baum A, Andersen BL, eds. Psychosocial Interventions for Cancer. Washington, DC: American Psychological Association; 2001:375-400.

patient. La maladie n'est jamais réductible à sa composante biologique et physiologique. L'information scientifique délivrée ne se substitue donc pas à une ignorance inarticulée. Elle prend sens dans un univers singulier comportant ses propres résonances. Les représentations des patients traduisent une façon particulière de percevoir la maladie, d'appréhender les traitements, d'éprouver la prise en charge, d'habiter son corps. Elles révèlent des angoisses et des inquiétudes spécifiques en fonction des différentes pathologies ou des localisations cancéreuses. Il nous semble ainsi important d'expliciter et d'analyser comment ces représentations symboliques sont mobilisées, utilisées ou déniées dans la relation soignant-soigné. En quoi la compréhension et la prise en compte de ces représentations par les praticiens peuvent-elles améliorer l'échange avec le praticien ? Comment les professionnels peuvent-il utiliser dans leur pratique cette question des représentations ? Le clinicien doit-il « traiter la représentation du mal autant que le mal lui-même »⁵ ? Nous proposons, sur la base d'un travail de recherche en post-doctorat d'éthique médicale réalisé de 2009 à 2012, d'aborder la question de la place des représentations de la maladie et des traitements dans la relation soignantsoigné en cancérologie. Nous nous appuierons sur l'observation non participante et l'analyse de 250 consultations réalisées dans différentes disciplines de la cancérologie (hématologie, cancer du sein, neuro-oncologie et en oncologie thoracique) ainsi que sur l'analyse d'une cinquantaine d'entretiens semi-dirigés réalisés avec des patients sur cette thématique.

_

⁵ Carbonelle S. *Jalons pour une analyse critique des «représentations de la maladie*, Bruxelles santé, n° 42, 2006

Evaluation du dispositif d'annonce dans les cancers du sein et les cancers ORL en Pays de la Loire : regards croisés patients-professionnels

Dr Fabienne Empereur, Coralie Michel, Virginie Moiteaux, Stéphanie Prud'homme, Rachel Demolis et le groupe de travail « Evaluation » - Réseau régional de cancérologie ONCOPL

Le dispositif d'annonce, une des mesures phare du plan cancer 1, a été mis en place pour répondre à la demande des patients formulée lors des 1ers états généraux de malades organisés par la Ligue contre le cancer en 1998. L'objectif de ce DA était de permettre aux patients atteints de cancer de bénéficier de meilleures conditions d'annonce du diagnostic grâce à un dispositif en 4 temps : médical, soignant, accès aux soins de support et articulation avec la médecine de ville.

Ce dispositif s'est mis en place dans les territoires et nécessite d'être régulièrement évalué. En Pays de la Loire, les professionnels de la cancérologie ont souhaité que le réseau régional de cancérologie ONCOPL, aidé par les 13 centres de coordination de cancérologie (3C) au sein des 38 établissements hospitaliers publics et privés, mette en œuvre une méthodologie d'évaluation innovante. Celle-ci vise à mettre l'accent sur l'évaluation de la qualité des dispositifs d'annonce proposés aux patients afin d'en objectiver les points forts et les points faibles dans une perspective d'amélioration des pratiques et des organisations.

Nous avons donc choisi de développer une évaluation sous la forme d'un regard croisé entre patients et professionnels concernant le dispositif d'annonce en Pays de la Loire pour 2 types de cancers : le sein et l'ORL. ONCOPL a initié un groupe de travail rassemblant des professionnels multidisciplinaires de la région et des représentants de patients qui ont validé début 2013 le protocole d'évaluation suivant :

Une enquête auprès des patients atteints de cancer du sein ou de cancer ORL, sur leur vécu et ressenti du dispositif d'annonce ; cette enquête était réalisée sous la forme d'un autoquestionnaire papier comportant des questions fermées et des questions ouvertes adressé par les 3C entre juin et juillet 2013 a des patients diagnostiqués et pris en charge durant le 1^{er} trimestre 2013

Une enquête auprès des professionnels des établissements de la région prenant en charge des cancers du sein ou des cancers ORL, cette enquête privilégiait la forme qualitative et s'est déroulée sous la forme de focus groups organisés par les 3C et menés par ONCOPL afin de permettre l'évaluation de l'organisation du DA mais aussi sa perception et son ressenti par les équipes.

Volet patients : 207 patients atteints de cancer ORL et 280 patients atteints de cancer du sein ont reçu un questionnaire, 82 et 195 ont respectivement été retournés à ONCOPL soit des taux de retour très satisfaisants de 40% et 70%. Ces patients étaient issus de 12 3C parmi les 13 existants en région Pays de la Loire

Ces questionnaires ont permis d'identifier des points précis du vécu ressenti par les patients concernant l'organisation du DA.

Par exemple concernant la première évocation de la maladie, elle est faite dans 72% des cas par un médecin spécialiste (pour la plupart un ORL) dans les cas de cancers ORL alors que pour les cancers du sein, la première évocation est faite à 41% des cas par un radiologue et 22% des cas par un médecin généraliste. Concernant l'annonce a proprement parlé, il s'agit dans 77% des cas d'un chirurgien ORL pour les cancers ORL et 78% un chirurgien gynéco pour les cancers du sein. Concernant le temps médical 79% des patientes atteintes d'un cancer du sein signalent qu'elles étaient accompagnées d'un proche contre 65% des patients atteints d'un cancer ORL. Concernant les SOS et plus spécifiquement l'accès aux psychologues, 11% des patients atteints d'un cancer ORL ont rencontré au moins une fois un psychologue et 45% des patientes atteintes d'un cancer du sein. En terme de satisfaction globale, dans les 2 types de cancer 76% des patients sont satisfaits du DA dans son ensemble. Les commentaires libres donnés par les patients dans ces auto-questionnaires ont aussi été analysés et classés.

Volet professionnels: 13 focus group ont été organisés au sein de 11 3C participant, 120 professionnels (dont un tiers de médecins et un tiers d'infirmiers) ont ainsi été entendus lors de réunions d'environ 2h pilotées par 2 membres d'Oncopl accompagnés d'un membre de l'équipe du 3C local, à l'aide de grille et de guide d'entretiens. A l'issue de ces focus groups, les verbatim des professionnels ont été analysés, regroupés et classés en « idées forces » dans différents domaines tels que : la notion de flou autour de la définition du DA (quand commence et quand s'arrête le DA?, y a-t-il une ou plusieurs annonces? faut-il mettre en œuvre un DA pour tous les types de cancer?...), le déroulement des différents DA (importance du temps soignant, importance de la reformulation par les patients, distorsion entre ce qui est dit et ce qui est compris, difficultés des « temps morts », place de la préannonce, rôle du médecin traitant...), la place et la forme de la proposition des soins de support (les patients atteints du cancer du sein les demandent, les patients atteints de cancer ORL les refusent, comment les proposer?...), la place des proches au moment de l'annonce (isolement des patients atteints de cancer ORL, protection des proches par les patients

atteintes de cancer du sein, l'annonce aux proches...), le ressenti des professionnels et aussi les spécificités liées à l'annonce chez les 2 types de populations étudiées : cancer du sein et cancer ORL. Chacune de ces « idées forces » a fait l'objet d'un développement, synthèse des verbatim et orienté sur la recherche de points forts et des points à améliorer. Une synthèse a été réalisée pour chaque focus group et une synthèse globale au niveau régional a ensuite été réalisée.

L'ensemble de ces 2 volets a fait l'objet d'une relecture et d'une validation par le groupe de travail régional et d'une présentation à l'ensemble des professionnels des 3C. Grace à ces 2 enquêtes complémentaires nous avons pu dégager certains axes d'amélioration plus ou moins réalisables et à plus ou moins long terme que nous développerons en 2014 et 2015.

Jérémie MALLET Unité d'onco-hémato-immunopédiatrie, Pôle Femme-Mère-Enfant, C.H.U Angers

Malgré les efforts infinis de la science et ses innombrables recherches pour lutter contre l'impossible, contre l'imprévisible, contre l'incontournable, pour prolonger la vie le plus longtemps possible, ou en d'autres mots, pour lutter contre l'inéluctable mort, l'homme ne peut toujours rien contre le cours de certains évènements naturels comme celui de la maladie grave et mortelle.

La confrontation au cancer impose avec fracas ce terrible constat en laissant ce sentiment d'impuissance à l'homme face aux évènements de la vie qui, de fait, balaient l'illusion d'invulnérabilité, voire de toute-puissance inévitablement alimentée par les fulgurants progrès scientifiques qui peut-être rendent de moins en moins acceptable l'idée de la maladie grave et d'une mort possible.

Néanmoins, devant la menace pour sa vie, l'homme détient bien un moyen de survivre psychiquement à l'absurde, à l'insupportable, à *l'impossible comme tel*⁶ de la confrontation à la mort, et à l'angoisse qui l'accompagne.

La clinique à laquelle nous nous intéressons ici, le vécu de l'enfant atteint de cancer et de ses parents, fait penser que cette survie psychique passe par la possibilité et même le *réflexe*⁷ que le sujet a de donner à ces coups du sort un sens particulier, puisé dans une histoire singulière, pour les intégrer dans le cours de sa vie.

Dans ces élaborations fantasmatiques autour de la maladie, de son origine, de sa représentation, le sujet évoque bien plus que des scénarii apaisants ou, au minimum, plus supportables qu'un vide de sens sidérant, il expose aussi à son interlocuteur une part de subjectivité.

C'est par ce biais que cet exploration du travail de mise en sens chez les enfants atteints de cancer et leurs parents, déjà largement décrit dans son processus psychique et dans ses différentes formes par de nombreux auteurs (notamment par S. Korff-Sausse dont l'inspiration freudienne est essentielle) s'est prolongé à la lecture de certains propos d'hommes et de femmes ayant vécu l'expérience du cancer et pour qui la maladie semble, rétrospectivement, constituer un élément plus que décisif dans leur histoire, un véritable évènement générateur de bénéfices dans leur parcours de vie. « Ca a été

⁶LACAN J., R.S.I, *Le sinthome*, Séminaire XXIII (1975-1976), Seuil, 2005, p125.

⁷Nous faisons ici référence à la formule de Freud qui pose l'arc réflexe comme le premier modèle de l'appareil psychique.

un nouveau départ » peut-on entendre dire parfois certaines personnes ayant vécu et dépassé l'expérience du cancer. De même, un article du *Monde Magazine* titrait « *Le cancer m'a changé* » proposant des témoignages de femmes ayant « *vaincu* » le cancer et laissant entendre que le cancer a été pour elles l'"occasion" d'un renouveau psychique et de changements fructueux au cours de leur vie.

C'est ce que M. Mandy semble exprimer ici : "Au départ, le cancer est un processus de destruction de soi puisque les cellules mutent. Mais assez vite, j'ai senti que c'était surtout l'occasion d'une reconstruction psychique, plus profonde, comme si quelque chose n'allait pas dans ma vie." Pour M. Mandy, comme pour de nombreux artistes, nous verrons que le cancer semble produire une inspiration créatrice. C'est ce qui nous amènera à interroger ce processus créateur et ses limites thérapeutiques sur le plan psychique face au cancer.

L'étude de ce mode de pensée d'un "cancer potentiellement créateur" vise à savoir si le cancer peut effectivement constituer en soi l'"occasion" de réaménagements des investissements et d'un rebond psychique chez le sujet.

En effet, dans une autre perspective, influencée par la conception freudienne du trauma, l'effraction biologique, psychique et sociale induite par le cancer n'est t-elle pas si violente que le retour sur soi deviendrait alors pour le sujet de l'ordre de la nécessité pour survivre psychiquement à cette épreuve et donner ce nouvel élan à sa vie psychique.

Ce travail de recherche portera donc en premier lieu sur le passage de l'annonce du cancer à sa mise en sens chez le sujet, autrement dit, de l'effraction d'une telle nouvelle dans le cours d'une vie à l'appropriation de la maladie, pour ensuite, dans un second temps, aborder la pointe de notre réflexion qui questionne la reconstruction psychique par le biais du processus de retour sur soi.

Exerçant principalement en oncologie pédiatrique, cette réflexion a pris naissance dans le *travail* clinique auprès des enfants et des adolescents atteints de cancer et auprès de leurs parents chez qui le cancer ne fait pas effraction dans leur propre corps mais survient tout de même de manière violente dans leur vie psychique.

-

⁸ BEAUDOUX C., HAMOIGNON L., « Le cancer m'a changé », in Le Monde Magazine, 24 octobre 2009, p45-49.

Le parcours hors-norme de Robertine Lannoy : Au siècle des Lumières, la témérité d'une femme

face à la maladie du cancer et aux médecins.

Françoise VEILLET, Centre François Viète, Université de Bretagne Occidentale de Brest

Le diagnostic, le parcours de soin, les orientations thérapeutiques, sont, pour le patient atteint de

la maladie du cancer au dix-huitième siècle, autant d'errances, de difficultés, de doutes.

Les obstacles sont nombreux, les oppositions fréquentes et les intervenants multiples.

En 1771, M. Bonnard, chirurgien- juré du roi et maître en chirurgie à Hesdin, livre, dans une

correspondance scientifique publiée dans le Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie,

l'observation étonnante du cas de Robertine Lannoy.

Cette femme du peuple diagnostique elle-même son cancer du sein, consulte divers thérapeutes

parallèles et finit, après mûre réflexion, par décider que seule une mastectomie lui sauvera la vie.

Commence alors pour Robertine une lutte contre le médecin et le chirurgien, afin de les convaincre

de pratiquer une opération à laquelle ils sont opposés.

Exclue socialement par le cancer, Robertine Lannoy, à travers son combat contre la maladie,

reprend en main son destin, et se ré-approprie une liberté de décision souvent niée aux femmes de

son époque.

Par une analyse linguistique, énonciative et lexicale, nous mettrons en évidence la façon dont le

médecin expose le cas de Robertine Lannoy et les spécificités de la trajectoire d'une patiente à une

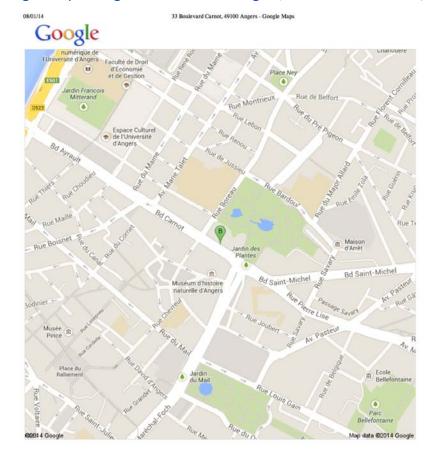
époque où, le fonctionnement de la maladie étant inconnue, les choix du parcours de soin sont

multiples et aléatoires.

Mots-clé: cancer, parcours, linguistique, opposition, choix

Plan d'accès

Angers Expo Congrès - Centre des Congrès, 33 Boulevard Carnot, 49100 Angers



https://maps.google.fr/maps?ic=UTF8&gl=fr&hq=palais+des+congres+d&hnear=0x480878da00e58e9d.0x40d37521e0d9c30.Angers&daddr=33+Boulevard...

