

Analyse des représentations sociales du cancer et de la souffrance

Lionel Dany


Psycho-Oncologie

Cite this paper

Downloaded from [Academia.edu](#) 

[Get the citation in MLA, APA, or Chicago styles](#)

Related papers

[Download a PDF Pack](#) of the best related papers 



[Rôle de l'identité sexuée et de l'influence du genre pour l'analyse de l'expérience des soins de ...](#)
Stephanie blois

[Role of sexual identity and gender in analyzing the experience of supportive care in oncology](#)
Stephanie blois

[L'approche transculturelle en psycho-oncologie](#)
Olivier Taïeb, Marie Moro

Analyse des représentations sociales du cancer et de la souffrance

Analysis of social representations of cancer and pain

L. Dany • É. Dudoit • R. Favre

Résumé : La psychologie sociale permet d'opérer une lecture individuelle et sociale des situations de souffrance associées à l'expérience de la maladie cancéreuse. Cette contribution vise à présenter un axe de recherche qui concerne l'impact potentiel des significations associées au cancer et aux modèles sociétaux du « faire-face ». L'analyse psychosociale des liens entre souffrance et cancer souligne le rôle de l'expérience collective dans l'élaboration de sens sur la souffrance mais aussi celui de l'imaginaire social dans l'élaboration des conduites individuelles. Ce type d'analyse permet à ce titre d'appréhender une part non négligeable des enjeux associés à l'interaction thérapeutique.

Mots clés : Souffrance – Approche psychosociale – Représentations sociales – Stigmate

Abstract: Social psychology makes it possible to link individual and social interpretations of the suffering associated with the experience of cancer. The aim of this field of psychology is to offer a branch of research that focuses on studying the potential impact of the meanings associated with cancer and societal models of coping. The

psychosocial analysis of the links between suffering and cancer underlines the role of the collective experience in creating meaning with respect to suffering as well as the role of social imagery in the development of individual behaviour. This kind of analysis makes it possible to understand a significant number of the issues associated with therapeutic interaction.

Keywords: Suffering – Psychosocial perspective – Social representations – Stigma

Introduction

La souffrance occupe une place importante dans le projet d'une prise en charge holistique du patient en oncologie [2,38]. Sa manifestation est intrinsèquement liée à l'expérience de la maladie cancéreuse – ses atteintes somatiques – et à ses répercussions psychiques. Elle constitue, à ce titre, un lieu d'intervention privilégié pour la psycho-oncologie. Toutefois, l'intérêt dont bénéficie, à raison, les composantes psychique et/ou physique de la souffrance a pour inconvénient de masquer, en partie, la composante sociale de cette dernière. La psychologie sociale, par sa spécificité épistémologique, qui place au centre de ses préoccupations l'individu et la société, peut permettre une articulation entre ces diverses composantes.

La psychologie sociale est le domaine d'étude scientifique qui analyse la façon par laquelle nos pensées, nos sentiments et comportements sont influencés par la présence imaginaire, implicite ou explicite des autres, par leurs caractéristiques et par les divers stimuli sociaux qui nous entourent, et qui, de plus, examine comment nos propres composantes psychologiques personnelles influent sur notre comportement social [37]. La psychologie sociale s'intéresse tout particulièrement à l'interaction sociale, à la façon dont nous pensons, percevons, agissons en présence des autres et dont nos pensées, actions, sentiments sont influencés par les autres (par la vie en

Lionel Dany (✉), Éric Dudoit, Roger Favre
Service d'oncologie médicale
Centre hospitalier de la Timone, 264, rue Saint-Pierre
F-13385 Marseille Cedex 05, France

Lionel Dany (✉)
Laboratoire de psychologie sociale
Université de Provence, 29, avenue Robert-Schuman
F-13621 Aix-en-Provence Cedex 1, France
E-mail : Lionel.Dany@univ-provence.fr

Éric Dudoit
Centre PsyCLÉ
Université de Provence, 29, avenue Robert-Schuman
F-13621 Aix-en-Provence Cedex 1, France

collectivité). Cette perspective d'analyse de l'environnement social et de ses présupposés est particulièrement heuristique pour questionner les logiques sous-jacentes à l'interaction thérapeutique.

Le regard psychosocial : un moyen d'appréhender la pensée sociale sur le cancer

Le modèle du regard psychosocial rend compte de la spécificité de l'approche psychosociale ou psychosociologique [25]. Ce regard se caractérise par une lecture ternaire des faits et des relations comprenant trois termes : Ego (sujet individuel), Alter (sujet social) et Objet. Ce qui fait la spécificité de ce regard, c'est de prendre en compte le sujet dans le faisceau des relations qu'il entretient avec autrui, et ce, en référence à l'objet considéré. C'est un regard à l'intersection de processus psychologiques propres aux individus, du contexte et des situations sociales spécifiques dans lesquels ces derniers sont insérés [11]. Appliqué au cancer, ce regard permet de mettre au jour tout un ensemble d'acteurs, de caractéristiques et de relations (cf. Figure 1). Il permet d'envisager le sujet individuel dans ses rapports avec le sujet social (autrui, les pairs, la famille, le groupe social ou l'autorité). Ces rapports peuvent s'opérationnaliser sous forme d'appartenances socioculturelles ou de relations interpersonnelles et sociales. Nous pouvons ensuite envisager ce sujet individuel dans ses liens avec la maladie cancer qui se caractérise par ses propriétés physiques, psychologiques, imaginaires ou sociales. De tels liens s'expriment à travers les significations et fonctions associées, l'histoire de la maladie ou encore le type de relation qui lie l'individu et cette maladie. Enfin, une dernière relation peut être prise en compte, celle du sujet social avec la maladie, dont les modèles culturels, les réglementations ou l'histoire collective de la maladie rendent compte. Prises une à une, ces relations se révèlent déjà des plus utiles pour la connaissance des phénomènes

qui nous intéressent. Toutefois, dans une perspective d'analyse psychosociale du rapport de l'individu à sa maladie, on tentera d'articuler l'ensemble de ces relations pour appréhender le sens de cette expérience.

Ce modèle permet de prendre en compte le fait que les comportements et vécus associés au cancer ne sont pas atomisés, ils sont liés socialement. Ils rendent compte à la fois de l'inscription du cancer dans un contexte social défini et de l'imprégnation de ce contexte dans les conduites et modes de pensée des individus. Ainsi, l'individu (ou le patient) n'existe pas seul face à sa maladie ou son état de santé. De même, dans cette perspective, le cancer ne peut être appréhendé sans référence aux contextes multiples qui transcendent ses composantes physiques/organiques et qui leur substituent des propriétés symboliques, sociales, normatives, voire imaginaires. Ainsi, penser le rapport au cancer impose de déplacer notre regard sur les « lieux de la complexité » que constituent l'inscription de cette maladie et celle des individus dans un ensemble fini qui rend compte d'une médiation constante entre l'objet, le sujet individuel et le sujet social. Dans cette perspective, la pensée sociale ou pensée de sens commun va constituer le produit de ces interrelations.

Appréhender la pensée sociale associée à la maladie cancéreuse nécessite un travail de contextualisation [24] qui suppose d'intégrer les systèmes d'interprétation collectifs dans le champ de l'analyse des situations de souffrance. Cette approche pose le social comme système d'interprétation des maladies (et de leurs vécus), mais aussi comme un système de relations entre personnes situées dans un espace de négociation, d'échanges et de parcours de soins. C'est à la fois le social comme « milieu » des relations interpersonnelles qui est ici en jeu, mais aussi le social comme grille de lecture et de signification du monde. En ce sens l'approche psychosociale opérationnalise le social comme un ensemble de variables dont on cherche à évaluer le rôle face aux risques, à la santé et à l'expérience de la maladie mais aussi comme lieu

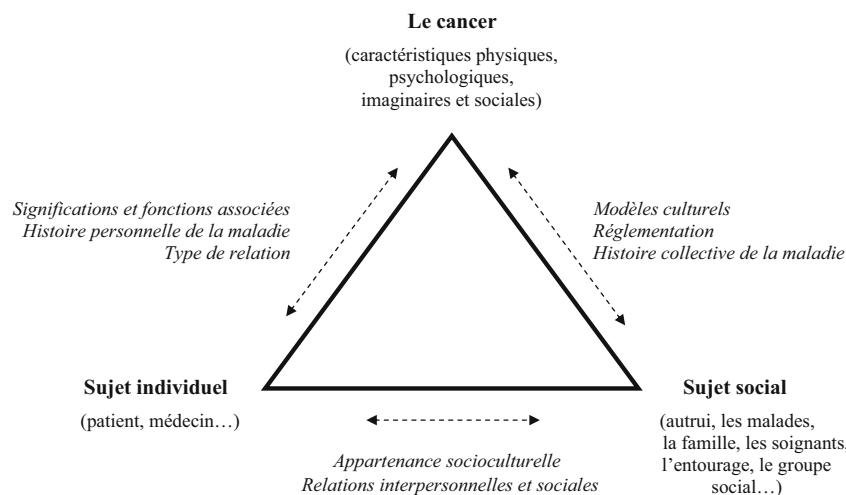


Fig. 1. Le regard psychosocial appliqué au cancer

d'appréhension et de signification de ces situations [23]. Résumons-nous : l'analyse psychosociale nous permet de questionner le « nous » contenu dans la pensée du « je » [19], et ce, dans le contexte particulier de la confrontation à la maladie cancéreuse et aux situations de souffrance qui lui sont associées. Autrement dit, dans cette perspective, le rapport à la maladie ne se réduit pas à une relation individu-maladie, ni à un rapport société-maladie, mais à un système de transaction entre événements de santé (quelle qu'en soit la nature), individu et groupes sociaux.

Notre contribution s'inscrit donc dans cette perspective. Elle ne vise pas à appréhender l'ensemble des situations de souffrance qui accompagnent et constituent souvent l'expérience de la maladie cancéreuse mais à éclairer ce que peut être l'apport d'une approche psychosociale dans le questionnement de cette situation. Il s'agira, plus spécifiquement, de s'interroger sur la manière dont les « produits » de la pensée sociale (représentations, croyances, stéréotypes...) sont en mesure d'influencer nos conceptions du cancer, de déterminer les rôles et statuts accordés aux patients, voire de modeler notre manière d'envisager les conduites appropriées dans ce contexte.

Regard social sur la maladie et situations de souffrance

Notre axe d'analyse des situations de souffrance associées au cancer va s'intéresser plus particulièrement à l'impact des modèles de perception, de catégorisation et d'interprétation des maladies. Plus précisément, nous allons nous questionner sur la manière dont les représentations associées aux cancers, aux malades et aux modalités du « faire-face¹ » sont en mesure de générer des situations de souffrance². Nous aborderons successivement la maladie comme stigmaté et les « injonctions³ » faites aux patients.

Si aujourd'hui on observe une perception moins « négative » du cancer [26], il n'en demeure pas moins que cette maladie conserve un potentiel de stigmatisation important dont la parole et l'expérience des malades

¹ Par modèles du « faire-face », nous entendons les modèles qui sont véhiculés au sein de la société quant à la manière dont il faut faire face à la maladie. Ces modèles se traduisent par des « injonctions » qui visent à décrire les comportements et modes de pensée (états d'esprit) appropriés auxquels les malades doivent recourir.

² Notre propos n'est pas de dire que ces situations et mécanismes génèrent systématiquement des situations de souffrance. En effet, les individus développent et mettent en œuvre des stratégies plus ou moins opérantes pour faire face à des situations stressantes [20]. De fait, il s'agit plutôt de pointer l'impact potentiel de l'environnement socioculturel, par et dans lequel des significations prennent forme et consistance, qui peut légitimer le recours à de telles stratégies.

³ Nous employons le terme « injonctions » entre guillemets pour signifier à la fois qu'il s'agit de bien plus qu'une simple proposition de conduites à tenir face à la maladie mais que ces injonctions ne sont pas pour autant impératives, autrement dit sans possibilité de négociation.

témoignent⁴ [7,13,21,31,41]. Le stigmaté correspond à toute caractéristique propre à un individu qui, si elle est connue, le discrédite aux yeux des autres ou le fait passer pour une personne de statut moindre [15]. Toutefois, posséder un stigmaté ne suffit pas à être stigmatisé, c'est le type de rapport social dans lequel le stigmaté est pris qui va le déterminer. Ainsi, le « normal » et le « stigmaté » ne sont pas des personnes mais des points de vue socialement produits. Les processus de stigmatisation associés aux maladies dépendent de plusieurs critères : les incapacités produites, la résonance symbolique de l'atteinte, le marquage corporel de la maladie ou encore de l'estimation faite sur la part de responsabilité du malade dans la survenue de sa maladie.

Les images associées au cancer (mort, souffrance, douleur, altération physique) constituent une base fondamentale pour l'élaboration du stigmaté [41]. Comme le souligne le Dr Froucht-Hirsch [13], dans un livre qui relate son expérience de la maladie cancéreuse : « Avoir l'air malade nous isole, nous singularise, nous stigmatise. On n'est pas comme les autres, on n'est pas comme les bien-portants. On est la mauvaise conscience du bien-portant, celui que l'on n'a pas envie de voir, celui qui fait peur. Car l'aspect physique de la maladie constitue un rappel incessant de notre statut de mortel. »

D'autres éléments peuvent être évoqués pour étayer notre propos. Ainsi, le type d'atteinte suggère des niveaux d'évaluation différenciés. C'est le cas des patients, fumeurs ou non, atteints d'un cancer du poumon qui doivent faire face au jugement de responsabilité véhiculé par autrui, jugement qui tend à signifier qu'il s'agit d'une maladie « auto-infligée [7] ». La rareté d'une atteinte pour une population donnée peut également constituer un facteur d'émergence du stigmaté. C'est le cas, par exemple, du cancer du sein chez l'homme [12]. Certaines atteintes (côlon, sein, testicule), touchant à l'intimité des malades, génèrent également des enjeux spécifiques quant à la question du « dire » ou du « taire ». Enfin, les effets secondaires participent également à la stigmatisation des malades du cancer. Souvent évoquée, l'alopécie joue sur plusieurs registres : elle a des répercussions directes sur l'image de soi, la qualité de vie, l'estime de soi et contribue à une baisse de la confiance en soi des patients [5,22,27] ; elle contribue aussi à rappeler (à soi et à autrui) la présence de la maladie [31]⁵.

La stigmatisation peut conduire à des difficultés en termes d'insertion sociale et à une perception de soi négative [8].

⁴ « Le mot cancer représente une maladie dont on parle à mots couverts : n'est-on pas contagieux ? N'est-ce pas une punition divine ? On a l'impression d'être des pestiférés [...]. C'est très difficile d'affronter le regard des autres et leurs commentaires » – Extrait du livre blanc des I^{ers} États généraux des malades du cancer [21].

⁵ Le dernier spot télé « Regards d'espoir sur le cancer », présentant une jeune femme perdant un foulard dissimulant son alopécie, est à ce titre illustratif de la prégnance de cette image dans l'imaginaire social du cancer.

D'autres recherches ont souligné le rôle joué par les conditions stigmatisantes sur la dépression, l'isolement social ou l'estime de soi [1,34,35]. Il est d'ailleurs important de noter que les personnes qui ont davantage conscience de leur stigmatisme (« *stigma consciousness* ») perçoivent davantage les discriminations dont elles peuvent être victimes [30]. Enfin, il convient de souligner que l'estime de soi des personnes stigmatisées s'élabore dans une situation sociale donnée et dépend des représentations et des significations que les individus élaborent vis-à-vis d'eux-mêmes dans cette situation. Ce sont les caractéristiques de la situation qui vont rendre ces représentations pertinentes ou non pour s'auto-évaluer [8].

Dans le cas du cancer, la discrimination opère sur le plan de la vie sociale et affective. Les individus sujets à la stigmatisation mettent en œuvre des mécanismes de défenses de l'identité, au sein desquels le « contrôle de l'information » est des plus prégnants [15]. Ce contrôle va s'effectuer principalement à travers la reconstruction de sens sur la maladie [7], la gestion de la parole mais aussi celle de l'apparence⁶. Ces stratégies relèvent de ce qui est de l'ordre du choix de « s'exposer malade ». Ce choix a des conséquences non seulement sur la nature des relations entretenues avec autrui (médecin compris), mais aussi sur l'identification qui peut en résulter (accession au statut de malade, de « cancéreux »).

Comme nous venons de l'évoquer, la maladie cancéreuse apporte son lot de risques pour l'identité psychosociale des malades. Ceux-ci doivent non seulement gérer les répercussions physiques de leur maladie mais aussi prendre en compte le regard social (et ses conséquences) qui s'applique à cette maladie. Ces représentations et croyances vont également opérer comme guide des comportements et modes de pensée ou « états d'esprit » appropriés auxquels chacun est conduit à adhérer. En effet, parmi les métaphores associées au cancer, celle de la guerre – du combat – est des plus prégnantes [3]. Elle permet de comprendre comment peut s'opérer le passage entre l'image de la maladie et le type « d'injonctions » qui va pouvoir être fait aux patients. Ces modèles qui concernent la manière dont il faut faire face à la maladie mettent en tension caractéristiques psychologiques (ou personnalité) et maladie⁷.

⁶ « Faire face, c'est aussi garder la face : cheveux et maquillage sont des aidants appréciés. Lutter contre l'aspect physique de la maladie constitue une entrée en résistance ; c'est affirmer et assumer un refus de la maladie et de l'image de mort qu'elle peut donner à l'autre du fait de l'apparence physique [13]. »

⁷ À titre anecdotique, notons la dernière campagne télé du ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement, qui vise à faire évoluer l'image des plus de 50 ans. Cette campagne repose sur 11 portraits de femmes et d'hommes de 51 à 62 ans, exerçant des métiers très divers. Chacune de ces personnes fixe la caméra alors qu'une voix off exprime une pensée, tendant à démontrer que tous sont capables de réaliser, dans la vie quotidienne, des choses ordinaires ou extraordinaires. Parmi ces pensées, on peut relever celle-ci qui est attribuée à une femme de 53 ans : « *J'ai vaincu le cancer.* » Ainsi se trouvent mis en juxtaposition trait de personnalité et combat victorieux contre le cancer afin de mettre en avant des « compétences » valorisables dans le domaine professionnel.

Ce lien entre caractéristiques psychologiques des patients, survenue et déroulement de la maladie a fait l'objet de nombreuses recherches. L'idée sous-jacente à ces recherches est que nous porterions en nous une part de responsabilité vis-à-vis de notre cancer. Cette responsabilité opère sur deux niveaux, la survenue de la maladie (psychogénèse) et la survie à celle-ci. Nous allons nous intéresser, dans un premier temps, à ce deuxième niveau qui contribue tout particulièrement à rendre compte des « injonctions » faites aux patients quant au mode de gestion de leur maladie.

Les données du dernier Baromètre Cancer [17] peuvent nous permettre de saisir l'importance de la diffusion des croyances liées aux causes psychosomatiques dans la population générale. Les résultats de cette enquête indiquent que six à sept Français sur dix estiment que le stress de la vie moderne ou une fragilisation due à des expériences douloureuses sont des causes possibles du cancer et un Français sur deux pense que des déceptions affectives ou professionnelles peuvent y contribuer. Cette question est d'un intérêt majeur pour les scientifiques, mais aussi pour les patients. En effet, elle suggère et questionne la possibilité d'action du malade sur le cours de sa maladie, et donc le contrôle éventuel de la progression de celle-ci, voire sa guérison. Les études systématiques du lien entre caractéristiques psychologiques des patients et déroulement de la maladie sont relativement récentes. Certaines d'entre elles ont montré un lien entre ces caractéristiques et la durée de survie des patients [10,16] alors que d'autres n'ont pu le vérifier [6,33]. Des revues de la littérature récentes [9,14,29] conduisent à modérer l'impact de ce lien. Malgré trois décennies de recherches, il convient de constater que la force du lien entre facteurs psychosociaux et survie au cancer n'est pas telle que le suggèrent les croyances populaires sur le cancer et les modèles sociétaux du « faire-face ». On retrouve un questionnement très proche concernant la survenue du cancer et son probable lien avec des facteurs psychologiques. Une revue de la littérature récente comprenant 70 études prospectives effectuées au cours de ces trente dernières années [14] conclut sur l'impossibilité de statuer sur l'influence des facteurs psychologiques sur le développement du cancer.

Au-delà, il convient de questionner l'impact potentiel de ces croyances sur le vécu de la maladie. En effet, l'adhésion à ces croyances peut avoir pour conséquence de conduire les patients à faire des choix thérapeutiques qui ne sont pas les plus appropriés au regard de leur situation [40]. Mais, bien plus, ces croyances contribuent au maintien d'un sentiment de culpabilité ou de responsabilité auprès des patients qui ne peuvent pas toujours maintenir un esprit combatif (« *spirit of fighting* ») ou une attitude positive vis-à-vis de leur maladie [39] puisqu'elles suggèrent que seuls les plus méritants s'en sortiront [3]. Ainsi, la survalorisation des capacités d'actions et de contrôle personnel peut se révéler nuisible [14].

Les « injonctions » au moral et à la combativité s'établissent en tant que règles sociales, admises et

partagées par tous et s'adressent, en fait, au collectif à travers la personne [3]. Des recherches de psychologie sociale peuvent nous permettre d'en déchiffrer certains fondements. Les travaux effectués dans le cadre de l'attribution causale, par exemple, démontrent l'existence chez les individus d'une tendance générale à surestimer, dans les explications qu'ils donnent des causes et conduites, les dispositions personnologiques (internes) par rapport aux conditions situationnelles (externes) [32]. Cette prévalence des explications internes peut être considérée comme l'expression d'une norme qui vise la valorisation sociale d'explications des événements qui accentuent le poids de l'acteur comme facteur causal [18]. Autrement dit, nous avons tendance à accentuer les caractéristiques individuelles comme moyen de réussite et d'action ; en d'autres termes, à considérer que l'individu est responsable de ce qui lui arrive. Ces construits théoriques nous permettent de comprendre la forte adhésion que rencontrent les « injonctions » au moral et au combat dans nos sociétés. Ils permettent de souligner que le discours sur le « bon malade » ou les « bonnes conduites » renvoie à une norme plus générale qui trouve à s'exprimer dans le contexte de la maladie cancéreuse.

Toutefois, il ne faut pas limiter l'impact du rôle de la métaphore guerrière aux seuls patients. Les soignants sont eux-mêmes impliqués dans ce processus. En effet, pour une part importante, les patients élaborent leurs rôles sur la base des besoins perçus chez les soignants [28,36]. Ainsi, être combatif et/ou positif semble être, pour de nombreux patients, encouragé au cours des communications routinières avec leurs médecins. Certains suggèrent que la valorisation de la métaphore guerrière par les médecins participe tout autant à l'emprise de ces derniers sur leurs patients qu'à une réduction de l'opportunité d'exprimer une réelle détresse émotionnelle chez les patients [4]. À ce titre, ce processus pourrait davantage servir les intérêts des médecins que ceux des patients. Autrement dit, ces « stratégies » qui visent initialement à rendre le patient acteur auraient un effet inverse à celui qui est escompté [28,36]. Comprendre l'impact potentiel et les logiques qui sous-tendent le recours à la métaphore du combat nécessite ainsi une approche multi-factorielle qui se doit de prendre en compte les rôles et enjeux propres à chacun des acteurs de la relation thérapeutique.

Conclusion

Cette contribution visait à spécifier les contours d'une approche psychosociale des situations de souffrance dans le contexte de l'oncologie en suggérant sa dimension heuristique pour appréhender l'impact des élaborations collectives sur le vécu de la maladie cancéreuse. Si l'individu n'est pas soluble dans le collectif, il n'en demeure pas moins que le collectif s'invite souvent, voire s'impose à l'individu lorsqu'il se trouve confronté au

cancer. Il ne s'agit pas de réduire l'expression de la souffrance du patient à une composante sociale, mais plutôt de souligner qu'elle peut survenir lorsque ce dernier est conduit à opérer des transactions entre vécu personnel de sa maladie et modèles sociétaux de la maladie. En effet, l'imaginaire social du cancer et son lot de représentations permettent de constituer un réservoir d'attentes et de jugements préétablis qui peuvent contribuer à générer ou à entretenir des situations de souffrance pour les malades. Notons qu'il ne s'agit pas de condamner sans équivoque le recours à certaines « injonctions » mais davantage de déchiffrer et de questionner leurs enjeux psychosociaux et leurs limites pour l'individu, mais aussi pour le médecin oncologue.

Références

1. Abe JS, Zane NWS (1990) Psychological maladjustment among asian and white american college students: controlling for confounds. *J Consult Clin Psychol* 37: 437-44
2. Baines BK, Norlander L (2000) The relationship of pain and suffering in a hospice population. *Am J Hosp Pall Care* 17: 319-26
3. Ben Soussan P (2004) Le cancer est un combat. Erès, Ramonville Saint-Agne
4. Byrne A, Ellershaw J, Holcombe C, et al. (2002) Patients' experience of cancer: evidence of the role of 'fighting' in collusive clinical communication. *Patient Educ Couns* 48: 15-21
5. Carpenter JS, Brockopp DY (1994) Evaluation of self-esteem of women with cancer receiving chemotherapy. *Oncol Nurs Forum* 21: 751-7
6. Cassileth BR, Lusk EJ, Miller DS, et al. (1985) Psychosocial correlates of survival in advanced malignant disease? *N Engl J Med* 312: 1551-5
7. Chapple A, Ziebland S, Mcpherson A (2004) Stigma, shame, and blame experienced by patients with lung cancer: qualitative study. *BMJ* 328: 1470-4
8. Crocker J (1999) Social stigma and self-esteem: situational construction of self-worth. *J Exp Soc Psychol* 35: 89-107
9. Cwikel JG (1997) Psychosocial factors that affect the survival of adult cancer patients: a review of research. *J Psychosoc Oncol* 15: 1-34
10. Derogatis LR, Abeloff MD, Melisaratos N (1979) Psychological coping mechanisms and survival time in metastatic breast cancer. *JAMA* 242: 1504-8
11. Deschamps JC, Paez D (1999) L'identité en psychologie sociale : processus cognitifs, facteurs relationnels et représentations sociales. In: Deschamps JC, Morales JF, Paez D, Worchel S (eds), *L'identité sociale*. Presses universitaires de Grenoble, Grenoble, pp. 13-8
12. France L, Michie S, Barrett-Lee P, et al. (2000) Male cancer: a qualitative study of male breast cancer. *Breast* 9: 343-8
13. Froucht-Hirsch S (2005) Le temps d'un cancer : chroniques d'un médecin malade. Vuibert, Paris
14. Garssen B (2004) Psychological factors and cancer development: evidence after 30 years of research. *Clin Psychol Rev* 24: 315-38
15. Goffman E (1975) *Stigmate*. Les Éditions de Minuit, Paris
16. Greer S (1991) Psychological response to cancer and survival. *Psychol Med* 21: 43-9
17. Guilbert P, Peretti-Watel P, Beck F, Gautier A (2006) Baromètre cancer 2005. INPES, Saint-Denis
18. Jellison JM, Green J (1981) A self-presentation approach to the fundamental attribution error: the norm of internality. *J Pers Soc Psychol* 40: 643-9
19. Joffe H (1999) Représentations sociales et psychologie de la santé. *Pratiques psychologiques* 4: 15-30
20. Lazarus RS, Folkman S (1984) *Stress, appraisal and coping*. Springer, New York
21. LNCC (1999) *Les malades prennent la parole*. Ramsay, Paris

22. McGarvey EL, Baum LD, Pinkerton RC, et al. (2001) Psychological sequelae and alopecia among women with cancer. *Cancer Pract* 9: 283-9
23. Morin M (2002) Naissance et développements de la psychologie de la santé. *Sc Soc Sante* 20: 129-40
24. Morin M, Apostolidis T (2002) Contexte social et santé. In: Fischer GN (ed), *Traité de psychologie de la santé*. Dunod, Paris, pp. 463-89
25. Moscovici S (1998) Le domaine de la psychologie sociale. In: Moscovici S (ed), *Psychologie sociale*. Presses universitaires de France, Paris, pp. 5-22
26. Moulin P (2005) Imaginaire social et cancer. *Rev Francoph Psycho-Oncologie* 4: 261-7
27. Munstedt K, Manthey N, Sachsse S, et al. (1997) Changes in self-concept and body image during alopecia induced cancer chemotherapy. *Support Care Cancer* 5: 139-43
28. Peerbhoy D, Hall GM, Parker C, et al. (1998) Patients' reactions to attempts to increase passive or active coping with surgery. *Soc Sci Med* 47: 595-601
29. Petticrew M, Bell R, Hunter D (2002) Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer: a systematic review. *BMJ* 325: 1066-76
30. Pinel EC (1999) Stigma consciousness: the psychological legacy of social stereotypes. *J Person Soc Psychol* 76: 114-28
31. Rosman S (2004) Cancer and stigma: experience of patients with chemotherapy-induced alopecia. *Patient Educ Couns* 52: 333-9
32. Ross L (1977) The intuitive psychologist and his shortcoming. In: Berkowitz L (ed), *Advances in experimental social psychology*. Academic Press, New York, pp. 173-220
33. Silberfarb PM, Anderson KM, Rundle AC, et al. (1991) Mood and clinical status in patients with multiple myeloma. *J Clin Oncol* 9: 2219-24
34. Spencer SJ, Steele CM, Quinn DM (1999) Stereotype threat and women's math performance. *J Exp Soc Psychol* 35: 4-28
35. Steele CM, Aronson J (1995) Stereotype vulnerability and the intellectual test performance of African-Americans. *J Person Soc Psychol* 69: 797-811
36. Taylor NM, Hall GM, Salmon P (1996) Is patient-controlled analgesia controlled by the patient? *Soc Sci Med* 47: 595-601
37. Vallerand RJ (1994) *Les fondements de la psychologie sociale*. Gaëtan Morin, Boucherville
38. Van Hoof S (2000) The suffering body. *Health* 4: 179-95
39. Watson M, Homewood J, Haviland J, et al. (2005) Influence of psychological response on breast cancer survival: 10-year follow-up of a population-based cohort. *Eur J Cancer* 41: 1710-4
40. Weeks JC, Cook E, O'Day SJ, et al. (1998) Relationship between cancer patients' predictions of prognosis and their treatment preferences. *JAMA* 279: 1709-14
41. Wilson K, Luker KA (2006) At home in hospital? Interaction and stigma in people affected by cancer. *Soc Sci Med* 62: 1616-27