



## FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ET RISQUE DU CANCER DU SEIN : RÉSULTATS D'UNE ÉTUDE CAS-TÉMOINS

[Claude Jasmin](#), [Monique G. Lê](#), [Pierre Marty](#), [Régine Herzberg](#), [Groupe de Psycho-oncologie\(GPO\)](#)

Presses Universitaires de France | « [Revue française de psychosomatique](#) »

2007/1 n° 31 | pages 155 à 171

ISSN 1164-4796

ISBN 9782130561965

DOI 10.3917/rfps.031.0155

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychosomatique-2007-1-page-155.htm>  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Presses Universitaires de France.

© Presses Universitaires de France. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## *Texte historique*

CLAUDE JASMIN\*, MONIQUE G. LÊ\*\*, PIERRE MARTY\*\*\*,  
RÉGINE HERZBERG\*\*\* ET LE GROUPE DE PSYCHO-ONCOLOGIE (GPO)\*\*\*\*

---

### *Facteurs psychologiques et risque du cancer du sein : résultats d'une étude cas-témoins<sup>1</sup>*

#### INTRODUCTION

Plusieurs compte-rendus isolés de maladies induites par le stress, ainsi que de nombreuses études expérimentales, ont suggéré l'existence d'une relation entre la survenue d'un cancer et certains facteurs psychologiques, tels que la personnalité du sujet et/ou la présence de tensions affectives non résolues. Cependant, les résultats de ces études se sont souvent avérées contradictoires [1], probablement en raison du fait que

REMERCIEMENTS : Les auteurs remercient Colette Delteil pour son aide précieuse de secrétariat et Mathilde Dreyfus pour son aide lors de la rédaction de cet article. Ils souhaitent exprimer également leur reconnaissance à B. R. Cassileth, PhD, pour ses commentaires fort utiles.

\* Unité d'oncogénèse appliquée, INSERM U 268, hôpital Paul-Brousse, 14 avenue Paul-Vaillant-Couturier, 94800 Villejuif.

\*\* Unité de recherche en épidémiologie des cancers, INSERM U 287, Institut Gustave-Roussy (IGR), 94800 Villejuif.

\*\*\* Institut de psychosomatique (IPSO), 1 rue de la Poterne-des-Peupliers, 75013 Paris.

\*\*\*\* GPO : A. Dingli, D. Le Beuf, J. Loriol, V. Scapa et C. Zimeray (IPSO) ; D. Kanovitch et G. Sander (gynécologues) ; F. Fontaine, A. Lehmann et G. Bachelot (IGR).

1. Ce texte est initialement paru en 1990 dans *Annals of Oncology* sous le titre « Evidence for a link between certain psychological factors and the risk of breast cancer in a case-control study ».

Il a ici été traduit par David Alcorn.

*Rev. franç. Psychosom.*, 31/2007

la plupart d'entre elles ne portaient que sur de petits échantillons. En outre, le type de la maladie et sa gravité étaient souvent mal définis et les analyses statistiques quelque peu sommaires. Enfin, la diversité des méthodes psychologiques employées pour définir les traits de personnalité des sujets a pu compliquer l'appréciation des résultats publiés [27].

La théorie psychosomatique développée par P. Marty [8] s'appuie sur le repérage, grâce à des concepts psychanalytiques, de la structure de base de la personnalité qui caractérise chaque individu depuis son enfance.

On peut définir cette structure comme étant l'état permanent et immuable des défenses psychiques contre d'éventuels traumatismes psychologiques. La mentalité de chaque individu est déterminée par l'efficacité et par la continuité du fonctionnement préconscient qui constitue le mécanisme central de l'organisation de son appareil psychique. Selon la théorie de P. Marty, la capacité à surmonter un traumatisme psychique grave est conditionnée par : (a) le nombre et l'épaisseur des couches psychiques qui constituent les systèmes de représentation acquis par le sujet, en particulier au cours de son développement précoce ; (b) la fluidité des liens entre ces systèmes ; et (c) la permanence de son fonctionnement associatif.

Il faut ici remarquer que, dans la classification de P. Marty, la structure psychique dite « normale » n'existe pas ; seules existent des configurations psychotique et névrotique.

La psychose est une appellation reconnue de troubles psychiques, constitutionnels ou acquis, qui entraînent une profonde désorganisation de la personnalité du sujet. La névrose est plus difficile à définir. On la considère comme étant une perturbation fonctionnelle du système nerveux sans qu'il y ait de lésion ou d'altération organique ou structurale. Elle n'entraîne qu'une désorganisation partielle de la personnalité. Selon la classification de P. Marty, la névrose est un terme générique employé pour décrire toutes les formes d'organisation psychique autres que psychotique. Il en existe deux types principaux : (a) la névrose bien structurée, qui s'applique aux patients dont le fonctionnement psychique est, de façon permanente, bien organisé ; elle permet une adaptation satisfaisante à toutes sortes de traumatisme psychologique ; et (b) la névrose mal structurée, état dans lequel le patient ne possède pas l'organisation psychique nécessaire pour lui permettre de faire face à un stress psychologique majeur tel que la perte de quelqu'un ou de quelque chose d'important dans sa vie.

La structure de base de chaque individu ne peut être repérée qu'à travers une appréciation de l'évolution dynamique de sa personnalité. Celui qui accueille en entretien la personne concernée devra apprécier le

fonctionnement psychique habituel de celle-ci en étudiant ses antécédents et ses symptômes psychiques éventuels tels que la phobie ou l'angoisse diffuse<sup>1</sup>. Le psychosomaticien cherchera aussi à déterminer ce que l'on appelle les caractéristiques principales qui prédominent dans le fonctionnement psychique actuel du sujet – par exemple, celles que l'on a pu observer au cours des deux années précédentes – ainsi que ses réactions à des traumatismes psychologiques majeurs.

Le deuil non élaboré est un des plus graves traumatismes que l'on peut rencontrer. On peut le définir comme une désorganisation psychique qui pourrait entraîner, par exemple, un état dépressif aigu, subaigu ou latent ; dans ce dernier cas, il n'existe pas de symptômes névrotiques ou psychotiques apparents. Cette désorganisation psychique pourrait aussi donner lieu à un état d'angoisse diffuse sans lien apparent avec une cause précise ; cet état reflète la faiblesse de l'organisation des défenses psychiques du sujet.

Bien que la classification de P. Marty soit subjective et qu'elle dépende de l'expérience acquise dans ce domaine par le chercheur, il nous a semblé que, par rapport aux évaluations psychométriques standard, elle avait l'avantage de fournir une appréciation dynamique de la personnalité du sujet qui prend en compte ses antécédents et l'évolution de ses symptômes.

La décision d'utiliser la classification de P. Marty fut renforcée par les résultats d'une étude rétrospective récente portant sur 323 patientes traitées à l'Institut de psychosomatique (IPSO). Cette étude met en évidence le lien entre structure psychique de base et risque de voir se développer une maladie grave [9].

Notre recherche actuelle, qui vise à évaluer ce risque, a été réalisée avec un groupe témoin et a été limitée à l'étude du cancer du sein. Ce cancer est non seulement le plus fréquent des cancers chez la femme en France, mais il est admis que sa genèse est influencée par des facteurs hormonaux dont la régulation est connue pour être affectée par des facteurs psychologiques [10-12].

Dans notre étude, toutes les patientes étaient soumises à une évaluation psychosomatique avant toute procédure diagnostique afin de permettre une recherche en double aveugle. À la suite de cette évaluation, l'examen

1. Nous avons fait le choix éditorial de rétablir, dans cette traduction en français, les expressions utilisées par P. Marty dans sa classification, sachant que c'est avec celle-ci que les psychosomaticiens ont travaillé pendant cette recherche. L'expression *excessive self-esteem* qui se trouve dans le texte initial en anglais a été remplacée par « moi-idéal prédominant », *hysterical disposition* par « traits de caractère hystérique », et « *free floating anxiety* » par « angoisse diffuse ». (Note de G. Szewc, dir. de la *Rev. fr. psychosom.*).

cytologique ou histologique permettait de préciser le diagnostic de la tumeur. Dans le cadre de l'étude cas-témoins, les femmes atteintes de cancer du sein étaient les « cas », et les femmes présentant une tumeur bénigne étaient les « témoins ». Dans cet article, nous présentons les résultats de cette recherche effectuée entre septembre 1984 et avril 1988.

#### DESCRIPTION DES PATIENTES ET DE LA MÉTHODOLOGIE

Deux gynécologues en cabinet privé et deux médecins hospitaliers oncologistes nous donnèrent leur accord pour recruter toutes les patientes potentiellement éligibles selon les critères de sélection décrits ci-dessous.

Les patientes devaient être de nationalité française, ou résider en France depuis au moins dix ans et être francophones. Elles devaient consulter en raison d'une ou de plusieurs tumeurs mammaires palpables.

   l'origine, le protocole précisait que les sujets recrutés devaient avoir entre 40 et 58 ans, et le nombre de sujets prévu était de 240. Selon les statistiques françaises, le nombre attendu de cancers du sein dans cette population était de 60. Les femmes devaient avoir une évaluation de l'IPSO après la première consultation auprès des médecins participants, et avant tout examen à visée diagnostique. La nature de la tumeur était ensuite diagnostiquée par mammographie et par un examen cytologique ou histologique. Au cours des trois mois précédant le recrutement, les sujets ne devaient avoir subi aucun examen radiographique, cytologique ou histologique, car il était essentiel que les patientes n'aient pas connaissance de la nature de leur tumeur au moment de leur première consultation chez les médecins participants.

Le protocole excluait également les femmes qui refusaient de passer les examens à visée diagnostique, ainsi que celles qui ne souhaitaient pas participer à l'enquête psychosomatique de l'IPSO. Ces exclusions primaires étaient déterminées dès la première consultation.

Les exclusions secondaires visaient les femmes venues à l'IPSO après avoir été mises au courant du diagnostic de leur tumeur, celles qui ne s'étaient pas présentées à l'IPSO malgré leur accord préalable, et celles pour lesquelles le diagnostic n'avait pas été communiqué aux médecins participants. Un centre de coordination fut crée pour recueillir et analyser les données. Seuls l'IPSO et le centre de coordination étaient habilités à décider de ces exclusions secondaires.

Pour déterminer le pourcentage d'inclusion, le nom de toutes les patientes venues en consultation en raison de symptômes mammaires pendant le déroulement de l'étude était enregistré. Les médecins devaient indiquer les causes d'exclusion de tous les sujets non inclus, et les sujets éligibles devaient recevoir un numéro d'ordre utilisé par la suite dans toutes les analyses pour préserver l'anonymat des sujets recrutés.

À la fin de la première année de l'étude, il devint évident que les critères d'inclusion étaient trop contraignants. Les limites d'âge furent donc élargies, et passèrent de 40-58 ans à 32-65 ans.

Dans le questionnaire initial, le médecin consignait tous les facteurs de risque connus de cancer du sein (situation de famille, poids, âge aux premières règles, âge à la ménopause, antécédents de mastopathie bénigne, antécédents familiaux de cancer du sein, nombre et dates des grossesses et d'avortements éventuels, et utilisation ou non de contraceptifs oraux). Étaient également notés le délai entre l'apparition des premiers symptômes et la première consultation, ainsi que les caractéristiques de la ou des tumeurs et la présence ou non de ganglions axillaires. Enfin, le médecin et la patiente devaient donner leur avis sur le caractère bénin ou malin de la (ou des) tumeur (s). Ce questionnaire dûment rempli était envoyé au centre de coordination avant l'évaluation psychosomatique.

Les cliniciens devaient prendre rendez-vous pour la patiente auprès du psychosomaticien en téléphonant à la secrétaire de l'IPSO spécialement affectée à cette recherche. Ainsi les sept psychosomaticiens consultants n'avaient aucun contact direct avec le médecin prescripteur et ne possédaient aucun renseignement concernant les caractéristiques épidémiologiques ou cliniques de la patiente au moment où celle-ci venait en consultation.

L'évaluation psychosomatique se faisait lors d'un entretien qui durait environ une heure. Elle était élaborée selon les rubriques suivantes : (1) structure psychique de base (un seul item) ; (2) fonctionnement psychique habituel, évalué grâce à l'anamnèse (de deux à huit items) ; et (3) symptomatologie récente et données anamnestiques (de un à six items). Ensuite, le psychosomaticien affectait chaque patiente à l'un ou à l'autre des groupes selon son estimation du risque – élevé ou faible – de développer un cancer du sein. Les données globales concernant les caractéristiques psychosomatiques de la patiente et son pronostic étaient alors envoyées au centre de coordination.

À la suite de cette évaluation, les patientes devaient subir les examens à visée diagnostique. Une analyse statistique en deux étapes fut alors entreprise. Le premier volet consistait en une analyse factorielle de

correspondances, dans laquelle les variables les plus discriminantes étaient choisies parmi les corrélations multiples entre le diagnostic de la tumeur et les variables psychologiques. Dans le deuxième volet, les variables identifiées étaient analysées au moyen d'une régression logistique linéaire inconditionnelle, utilisant une méthode pas à pas. Le modèle prenait en compte l'âge au diagnostic, les antécédents familiaux de cancer du sein, l'âge au premier enfant et le nombre d'enfants. Tous ces tests étaient bilatéraux [13].

## RÉSULTATS

### *Inclusion des patientes*

Entre septembre 1984 et avril 1988, 2 298 patientes se présentèrent à la consultation clinique initiale des médecins participants. Parmi celles-ci, 1 640 (71 %), furent exclues parce qu'elles avaient déjà été traitées pour un cancer du sein ou pour des lésions mammaires bénignes, 356 (15 %), parce qu'elles étaient trop jeunes ou trop âgées pour faire partie de l'échantillon, et 180 (14 %), pour des motifs variés (absence de tumeur, lieu de résidence trop éloigné, refus de l'entretien psychosomatique, etc.). Au total, 122 patients étaient éligibles pour l'étude. Les motifs d'exclusion secondaire étaient les suivants : annulation de l'entretien IPSO ou arrivée trop tardive pour celui-ci (30 patientes), connaissance du diagnostic obtenue avant cet entretien (6 patientes), mammographie pratiqu  e avant l'entretien (3 patientes) et diagnostic de la tumeur non disponible (6 patientes).

Il restait donc 77 patientes dans l'échantillon étudié : 31 d'entre elles (40 %) ont eu une biopsie suivie d'un examen histologique et les 46 autres un examen cytologique. Chez 18 patientes, un cancer du sein confirmé par examen histologique fut ainsi découvert ; les 59 autres avaient une maladie bénigne du sein ou aucune anomalie identifiable à la date de l'examen. Ces femmes ont été suivies en moyenne 9 mois. Un cas supplémentaire de cancer du sein fut diagnostiqué à six mois. L'échantillon comprenait donc 19 cas de cancer du sein et 58 témoins. Le diagnostic clinique était étroitement lié au diagnostic histologique : ainsi, parmi les 55 patientes qui présentaient une tumeur cliniquement bénigne, seules quatre (7 %) avaient un cancer du sein ; parallèlement, parmi les 22 tumeurs apparemment malignes, 15 (68 %) présentaient effectivement un cancer du sein.

À noter que, si l'on compare les caractéristiques cliniques et épidémiologiques des 77 patientes incluses dans l'étude avec celles des 45 patientes secondairement exclues, on ne relève aucune différence significative, à l'exception du fait que les tumeurs présentées par les patientes exclues étaient plus petites et plus souvent multifocales. Le fait que la proportion de cas de cancer du sein chez les patientes incluses dans l'étude et chez les patientes exclues soit similaire (respectivement 18 % et 25 %) tend à indiquer qu'aucun biais particulier ne peut être attribué aux exclusions secondaires.

Tableau 1. – Risque relatif (RR) de cancer du sein en fonction de l'âge et des facteurs épidémiologiques

Facteurs	Nombre de patientes		RRm <sup>a</sup> IC à 95 % <sup>c</sup>	p	RRs <sup>b</sup> IC à 95 % <sup>c</sup>	Valeur de p
	Cas	Témoins				
<b>Âge lors de l'entretien</b>						
– 35-44 ans	6	27	1*			
– 45-54 ans	5	24	0,8 (0,2-3,7)	0.83	1*	
– 55-64 ans	8	7	13,7 (0,6-337)	0.11	7,8 (1,9-31,2)	0.007
<b>Patiente célibataire</b>						
– non	17	44	1*			
– oui	2	14	0,6 (0,01-4,4)	0.64	–	
<b>Niveau socio-professionnel</b>						
– faible	4	11	1*			
– moyen	5	15	1,7 (0,2-12,0)	0.60	–	
– élevé	4	20	0,9 (0,1-5,8)	0.87	–	
– femme au foyer	6	12	0,5 (0,05-5,4)	0.58	–	
<b>Antécédents familiaux de cancer du sein</b>						
– non	17	44	1*		1*	
– oui	2	14	0,2 (0,02-1,7)	0.15	0,2 (0,03-1,2)	0.06
<b>Âge aux premières règles</b>						
– 10-12 ans	7	25	2,0 (0,2-17,8)		–	
– 13-14 ans	9	23	2,3 (0,3-17,0)	0.53	–	
– 15-18 ans	3	10	1*	0.41	–	
<b>Âge au 1<sup>er</sup> enfant<sup>d</sup></b>						
– < 24 ans	11	22	1*		1*	
– ≥ 25 ans	4	21	0,5 (0,1-2,4)	0.37	0,3 (0,1-1,4)	0.20
<b>Nombre d'enfants</b>						
– 0	4	15	1*		1*	
– 1-2	11	33	2,2 (0,2-4,6)	0.34		
– ≥ 3	4	10	2,1 (0,3-14,9)	0.46	2,1 (0,5-8,7)	0.30

Utilisation de contraceptifs oraux					
– non	16	37	1*		
– oui	3	21	0,5 (0,1-2,8)	0.44	–
Statut hormonal					
– préménopause	10	44	1*		
– postménopause	9	14	0,7 (0,04-10,0)	0.77	

<sup>a</sup> RRm = RR estimé par une analyse multivariée prenant en compte tous les facteurs du tableau.

<sup>b</sup> RRs = RRm utilisant une procédure pas à pas ; <sup>c</sup> IC = intervalle de confiance ; <sup>d</sup> Le risque n'est évalué que pour les femmes ayant eu au moins un enfant, et en tenant compte de tous les autres facteurs.

### *Corrélations entre facteurs épidémiologiques principaux et risque de développer un cancer du sein*

Seul l'âge lors du premier entretien est significativement lié au risque de cancer du sein (RR = 7,8 ; p = 0.007). Les rapports entre ce risque et la plupart des facteurs étudiés sont à l'inverse de ce qui est habituellement avancé (tableau 1). Ainsi, le célibat, le niveau socio-économique élevé, les antécédents familiaux de cancer du sein, l'âge plus tardif du premier enfant, la multiparité et l'utilisation de contraceptifs oraux correspondent à un risque plus faible plutôt qu'à un risque plus élevé de cancer du sein. Il faut souligner, cependant, qu'aucune relation n'est significative. Les quatre facteurs associés au risque de cancer du sein avec une valeur de  $p \leq 0.40$  (RRs) –    savoir l'âge lors du premier entretien, les antécédents familiaux de cancer du sein, l'âge au 1<sup>er</sup> enfant et le nombre d'enfants – ont été toutefois considérés, lors des analyses suivantes, comme d'éventuels facteurs de confusion.

### *Facteurs psychosomatiques*

*Pronostic IPSO.* –    la suite d'analyses univariée et multivariée prenant en compte les quatre facteurs de risque sélectionnés, une relation positive significative (p = 0.002) a été mise en évidence entre le risque relatif de cancer du sein et le pronostic psychosomatique (tableau 2).

L'âge lors du premier entretien n'a joué aucun rôle dans l'élaboration de ce pronostic, puisque l'âge moyen des patientes à risque faible ne diffère guère de celui des patientes à risque élevé (46,1 ans contre 47,6 ans). Aucun autre paramètre épidémiologique ou clinique n'est lié significativement au pronostic de l'IPSO (tableau 3).

*Structure psychique de base.* – Il y a une relation significative entre ce facteur et la nature de la tumeur ( $p = 0.009$  ; tableau 4). Il est intéressant de relever le fait qu'il n'y eut aucun cas de cancer du sein parmi les 18 patientes qui présentaient une névrose bien structurée.

Tableau 2. – *Risque relatif de cancer du sein selon le pronostic psychosomatique*

Pronostic IPSO	Nombre de patientes		RRu <sup>a</sup> (IC à 95 % <sup>c</sup> )	RRm <sup>b</sup> (IC à 95 % <sup>c</sup> )
	Cas <i>n</i> = 19	Témoins <i>n</i> = 58		
Risque faible	2	23	1*	1*
Risque élevé	17	35	5,6 (1,2-26,5)	5,9 (1,1-30,1)
Valeur de p			0,01	0,02

<sup>a</sup> RRu = RR estimé par une analyse univariée.

<sup>b</sup> RRm = RR estimé par une analyse multivariée prenant en compte l'âge lors de l'entretien, les antécédents familiaux de cancer du sein, l'âge lors du 1<sup>er</sup> enfant et le nombre d'enfants, comme indiqué au tableau 2.

<sup>c</sup> Intervalle de confiance.

IPSO : Institut de psychosomatique.

*Caractéristiques psychiques.* – Le tableau 5 montre le risque relatif de cancer du sein associé à ces caractéristiques. L'analyse univariée fait ressortir quatre items qui paraissent être en relation étroite avec la nature de la tumeur : angoisse diffuse, Moi idéal prédominant, deuil ancien non élaboré et deuil récent non élaboré. Cependant, l'analyse de régression logistique multivariée, qui prend en compte tous les traits psychiques et les facteurs épidémiologiques étudiés, fait ressortir trois paramètres liés de façon indépendante avec le risque de cancer du sein : moi idéal prédominant, avec un risque 13,2 fois plus élevé de cancer du sein ; deuil récent non élaboré, avec un risque 10,9 fois plus grand ; et traits de caractère hystérique, qui devient un facteur significatif de risque (RR = 5,4  $p = 0.03$ ). L'angoisse diffuse et le deuil ancien non élaboré n'apparaissent plus comme étant des facteurs de risque indépendants de cancer du sein.

*Résultats d'ensemble.* – En dernier lieu, nous avons effectué une analyse de régression logistique multivariée en employant une démarche pas à pas prenant en compte tous les facteurs psychologiques et épidémiologiques. Les résultats (tableau 6) montrent clairement l'importance de la structure psychique de base comme facteur de risque de cancer du sein (RR = 1,2 à l'infini ;  $p = 0.009$ ). En outre, le moi idéal prédominant (RR = 10,0  $p = 0.02$ ), les traits de caractère hystérique (RR = 7,5  $p = 0.02$ ) et le deuil récent non élaboré (RR = 8,2  $p = 0.05$ ) sont

les traits psychiques qui sont en relation la plus étroite avec le risque d'apparition d'un cancer du sein.

Tableau 3. – *Rapports entre pronostic psychosomatique, âge (en années) et principaux facteurs épidémiologiques et cliniques*

<i>Facteur</i>	<i>Risque faible n = 25</i>	<i>Risque élevé n = 52</i>	<i>Valeur de p</i>
Âge moyen lors de l'entretien	46,1 (6,7)	47,6 (8,8)	0.46
Âge moyen lors des premières règles	13,0 (1,5)	13,1 (1,7)	0.93
Nombre moyen d'enfants	1,6 (1,3)	1,7 (1,6)	0.89
Âge moyen au 1 <sup>er</sup> enfant	24,8 (4,8)	24,3 (4,6)	0.68
Pourcentage de patients ayant des antécédents familiaux de cancer du sein	16 %	23 %	0.47
Taille moyenne de la tumeur (en mm) (évaluée cliniquement)	16,9 (11,2)	19,3 (13,5)	0.44
Pourcentage de patients présentant des tumeurs multifocales	36 %	31 %	0.65

Tableau 4. – *Risque relatif de cancer du sein selon la structure psychique de base*

<i>Structure psychique de base</i>	<i>Nombre de patientes</i>		<i>Risque relatif de cancer du sein (95 % IC<sup>a</sup>)</i>	<i>Valeur de p</i>
	<i>cas n = 19</i>	<i>témoins n = 58</i>		
Névrose :				
– bien structurée	0	18	1*	
– peu structurée	18	40	17,8 (1,0 – 180)	0,009
Psychose	1	0		

\* Catégorie de référence : pour évaluer le risque relatif de cancer du sein, le nombre de cas présentant une structure psychique de base bien organisée est supposé être de 0.5 (voir référence bibliographique n° 14).

<sup>a</sup> Intervalle de confiance.

Tableau 5. – *Risque relatif (RR) de cancer du sein en fonction de certains facteurs psychiques*

<i>Facteur psychique</i>	<i>Nombre de patientes</i>		<i>RR<sup>a</sup> (IC à 95 %<sup>c</sup>) valeur de p</i>	<i>RR<sup>s</sup><sup>b</sup> (IC à 95 %<sup>c</sup>) Valeur de p</i>
	<i>Cas</i>	<i>Témoins</i>		
Angoisse diffuse			1*	
– non	7	36	2,8 (1,0-8,2)	–
– oui	12	22	0.06	–
Homosexualité latente			1*	–
– non	16	53	2,0 (0,4-9,2)	–
– oui	3	5	NS	–
Dépression latente			1*	–
– non	9	34	1,6 (0,6-4,5)	–
– oui	10	24	NS	–

<b>Dépression essentielle</b>				
– non	12	39	1*	–
– oui	7	19	1,2 (0,4-3,5) NS	–
<b>État dépressif aigu</b>				
– non	12	40	1*	–
– oui	7	18	1,3 (0,4-3,8) NS	–
<b>Moi idéal prédominant</b>				
– non	14	53	1*	–
– oui	5	5	3,8 (1,0-14,9) 0.06	13,2 (1,9-91,7) 0.006
<b>Sublimation artistique ou sociale</b>				
– non	17	47	1*	–
– oui	2	11	0,5 (0,1-2,5) NS	–
<b>Traits de caractère hystérique</b>				
– non	20	38	1*	1*
– oui	8	11	1,4 (0,04-3,0) NS	5,4 (1,1-26,4) 0.03
<b>Refus de régresser</b>				
– non	15	50	1*	–
– oui	4	8	1,7 (0,4-6,3) NS	–
<b>Deuil ancien non élaboré</b>				
– non	14	53	1*	–
– oui	5	5	3,8 (1,0-14,9) 0.06	–
<b>Deuil récent non élaboré</b>				
– non	13	56	1*	1*
– oui	6	2	12,9 (2,3-71,5) 0.003	10,9 (1,1-103,4) 0.03

<sup>a</sup> RRu = RR estimé après régression logistique univariée.  
<sup>b</sup> RRs = RR estimé après régression logistique multivariée, en prenant en compte quatre facteurs épidémiologiques (voir la dernière colonne du tableau 3) et en utilisant une procédure pas à pas pour les facteurs psychologiques.  
<sup>c</sup> Intervalle de confiance.  
\* Catégorie de référence.  
NS = non significatif (p > 0.10).

## Discussion

Les résultats de cette étude indiquent qu'il existe un rapport entre certains facteurs psychologiques et le risque de développement d'un cancer du sein.

La procédure employée nous a permis de résoudre plusieurs problèmes méthodologiques qui, lors d'études antérieures, avaient fait douter de la crédibilité des résultats obtenus dans ce domaine. Ainsi, le fait que l'évaluation psychosomatique soit effectuée avant tout examen radiologique ou cytologique de la tumeur détectée cliniquement, ajouté à la consigne qu'avaient reçue les médecins participants de ne révéler

aucune information à leurs patientes concernant la nature présumée de cette tumeur, fit en sorte qu'au moment où les patientes étaient vues en entretien, ni les malades, ni les psychosomaticiens ne connaissaient la nature bénigne ou maligne de la tumeur. Ce protocole en double aveugle était renforcé par le choix d'un échantillon homogène de patientes présentant une ou des tumeurs au sein.

Nous avons toutefois rencontré certains problèmes – notamment le refus, de la part de quelques patientes, de participer à l'évaluation psychosomatique. Cependant les caractéristiques des patientes exclues pour des motifs secondaires étaient semblables à celles de l'échantillon retenu. En outre, le pourcentage de cas de cancer du sein s'est avéré sensiblement le même dans les deux groupes, ce qui réduit la probabilité que les résultats soient biaisés. Les critères d'inclusion rigoureux, même après élargissement de la gamme d'âge de l'échantillon, expliquent le nombre relativement restreint de patientes participant à l'étude. Dans la pratique, une patiente est adressée à un médecin spécialiste après avoir passé une mammographie. Ici, cependant, cette façon de faire était en soi un critère d'exclusion.

La relation que nous avons constatée entre le risque de cancer du sein et les facteurs épidémiologiques principaux est en apparence à l'inverse de ce qui est généralement rapporté dans la littérature. La raison en est, peut-être, que les patientes de notre groupe-témoin avaient toutes une maladie bénigne du sein, à la différence de ce qui se fait habituellement dans des études épidémiologiques. Il est possible que le médecin généraliste de ces patientes les ait adressées à un confrère cancérologue alors qu'elles présentaient au moins un facteur de risque de développer un cancer du sein. Par conséquent, si les psychosomaticiens avaient basé leur pronostic sur les facteurs de risque connus, loin de faire une bonne évaluation, la marge d'erreur aurait de ce fait été plus grande.

Il est intéressant de relever le fait que l'âge de la patiente au moment de l'entretien n'a pas introduit de biais particulier lorsque les psychosomaticiens ont indiqué leur pronostic et ont évalué la structure psychique de base, puisque l'âge moyen des groupes à risque faible et à risque élevé était similaire.

Nos résultats soulignent l'importance de la structure psychique de base dans le développement d'un cancer du sein. En effet, aucun cas de cancer ne fut constaté chez les patientes qui présentaient une névrose bien organisée, tandis que, parmi les patientes dont l'état névrotique était peu structuré, 19 cas de cancer furent par la suite diagnostiqués. La raison en est, semble-t-il, qu'une patiente qui présente une névrose bien organisée est capable de fonctionner, sur le

plan psychique, d'une manière qui lui permet de faire face à des situations de stress majeur.

Dans notre recherche, un deuil récent non élaboré, le moi-idéal prédominant et les traits de caractère hystérique sont associés de manière significative au risque de développer un cancer du sein, quels que soient l'âge de la patiente et les autres facteurs épidémiologiques importants.

La difficulté majeure de ce genre de recherche est de décider si les différences éventuelles entre les groupes – existence/absence de cancer – relevées lors de l'investigation psychologique sont vraiment libres de toute influence éventuelle que ferait jouer une connaissance préalable, voire un simple soupçon chez la patiente, du diagnostic véritable. Même dans ce cas, peut-on dire que ces différences entretiennent un rapport de cause à effet sur le développement du cancer, ou ne sont-elles que de simples épiphénomènes produits par les effets de la maladie sur la patiente ? Ce pourrait être le cas puisque, dans notre étude, l'évaluation psychosomatique avait lieu après l'apparition du cancer du sein. Il ne faut pas oublier, cependant, que la typologie de l'IPSO est fondée, d'une part, sur l'évaluation précise des caractéristiques comportementales du sujet qui perdurent tout au long de sa vie d'adulte, d'autre part sur ses réactions à des événements traumatiques survenus bien avant que la maladie ne fût apparue. En outre, toutes les femmes qui participèrent à notre recherche présentaient une tumeur du sein. Ainsi, même si la plupart d'entre elles (toutes sauf 4) ne dirent pas directement à leur médecin qu'elles pensaient avoir un cancer, elles craignaient toutes cette éventualité, aussi bien parmi les cas que parmi les témoins. Enfin, il faut souligner le fait qu'avant le début de cette étude, nous avons expliqué aux médecins participants qu'il était d'une importance capitale de ne révéler à leurs patientes aucune information concernant leurs impressions cliniques à propos du diagnostic probable.

Tableau 6. – Résumé des résultats : risque relatif (RR) de cancer du sein en fonction de facteurs psychologiques et épidémiologiques, estimé par une procédure pas à pas

<i>Facteurs</i>	<i>RR<sup>a</sup> (95 % CI<sup>b</sup>)</i>	<i>valeur de p</i>
Structure psychique de base		
Névrose bien organisée	1*	
Autres	7,8 (1,2-infini) <sup>c</sup>	0.009
Moi idéal prédominant		
– non	1	
– oui	10,0 (1,4-72,2)	0.02

Traits de caractère hystérique		
– non	1*	
– oui	7,5 (1,3-42,4)	0.02
Deuil récent non élaboré		
– non	1*	
– oui	8,2 (1,0-73,5)	0.05

<sup>a</sup> Estimation du risque relatif en prenant en compte l'âge lors de l'entretien, les antécédents familiaux de cancer du sein, l'âge au premier enfant et la parité.

<sup>b</sup> Intervalle de confiance.

<sup>c</sup>. Ce résultat signifie que les patientes ayant une névrose mal organisée ou une psychose ont un risque environ 7,8 fois plus élevé de cancer du sein que les femmes ayant une névrose bien organisée.

Le deuil récent non élaboré a souvent été cité comme facteur de risque de mortalité et de cancer [15-23], même si certaines études montrent que, même après un veuvage, il y a peu [24], voire pas [25, 26] d'augmentation du risque de mortalité.

Une enquête de grande ampleur fut réalisée récemment en Israël auprès de parents ayant perdu un enfant. Selon cette étude, le taux de mortalité dans ce groupe ne dépasse pas celui de la population générale. Il faut néanmoins se rappeler que, cette enquête de grande ampleur de ce type ne tient pas compte de la morbidité grave qui fait suite à un deuil.

Notre étude était plus restreinte, car elle se focalisait sur une seule tumeur primaire – le cancer du sein – indépendamment de son évolution soit vers la mort soit vers la guérison. Le nombre de participantes y était bien moindre et la recherche était censée établir si la structure psychique de base jouait ou non un rôle dans la résistance vis-à-vis du cancer du sein ou dans la prédisposition à cette maladie. Pour ces raisons, il est difficile de la comparer à l'enquête israélienne. Néanmoins, il est intéressant de relever le fait que celle-ci montre qu'une double perte – du mari (par la mort de celui-ci ou en cas de divorce) et d'un enfant – augmente de façon significative la mortalité. Elle apporte ainsi la preuve que des facteurs psychologiques jouent un rôle important, du moins dans des situations de stress considérable.

Notre choix du cancer du sein était déterminé par la probabilité qu'il existe un rapport entre la régulation hormonale et des facteurs psychosomatiques. La réalité biologique de l'existence d'un réseau psychosomatique devient de plus en plus évidente, grâce aux interconnexions que l'on peut démontrer entre les divers types de régulation des systèmes hormonal, immunitaire, h  matopo  i  tique et neurologique [28, 29].

Le mécanisme pathogène par lequel un deuil récent peut engendrer un cancer est loin d'avoir été élucidé. On sait que la période qui s'écoule

entre l'activation des premières cellules anormales et l'apparition clinique d'un cancer est très longue. Cela dit, chez l'être humain, les différentes phases du long processus de développement d'un cancer ne sont pas connues, de sorte que, dans le cas de nos patientes atteintes d'un cancer du sein, nous ne sommes pas en mesure de fournir une explication physiopathologique des effets des deuils qui s'étaient produits pendant les deux années qui précédèrent la première consultation. Nous ne savons pas, par exemple, si ces deuils augmentèrent chez elles la déficience immunitaire, accélérèrent la production de facteurs de croissance des tumeurs ou aggravèrent certaines perturbations hormonales. Il est concevable qu'un fonctionnement psychique fragile joue le rôle le plus important dans la prédisposition à des maladies graves telles que le cancer. Un deuil récent non élaboré peut représenter un état biologique aigu qui favorise la manifestation clinique du processus pathogène sous-jacent.

Le moi idéal prédominant, qui dans notre étude était le deuxième facteur psychologique de risque par ordre d'importance, venant après la structure psychique de base, a lui aussi été retrouvé dans d'autres recherches [5]. Plus particulièrement, l'étude cas-témoins de 160 sujets effectuée par S. Greer et ses collaborateurs [30] montre l'importance de l'expression anormale des émotions, surtout de la colère. Ce phénomène est probablement lié à un moi idéal.

À notre connaissance, le fait que les traits de caractère hystérique constitue un facteur psychologique de risque n'a jamais été relevé jusqu'à présent, même dans l'enquête rétrospective de l'IPSO [9]. Il est intéressant de noter que dans notre étude actuelle ce facteur a été révélé grâce à l'analyse multivariée et qu'il avait un effet de stabilisation sur les données statistiques globales.

À la différence de certains chercheurs [4, 6, 31, 32], nous n'avons pas constaté que la dépression constituait un facteur de risque significatif ( $p = 0.40$ ). Cela dit, le terme « dépression » n'est pas toujours facile à définir ; par exemple, il n'est pas du tout certain que les évaluations psychométriques standard fassent réellement la distinction entre les diverses formes de dépression décrites par les psychiatres. Ainsi, dans leur étude rétrospective [9], P. Marty et ses collaborateurs soulignent l'importance pathogène de la dépression essentielle – mais, dans l'étude actuelle, même cette forme de dépression ne constitue pas un facteur significatif. C'est la preuve que l'évaluation des psychosomatiques n'était pas influencée par leurs constatations antérieures.

Dans leur ensemble, les résultats que nous venons de présenter montrent qu'il est possible d'estimer la probabilité du caractère bénin

ou malin d'une tumeur au sein grâce uniquement à l'examen psychosomatique. Ils montrent également que ni l'âge de la patiente, ni sa connaissance préalable du diagnostic et le comportement qui en résulte, ni la connaissance par le psychosomaticien des facteurs épidémiologiques habituels qui jouent un rôle dans le développement d'un cancer du sein n'influencent en aucune façon le pronostic établi par le psychosomaticien.

En conclusion de cette étude, nous pouvons souligner l'intérêt d'une méthodologie subjective telle que l'évaluation psychosomatique comparée aux méthodes psychométriques standardisées telles que l'inventaire multiphasique de personnalité du Minnesota (MMPI) [32]. En proposant aussi une méthode de repérage des profils psychosomatiques de femmes présentant un risque élevé ou faible de développer un cancer du sein, cette recherche ouvre la voie à l'étude du rôle joué par les différences biologiques dans la mise en œuvre d'un fonctionnement physiologique ou pathologique du réseau psychosomatique.

#### RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Revidi P. (1983), Psychopathologie des Cancers. Une revue de la question. *Sem. Hôp. Paris*, 12 : 801-9.
- [2] Hagnell O. (1966), The premorbid personality of persons who develop cancer in a total population investigated in 1947 and 1957, *Ann. NY Acad. Sci.*, 125 : 846-55.
- [3] Kissen D. (1966), The significance of personality in lung cancer in men, *Ann. NY Acad. Sci.*, 125 : 772-9.
- [4] Leshan L. et Worthington R. E. (1956), Personality as a factor in the pathogenesis of cancer. A review of literature, *Brit. J. Med. Psychol.*, 29 : 49-96.
- [5] Schmale A. K. et Iker H. P. (1966), The effect of hopelessness and the development of cancer : 1. Identification of uterine cervical cancer in women with atypical cytology, *Psychosom. Med.*, 28 : 714-21.
- [6] Schonfield J. (1975), Psychological and life-experience differences between Israeli women with benign and cancerous breast lesions. *J. Psychosom. Res.*, 19 : 229-34.
- [7] Marty P. et Stora J. B. (1988), La classification psychosomatique Marty/IPSO : méthode d'aide au diagnostic des organisations psychosomatiques et des maladies somatiques. *Médecine et Hygiène*.
- [8] Marty P. (1983), *L'Ordre psychosomatique*, Paris, Payot.
- [9] Marty F. (1988), Dispositions mentales de la première enfance et cancers de l'âge adulte. *Psychotherapies*, 4 : 177-82.
- [10] Riley V. [1981], Psychoneuroendocrine influences on immunocompetence and neoplasia. *Science*, 212 : 1100-9.
- [11] Mason J. W., Giller E. L. et Ostroff R.B. (1984), Relationships between psychological mechanisms and the pituitary-gonadal system. *Curr. Clin. Pract. Series*, 26 : 215-28.
- [12] Bowman L. A., Dilley S. R. et Kervene E. B. (1978), Suppression of estrogen-induced LH surges by social subordination in talapoin monkeys. *Nature*, 275 : 56-8.

- [13] Anderson S., Auquier A., Hauck WW *et al.* (1980), Statistical methods for comparative studies, in : Bradley R. A., Hunter J. S., Kendall D. G., Watson G. S., eds. New York Publisher.
- [14] Mickey R. M. et Greenland S. (1989), The impact of confounder selection criteria on effect estimation. *Am. J. Epidemiol.*, 129 : 126-37.
- [15] Kraus A. S. et Lilienfeld A. M., (1959), Some epidemiologic aspects of the high mortality rate in the young widowed group. *J. Chronic. Dis.*, 10 : 207-17.
- [16] Young M., Benjamin B. et Wallis C. (1963), The mortality of widowers, *Lancet*, 2 : 454-6.
- [17] Cox P. R. et Ford J. R. (1964), The mortality of widows shortly after widowhood, *Lancet*, 1 : 163-4.
- [18] Parks C. M., Benjamin B. et Fitzgerald R. G. (1969), Broken heart : A statistical study of increased mortality among widows. *Br. Med. J.*, 1 : 740-34.
- [19] Gerber I., Rusalem R., Hannon N. *et al.* (1975), Anticipatory grief and aged widows and widowers. *J. Gerontol.*, 30 : 225-9.
- [20] Helsing K. I. et Szklo M. (1981), Mortality after bereavement. *Am. J. Epidemiol.*, 114 : 41-52.
- [21] Mellstrom D., Nilsson A., Oden A. *et al.* (1982), Mortality among the widowed in Sweden, *Scand. J. Soc. Med.*, 10 : 33-41.
- [22] Jones D. R., Goldblatt P. O., Leon D. A. (1984), Bereavement and cancer : Some data on deaths of spouses from the longitudinal study of the Office of Population Censuses and Surveys. *Br. Med. J.*, 289 : 461-4.
- [23] Bowling A. et Benjamin B. (1985), Mortality after bereavement : A follow-up study of a sample of elderly widowed people. *Biol. Soc.*, 2 : 197-203.
- [24] Kaprio J., Koskenvuo M. et Rita H. (1987), Mortality after bereavement : A prospective study of 95 647 widowed persons. *Am. J. Public. Health*, 77 : 283-7.
- [25] Clayton P. J. (1974), Mortality and morbidity in the first year of widowhood. *Arch. Gen. Psychiatry*, 30 : 747-50.
- [26] Ward A. W. M. (1975), Mortality of bereavement *Br. Med. J.*, 1 : 700-2.
- [27] Levav I., Friedlander, Kark J.D. *et al.* (1988), An epidemiologic study of mortality among bereaved parents. *The New Engl. J. of Med.*, 319 : 457-61.
- [28] Weigent D. A., Blalock J. E. (1987), Interactions between the neuroendocrine and immune systems : Common hormones and receptors. *Immunol Reviews*, 100 : 79-108.
- [29] Roth J., Le Roith D., Collier E. S. *et al.* (1985), Evolutionary origins of neuropeptides, hormones, and receptors : Possible applications to immunology. *The J. of Immunol.*, 135 : 816-9.
- [30] Greer S. et Morris T. (1975), Psychological attributes of women who develop breast cancer : A controlled study. *J. Psychosom. Research*, 19 : 147-53.
- [31] Shekelle R. B., Raynor W. J. Jr, Ostfeld A. M. *et al.* (1985), Psychological depression and 17-year risk of death from cancer. *Psychosom. Med.*, 43 : 117-25.
- [32] Hahn R. C. et Petitti D.B. (1988), Minnesota multiphasic personality inventory-rated depression and the incidence of breast cancer. *Cancer*, 61 : 845-8.

CLAUDE JASMIN  
 Service d'oncologie  
 Hôpital Pitié-Salpêtrière  
 Bd de l'Hôpital  
 75013 Paris