

Image corporelle et cancer: une analyse psychosociale


Lionel Dany, Themis Apostolidis

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 



[Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert](#)

Hadda Ben Hsan

[M11308](#)

annette audrey

[Cousson-Gelie, F, Langlois, E., Barrault, M., \(dir.\), \(2009\), Faire face au cancer. Images de soi. Images du ...](#)
Emmanuel Langlois

Image corporelle et cancer : une analyse psychosociale

Body image and cancer: a psychosocial analysis

L. Dany · T. Apostolidis · P. Cannone · E. Suarez-Diaz · F. Filippetto

© Springer-Verlag 2009

Résumé Nous avons effectué deux recherches qui avaient pour objectif de questionner, dans une perspective psychosociale, la place de l'image corporelle dans l'expérience de la maladie cancéreuse. Une première recherche, par questionnaire, a été effectuée auprès de patients ($n = 42$) du service d'oncologie médicale du CHU de la Timone. Le questionnaire comprenait le questionnaire d'image corporelle (QIC), l'inventaire d'estime de soi sociale, le QLQ-C30 et des questions relatives aux atteintes et pratiques corporelles. La deuxième recherche consistait en l'analyse lexicographique du contenu des échanges de groupes de parole de patients organisés au sein d'ateliers à visée esthétique. Les résultats de ces deux recherches soulignent la complexité du rapport au corps. Les pratiques corporelles (masquage des modifications corporelles, entretien) sont essentiellement féminines. La satisfaction corporelle, l'estime de soi sociale et le niveau de préoccupation associé à l'esthétique ne diffèrent pas selon le sexe des patients. Des liens entre dimensions de la qualité de vie (physiques, émotionnelles, cognitives et sociales) et satisfaction corporelle sont observés chez les femmes et aucun chez les hommes. L'analyse des échanges au sein des groupes de parole montre une présence peu importante du thème de

l'image corporelle. Ces groupes constituent davantage un lieu d'élaboration d'une identité groupale. Ces travaux montrent la complexité des enjeux associés à l'image corporelle dans le contexte de la maladie cancéreuse et l'impact des cadres sociaux sur l'expérience corporelle du malade du cancer, notamment le rôle important de l'identité sexuée des patients.

Mots clés Image corporelle · Cancer · Qualité de vie · Groupe de parole

Abstract We carried out two studies with the aim of elucidating, from a psychosocial point of view, the place of body image in the experience of cancer. The first study involved the use of a questionnaire with patients ($N = 42$) from the medical oncology unit of the « la Timone » University Hospital. The questionnaire included the Body Image Questionnaire, the Social Self-Esteem Inventory, the QLQ-C30 and some questions about negative consequences and practices concerning the body. The second study consisted of a lexicographical analysis of the content of discussions between patients attending body image self-help groups. The results of the two studies emphasize the complexity of peoples' relationships with their bodies. Body practices (masking body modifications, maintenance) were primarily female. Body satisfaction, social self-esteem and level of preoccupation with appearance did not differ according to the sex of the patients. Links between some dimensions of quality of life (physical, emotional, cognitive and social) and body satisfaction were only observed for women. Analysis of discussions within the self-help groups showed that the topic of body image was of only minor significance. The role of these groups appeared to be rather that of developing a group identity. This work highlights the complex nature of issues associated with body image in the context of cancer and the impact of social dimensions on these experiences – in particular the important role played by gender.

L. Dany · T. Apostolidis · E. Suarez-Diaz (✉)
Laboratoire de psychologie sociale, université de Provence,
29, avenue Robert-Schuman, F-13621 Aix-en-Provence, France
e-mail : lionel.dany@univ-provence.fr ;
suarez.diaz@caramail.com

L. Dany · P. Cannone (✉)
Service d'oncologie médicale, centre hospitalier de la Timone,
264, rue Saint-Pierre, F-13385 Marseille cedex 05, France
e-mail : patrice.cannone@mail.ap-hm.fr

T. Apostolidis (✉)
Inserm UMR 912, F-13006 Marseille, France
e-mail : themistoklis.apostolidis@univ-provence.fr

F. Filippetto (✉)
Association Var-Est pour les soins d'accompagnement (AVESA),
32, avenue du Docteur-Samn , F-83700 Saint-Raphaël, France
e-mail : fabienfil@wanadoo.fr

Keywords Body image · Cancer · Quality of life · Self-help group

Introduction

Le cancer et ses traitements sont le plus souvent agressifs pour le corps et peuvent en modifier l'apparence. Plusieurs types de conséquences peuvent être dénombrés : perte ou modification d'une partie du corps (ablation, amputation, cicatrice, défiguration), changement de sensation, impression d'être incomplet, difficulté d'ajustement aux prothèses, limitation de certaines habilités fonctionnelles (difficultés à se déplacer, altération de la démarche, difficulté à aligner les bras) et effets secondaires de certains traitements (perte des cheveux, fatigue, décoloration de la peau) [3,6,9].

Toutefois, l'expérience de la maladie cancéreuse a pour effet de produire une modification de l'image du corps et de soi qui ne repose pas exclusivement sur les modifications « objectives » du corps, mais sur ce qui relève du corps perçu et vécu par les individus dans la trajectoire de leur maladie. Le concept d'image corporelle peut se révéler heuristique dans cette perspective. L'image corporelle peut être définie comme l'ensemble des sentiments, attitudes, souvenirs et expériences qu'un individu a accumulés à propos de son propre corps et qui se sont plus ou moins intégrés dans une perception globale [13]. Cette image est constituée de perceptions et de représentations qui nous servent à évoquer et à évaluer notre corps non seulement en tant qu'objet doué de certaines propriétés physiques, mais aussi comme sujet ou partie de nous-même, chargée d'affects multiples et parfois contradictoires [14]. L'image corporelle peut être appréhendée comme un construit multidimensionnel qui inclut des composantes perceptuelles, attitudeles mais aussi affectives [62]. Elle est le résultat d'une activité psychique des individus face à divers déterminants biologiques (le corps réel) ou sociaux (le corps perçu par autrui), elle a une fonction protectrice, stabilisatrice et adaptative. Cette image se trouve au fondement de l'identité [23,44]. Plus précisément, ses différentes dimensions sont inséparables des sentiments concernant le soi et sont inextricablement liées aux facteurs sociétaux [64].

La variable genre occupe, dans cette perspective, une place incontournable, tant s'imbriquent vécus corporels et modèles sexués du corps. À ce titre, les différences observées entre hommes et femmes peuvent s'appréhender selon deux registres : celui de la modification corporelle comme bouleversement de l'image corporelle et celui de la modification corporelle comme expérience située socialement au regard de l'identité sexuée des individus.

Ainsi, les atteintes et/ou les traitements n'auront pas les mêmes effets et répercussions pour les individus en fonction des enjeux symboliques qui leur sont associés dans un contexte socioculturel qui contribue de manière importante à leur donner forme et sens. Hommes et femmes élaborent des représentations différentes de leur corporéité, dans ce contexte, en lien avec les constructions contemporaines de

la féminité et de la masculinité [46]. Chez les femmes, les représentations du corps malade sont plus holistiques, moins limitées à l'affection et plus centrées sur sa composante esthétique [22,61]. Pour les hommes, le corps est davantage décontextualisé, limité à ses fonctions biologiques, voire mécaniques [22,53].

Dans le cadre de la maladie cancéreuse, on peut relever le nombre relativement important de travaux effectués sur l'image corporelle et constater qu'ils concernent dans une large proportion le cancer du sein et, de fait, quasi systématiquement les femmes. Bon nombre de ces travaux témoignent des effets de la mastectomie sur le bien-être, l'activité sexuelle et l'image corporelle des patientes [28,60]. Cette « centration » sur le cancer du sein fait de la mastectomie une illustration prototypique de l'enjeu associé à l'image corporelle dans le contexte de la maladie cancéreuse [63].

Toutefois, les phénomènes associés à l'image corporelle dans le contexte de la maladie cancéreuse ne semblent pas être aussi « simples » et « limités » : le lien entre altérations corporelles et image corporelle est complexe, polysémique, voire conditionnel ; il répond à des logiques spécifiques contextualisées. En effet, les répercussions de la maladie et de ses traitements peuvent être influencées par le contexte psychosocial dans lequel elles prennent place.

On peut constater, par exemple, que pour une même atteinte (cf. le cancer du sein), les enjeux peuvent diverger selon le contexte. Ainsi, malgré la profonde modification corporelle qu'entraîne une mastectomie bilatérale, on observe des changements mineurs de l'image corporelle et un faible niveau de détresse psychologique chez les femmes qui y ont recours de manière prophylactique [33,48]. Cette intervention est, en effet, associée à une diminution de l'anxiété concernant le cancer et à une réduction du risque lui-même. Une autre recherche visant à étudier les conséquences psychosociales de la mastectomie auprès de deux groupes de patientes, l'un avec reconstruction mammaire immédiate et l'autre sans reconstruction effectuée, n'a pas observé de différence associée à l'image corporelle [32]. D'autres travaux montrent que les femmes atteintes de cancer du sein peuvent avoir des niveaux de satisfaction corporelle supérieurs à ceux des hommes atteints de cancer ou à ceux des groupes témoins [18,42].

Certaines recherches prenant en compte l'orientation sexuelle des patientes ont montré le rôle joué par celle-ci sur le vécu du diagnostic du cancer du sein [25]. Ainsi, les femmes homosexuelles souffriraient moins que les femmes hétérosexuelles de problèmes associés à l'image corporelle. L'analyse de ces résultats s'appuie sur le fait que l'on observerait dans la culture lesbienne un moindre intérêt pour la taille, le poids et les aspects visuels associés au sein ou à l'apparence physique. D'autres chercheurs notent toutefois que l'on assiste actuellement à une relative

diminution des différences associées à l'image corporelle selon l'orientation sexuelle [59].

De plus, il semble que l'âge joue également un rôle. Les femmes plus jeunes ont un niveau de perturbation de l'image corporelle plus élevé que les femmes plus âgées [34]. On retrouve cette influence de l'âge dans un ensemble de travaux, réalisés en population générale, qui montrent le rôle important de la période de l'adolescence et de la postadolescence sur l'insatisfaction corporelle [31]. Les femmes plus jeunes seraient davantage influencées par les standards corporels véhiculés au niveau sociétal qui visent la promotion de la minceur et celle de la beauté [35].

Chez l'homme, le plus souvent, le cancer du sein entraîne une considération strictement anatomique avec un intérêt tout relatif sur la composante sexuelle, émotive, voire symbolique, associée à cette atteinte [26]. Or, ces hommes développent, au même titre que les femmes, des stratégies pour faire face aux changements esthétiques provoqués par la maladie afin d'éviter d'être objet de stigmatisation [26]. Si les hommes ne considèrent pas que leur cancer du sein remette en cause leur masculinité – alors que la féminité est questionnée [7] –, les effets de la maladie sur leur image corporelle n'en sont pas moins présents [38]. Dans un autre registre concernant un autre type d'atteinte, on peut observer que 6 à 30 % des hommes déclarent des modifications de leur image corporelle à la suite du traitement de leur cancer des testicules [37]. À ce titre, l'implantation d'une prothèse testiculaire permet une amélioration de leur image corporelle [2,36].

Plusieurs dimensions corporelles peuvent être en jeu et complexifier l'analyse des processus associés à l'image corporelle. Par exemple, les patients atteints de cancer peuvent évaluer leur corps en termes d'apparence, mais aussi en termes d'intégrité [16]. Une recherche effectuée auprès de patients diagnostiqués avec un (ou à risques de) mélanome malin a montré que les femmes rapportaient un niveau d'intérêt plus élevé pour l'apparence que les hommes, même si aucune différence en termes d'intégrité corporelle n'était observée [45]. Cette double composante (apparence-intégrité) peut nous permettre de comprendre les effets de la chirurgie conservatrice ou restauratrice. Plus précisément, éclairer le fait que le recouvrement de l'image corporelle est plus long que la perception de la restauration du corps [52] ou que la véritable intégration du changement passe par la modification du sujet tout entier [8].

Récemment, White [64] a proposé un modèle théorique pour appréhender l'image corporelle chez les patients atteints de cancer. Pour celui-ci, le niveau de divergence entre le soi actuel et le soi idéal dépend du niveau d'investissement préalable dans l'apparence. Or, ce niveau d'investissement préalable dépend en grande partie du contexte social dans lequel les individus construisent leur rapport au corps [10,17,31]. En effet, les modifications et altérations corporelles questionnent le « corps social » comme élément

constitutif de l'interaction sociale, de l'identité et de notre manière d'être au monde.

Cette présentation, non exhaustive, de travaux sur l'image corporelle dans le contexte de la maladie cancéreuse souligne, à notre sens, la nécessité d'un travail de contextualisation [15,50,51]. À ce titre, il semble pertinent d'appréhender la question de l'image corporelle des malades atteints de cancer en prenant en compte les cadres psychosociaux qui préexistent à l'expérience de la maladie et qui façonnent le rapport au corps. Ce projet peut s'envisager dans une perspective qui met en tension de façon dynamique l'expérience individuelle-personnelle du corps et les modalités sociales de régulation de cette expérience [19]. Ainsi, ce qui est en jeu dépasse à bien des égards la seule question de l'apparence et des modifications physiques, et interroge les rôles sociaux des patients, leur identité sociale et la valeur communicative du corps.

L'objectif des deux recherches exploratoires que nous avons réalisées était d'interroger l'expérience corporelle de malades du cancer dans une perspective psychosociale visant à questionner l'inscription du corps au cœur des rapports entre appartenances sociales et participations sociales. Plus spécifiquement, nous souhaitons explorer l'impact de la maladie sur l'image corporelle des patients et les pratiques corporelles que ceux-ci mettent en œuvre dans ce contexte. Les pratiques corporelles portent en elles l'histoire sociale et collective [47]. Elles ont comme fonction essentielle celle de « porte identité » [30] et peuvent être de différentes natures : alimentaires, sportives, vestimentaires ou esthétiques [47]. Ces dernières (pratiques esthétiques) retiendront particulièrement notre attention, car elles font l'objet d'une attention particulière dans le cadre des soins de support en oncologie (exemple : mise en place de soins esthétiques au sein des services).

Compte tenu de l'influence du sexe et de celui des stéréotypes de sexe [17,22,31] sur les représentations du corps, l'image corporelle (niveau de satisfaction corporelle) ou les pratiques corporelles, nous avons centré notre analyse sur les différences entre hommes et femmes. Une première hypothèse est que les femmes et les hommes devraient se différencier au niveau de leur niveau de satisfaction corporelle (plus faible chez les femmes), au niveau de leurs pratiques corporelles (plus fréquentes et diversifiées chez les femmes), au niveau de leur degré de préoccupation concernant leur aspect esthétique depuis la maladie (plus élevé chez les femmes) et au niveau des pratiques visant à masquer les changements esthétiques associés à la maladie (mise en œuvre plus importante chez les femmes).

Un deuxième axe d'analyse concerne les liens potentiels entre les différentes composantes de l'image corporelle (satisfaction corporelle, degré de préoccupation associé à l'esthétique), ainsi que les pratiques corporelles avec la qualité de vie (QDV). Si, comme le suggèrent certains

[36,56], l'image corporelle peut être envisagée comme un élément de la QDV des patients atteints de cancer, on peut supposer qu'existent, d'une part, des liens entre la QDV et l'image corporelle, d'autre part, des liens probables entre pratiques corporelles et QDV.

À titre exploratoire, nous souhaitons également explorer les liens éventuels entre image corporelle, QDV et estime de soi. En effet, de nombreux travaux ont mis en évidence le lien entre image corporelle et estime de soi [17,31]. Celles-ci montrent qu'un niveau élevé de satisfaction corporelle est associé à un haut niveau d'estime de soi chez les hommes et les femmes. De plus, l'estime de soi constitue un indicateur clé du bien-être psychologique [55]. Pour ces différentes raisons, l'analyse du rôle potentiel de l'estime de soi peut se révéler pertinente pour l'analyse de l'expérience de la maladie cancéreuse.

Dans une perspective complémentaire, nous souhaitons initier une réflexion sur les logiques qui président à la participation à des soins de support qui prennent pour cadre la composante esthétique du corps malade. Il s'agissait, plus spécifiquement, d'étudier, à travers les discours tenus par les participantes à des groupes de paroles, les éléments relevant de l'image du corps et d'appréhender leur rôle potentiel dans la participation à ce type de soins.

Méthode

Avant-propos sur la démarche de recherche

Deux recherches distinctes ont été effectuées au sein du service d'oncologie médicale du centre hospitalier universitaire (CHU) de la Timone à Marseille. Une première recherche exploratoire par questionnaire a été réalisée afin d'évaluer diverses composantes de l'expérience corporelle chez des malades du cancer en prenant en compte le sexe comme variable explicative de référence. La seconde recherche, de type qualitatif, s'est effectuée au sein d'ateliers esthétique et a consisté en l'analyse des discours produits lors des groupes de paroles de ces ateliers.

Ce dispositif de recherche s'inscrit dans une démarche de triangulation [21]. Autrement dit, il repose sur un principe de validation des résultats par la combinaison de différentes méthodes visant à vérifier la profondeur et la complexité des observations [5]. Ainsi, les connaissances produites sur l'objet étudié à travers une approche méthodologique particulière peuvent se révéler heuristiques dans l'analyse de données issues d'autres démarches méthodologiques et, de fait, permettre de leur apposer différents niveaux d'interprétation. Ce type de dispositif permet d'effectuer une lecture multiniveaux de l'objet d'étude considéré. Dans le cas présent, ce dispositif méthodologique nous a permis de disposer d'un double éclairage sur notre problématique.

Double éclairage reposant sur la triangulation des données (utilisation de différents types de données recueillies par différents chercheurs) et sur la triangulation méthodologique (utilisation de différentes méthodes et techniques pour étudier un même phénomène particulier). Nous allons maintenant détailler, plus précisément, le dispositif méthodologique de chacune de ces recherches.

Recherche par questionnaire

Nous avons élaboré un questionnaire comprenant trois échelles et des questions relatives aux atteintes corporelles associées à la maladie, leur vécu et aux pratiques corporelles des patients. La première échelle, le questionnaire d'image corporelle (QIC) [13,42] est un outil en langue française qui permet de mesurer la satisfaction corporelle des individus. Cette échelle comprend 19 propositions. Les réponses sont données sur des échelles bipolaires en cinq points qui proposent des termes antithétiques. Par exemple, les individus sont invités à se positionner sur un axe « corps physiquement attirant » versus « non attirant ». La sommation des réponses permet d'obtenir un score total de satisfaction corporelle compris entre 19 et 95. Le score moyen de satisfaction corporelle de notre échantillon est de 62,17 (\pm 13,08). La consistance interne de l'échelle se situe à $\alpha = 0,88$. Nous avons fait le choix d'utiliser cet outil plutôt que la Body Image Scale (BIS) [34]. La BIS développée pour évaluer l'image corporelle des patients atteints de cancer, car malgré sa traduction-adaptation récente en français [12], cette échelle n'est pas encore validée.

La deuxième échelle utilisée est l'inventaire d'estime de soi sociale (IESS) [29,43]. Cette échelle permet d'évaluer un aspect unique de l'estime de soi : l'estime de soi en situation sociale. Il s'agit d'un autoquestionnaire composé de 30 items. Le sujet évalue le degré de similarité existant entre lui et la description de chaque situation par l'intermédiaire d'une échelle en six points de type Lickert allant de « complètement différent de moi » à « exactement comme moi » (exemple : je me fais des ami(e)s facilement). Chaque sujet obtient un score total qui peut varier de 30 à 180. Un score élevé indique une bonne estime de soi sociale. Le score moyen de satisfaction corporelle de notre échantillon est de 101,39 (\pm 22,31). La consistance interne de l'échelle se situe à $\alpha = 0,88$.

La troisième échelle utilisée est le QLQ-C30. Il s'agit d'un questionnaire de QDV développé par l'European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) [1]. Cette version de base du QLQ-C30 comporte cinq échelles de type fonctionnel :

- 1-fonctions physiques ($n = 5$), exemple « Avez-vous des difficultés à faire une longue promenade ? » ;
- 2-activités ($n = 2$), exemple « Avez-vous été gêné(e) dans vos activités de loisirs ? » ;

- *3-fonctions cognitives* ($n = 2$), exemple « Avez-vous des difficultés pour vous souvenir de certaines choses ? » ;
- *4-fonctions émotionnelles* ($n = 4$), exemple « Vous êtes-vous fait du souci ? » ;
- *5-fonctions sociales* ($n = 2$), exemple « Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gêné(e) dans votre vie familiale ? ».

Le QLQ-C30 comprend également des échelles de symptômes (fatigue, douleur et nausées-vomissements, dyspnée, perte d'appétit, insomnie, constipation et diarrhée), une mesure globale de la QDV (deux items) et une question sur l'impact financier perçu, associé à la maladie. Les différents scores – se situant entre 0 et 100 – pour chacune des échelles ont été obtenus en suivant les procédures décrites dans le manuel de l'EORTC [24].

Ensuite, le questionnaire comportait un ensemble de questions portant sur les atteintes corporelles associées à la maladie et leur vécu : degré de préoccupation associé à l'apparence depuis la maladie et changements observés (Annexe A). D'autres questions portaient plus spécifiquement sur les pratiques corporelles et/ou esthétiques mises en œuvre : masquage des changements esthétiques, type de soins ou activités, niveau de mise en œuvre, parties du corps concernées, fréquence et durée. Cet ensemble de questions a été élaboré avec des esthéticiennes intervenant dans le cadre du service.

Ce questionnaire a été proposé (par un psychologue stagiaire) à l'ensemble des patients hospitalisés au sein du service d'oncologie médicale du CHU de la Timone sur une durée de quatre mois, sans distinction associée au type de pathologie et/ou de localisation de la tumeur. Ce choix repose sur la nature exploratoire de cette phase de la recherche. Au total, 42 patients ont rempli ce questionnaire dont une majorité de femmes ($n = 23$; 54,7 %). Le sexe constituant une variable de référence incontournable dans le questionnement de l'image corporelle [17,31], nous avons, par conséquent, fait le choix d'explorer ces différents niveaux d'expériences et de vécus corporels en privilégiant une analyse des différences entre hommes et femmes.

Recherche qualitative sur les groupes de parole

Ateliers esthétiques du CHU de la Timone

Depuis trois ans, l'équipe soignante du service d'oncologie médicale du CHU de la Timone a mis en place des ateliers esthétiques destinés aux patients du service. Ces ateliers répondent aux besoins d'une prise en compte des répercussions psychosociales de la maladie cancéreuse et s'inscrivent dans le cadre du plan cancer qui prévoit, entre autres, d'accroître les soins de support.

Les ateliers du CHU de la Timone sont ouverts à tous les patients qui le désirent. Ils se déroulent sur un après-midi une fois par mois. Une information préalable est effectuée auprès de l'ensemble des patients du service. Trois temps différents ponctuent les ateliers. Dans un premier temps, un médecin dermatologue exerçant dans le service réalise un exposé sur les effets de la maladie et des thérapeutiques sur la peau. Il répond aux questionnements et préconise des comportements de santé adaptés à chaque personne (exposition au soleil, produits cosmétiques, etc.). Dans un deuxième temps, deux infirmières préalablement formées aux soins esthétiques proposent des soins du visage et du corps. Les gestes sont montrés et expliqués, et les participants sont invités à les reproduire pendant mais aussi après les ateliers. Enfin, dans un troisième temps, les patients qui le désirent peuvent participer à un groupe de parole qui dure près d'une heure. Il est conduit par un psychologue clinicien selon les principes de la psychothérapie de groupe de type soutien-expression. Ce type de pratique a pour but d'aider le développement de l'ouverture aux sentiments et émotions. Le psychologue écoute et encourage les personnes à exprimer leur vécu, non pas dans la recherche de la cause du sentiment, mais dans le contenu de celui-ci. Les interactions entre les participants sont favorisées afin d'initier un partage d'expériences.

Échantillon

Au total, 13 patientes (aucun homme n'a souhaité participer) ont participé aux sept ateliers qui se sont déroulés pendant l'année 2007. En moyenne, 4,57 patientes ont participé à la première partie des ateliers (intervention du médecin et soins esthétiques) et 3,2 aux groupes de paroles (six patientes différentes). L'âge des participantes s'échelonne de 19 à 70 ans (moyenne = 50,72 ; écart-type [ET] = 14,6). Dix femmes souffrent d'un cancer du sein (dont deux sont métastatiques), une femme est atteinte d'un cancer de l'utérus métastatique pulmonaire, une femme souffre d'un cancer de la gorge et une autre est atteinte d'un cancer du médiastin métastatique pulmonaire. Pour huit patientes, il s'agit d'une primo-atteinte et l'on compte cinq patientes souffrant d'une récurrence. Pour une d'entre elles, la récurrence concerne un autre organe que celui atteint antérieurement.

Méthode

Comme nous l'avons indiqué précédemment, un groupe de parole était mis en place à la suite des interventions du médecin et des infirmières au sein des ateliers esthétiques. L'ensemble de ces groupes ($n = 7$) a fait l'objet d'un enregistrement audio après accord des participantes. Dans un deuxième temps, ceux-ci ont été intégralement retranscrits et

ont fait l'objet d'une analyse informatisée avec le logiciel Alceste[®].

Le logiciel Alceste[®] prend en compte les lois de distribution du vocabulaire dans les énoncés d'un corpus comme une trace linguistique d'un travail cognitif de reconstruction de sens sur un objet considéré. Il regroupe les énoncés – dans le cas présent les interactions produites lors des groupes de parole – en classe d'énoncés ou classe de discours par proximité du vocabulaire [57]. Ces classes de discours sont caractérisées par des mondes lexicaux, c'est-à-dire par une distribution différenciée du vocabulaire. Ces mondes lexicaux sont la trace la plus prégnante du travail de reconstruction cognitive de l'objet du discours. Ces derniers, reconstitués sous forme de classes de discours, vont pouvoir être regroupés sous forme de thèmes [40]. Plus spécifiquement, Alceste[®] procède à un découpage du texte en énoncés ou unité de contexte élémentaire (UCE) et explore la distribution du vocabulaire dans ces UCE pour extraire du corpus des *classes lexicales* possédant un vocabulaire propre. Le profil de chaque classe correspond à l'ensemble des mots les plus significativement présents dans celle-ci.

Plusieurs types d'informations sont disponibles à l'issue de l'analyse. D'une part, chacune des classes est marquée par la présence de termes qui permettent, après analyse interprétative, l'émergence du thème général de chaque classe. De manière complémentaire, on peut identifier si un groupe donné est plus ou moins associé à une classe de discours. D'autre part, on peut observer que ces différentes classes de discours disposent d'une importance variable par rapport à l'ensemble du discours produit (pourcentage par rapport au discours total).

Le degré d'appartenance d'un mot et/ou d'une variable (ici le groupe de parole) à une classe est calculé par un χ^2 d'association. Le χ^2 d'association est l'indice du coefficient d'association d'un mot à une classe. Autrement dit, chaque mot associé par l'analyse à une classe l'est sur la base d'un test du χ^2 significatif ($p \leq 0,05$). Plus il est élevé, plus il témoigne de l'association d'un mot ou d'une modalité de variable à la classe de discours.

Résultats

Recherche par questionnaire

Impact de la maladie, pratiques et vécus associés au corps, estime de soi sociale et QDV

Une série de questions portait sur les soins corporels. Dans un premier temps, il a été demandé aux patients si leurs soins corporels avaient changé depuis l'apparition de la maladie.

On peut constater qu'une majorité d'hommes ($n = 12$; 66,6 %) et de femmes ($n = 13$; 56,5 %) déclare ne pas avoir opéré de changement au niveau des soins corporels. Une minorité déclare moins de soins (12,2 % des hommes et 17,4 % des femmes). Enfin, un quart des hommes (26,9 %) et des femmes (26,1 %) déclarent effectuer davantage de soins corporels (Tableau 1).

Une majorité d'hommes ($n = 14$; 77,8 %) déclare ne pas « masquer » les changements esthétiques issus de la maladie, alors qu'une majorité de femmes ($n = 16$; 69,6 %) déclare les masquer. À titre complémentaire, on peut observer que les modalités de cette pratique diffèrent selon le sexe des patients. Près de sept femmes sur dix (68,2 versus 16,7 % des hommes) déclarent effectuer ces masquages hors de leur domicile et face à des inconnu(e)s (68,2 versus 11,1 % des hommes) et près d'une sur deux (45,5 %) effectue ces masquages devant des ami(e)s (45,5 versus 11,1 % des hommes).

Une autre question portait sur les parties du corps qui font l'objet de soins habituellement. Les hommes et les femmes privilégient, en tout premier lieu, le visage ; suivent, dans une moindre mesure, les mains et les cheveux. On peut noter une différence notable concernant les jambes qui font l'objet de soins pour un tiers des femmes, alors qu'aucun homme ne déclare s'en occuper. Parmi les activités de type esthétique, on peut constater que les hommes privilégient particulièrement l'habillement, qui se trouve au même niveau que la coiffure et les soins du visage chez les femmes.

Une question portait sur la fréquence quotidienne des soins esthétiques. Un homme sur deux (50 %) n'effectue pas de soins chaque jour, et près d'un sur deux (44,4 %) déclare en effectuer au moins une fois par jour. Les femmes sont peu nombreuses à n'effectuer aucun soin quotidien (17,4 %). Près de quatre sur dix (39,1 %) en effectuent au moins une fois par jour, et une proportion proche (43,5 %) en effectue au moins deux fois par jour. Enfin, deux tiers des hommes (66,6 %) passent dix minutes ou moins par jour à effectuer des soins de ce type, alors que les deux tiers des femmes (65,2 %) déclarent passer plus de dix minutes par jour à effectuer ces mêmes soins (Tableau 1).

Une série d'analyses statistiques (*t* de Student)¹ a été effectuée afin de comparer le profil psychosocial (image corporelle, estime de soi sociale), la QDV et certaines pratiques et vécus associés à l'esthétique entre hommes et femmes. On peut constater (Tableau 2) que ces deux groupes de patients ne se distinguent pas selon leur score de satisfaction corporelle, leur estime de soi sociale, le nombre d'effets secondaires ressentis et leur degré de préoccupation vis-à-vis de leur aspect esthétique depuis la maladie. Par

¹ Pour ces tests, les différences sont considérées significatives au seuil de 5 %, soit $p \leq 0,05$.

Tableau 1 Soins corporels, masquage des changements esthétiques, parties du corps objets de soins et activités de soins esthétiques selon le sexe

	Total n (%)	Hommes n (%)	Femmes n (%)
<i>Changement des soins corporels depuis la maladie</i>			
Aucun changement	25 (60,9)	12 (66,6)	13 (56,5)
Moins de soins	5 (12,2)	1 (5,7)	4 (17,4)
Plus de soins	11 (26,9)	5 (27,7)	6 (26,1)
<i>Masquage des changements esthétiques</i>			
Oui	20 (48,8)	4 (22,2)	16 (69,6)
Non	21 (51,2)	14 (77,8)	7 (30,4)
<i>Masquage hors du domicile</i>			
Oui	18 (45,0)	3 (16,7)	15 (68,2)
Non	22 (55,0)	15 (83,3)	7 (31,8)
<i>Masquage face à des inconnu(e)s</i>			
Oui	17 (42,5)	2 (11,1)	15 (68,2)
Non	23 (57,5)	16 (88,9)	7 (31,8)
<i>Masquage face à des ami(e)s</i>			
Oui	12 (30,0)	2 (11,1)	10 (45,5)
Non	28 (70,0)	16 (88,9)	12 (54,5)
<i>Parties du corps faisant l'objet de soins^a</i>			
Visage	27 (64,2)	10 (52,6)	17 (60,8)
Mains	15 (35,7)	6 (31,5)	9 (39,1)
Cheveux	12 (28,5)	4 (21)	8 (34,6)
Jambes	8 (19)	0 (0)	8 (34,6)
Pieds	7 (16,6)	3 (15,7)	4 (17,3)
Ventre	7 (16,6)	3 (15,7)	4 (17,3)
Bras	7 (16,6)	3 (15,7)	4 (17,3)
Poitrine	4 (9,5)	0 (0)	4 (17,3)
Dos	3 (7,1)	2 (10,5)	1 (4,3)
<i>Activités de type esthétique^b</i>			
Habillement	22 (52,3)	10 (52)	12 (52)
Coiffure	16 (38,1)	4 (21)	12 (52)
Soins du visage	16 (38,1)	4 (21)	12 (52)
Maquillage	9 (21,4)	0 (0)	9 (39,1)
<i>Fréquence quotidienne des soins esthétiques</i>			
Aucun	13 (31,7)	9 (50)	4 (17,4)
1 fois par jour	17 (42,5)	8 (44,4)	9 (39,1)
2 fois et plus par jour	11 (26,8)	1 (5,6)	10 (43,5)
<i>Temps passé à effectuer des soins chaque jour</i>			
≤ 10 minutes	20 (48,7)	12 (66,6)	8 (34,8)
> 10 minutes	21 (51,3)	6 (33,3)	15 (65,2)

^a Les pourcentages indiquent la proportion de patient(e)s ayant sélectionné la partie du corps considérée comme faisant partie des trois parties du corps qui font l'objet du plus d'attention parmi une liste de neuf parties du corps.

^b Les pourcentages indiquent la proportion de patient(e)s ayant sélectionné l'activité considérée comme faisant partie des trois activités les plus importantes parmi une liste de cinq activités.

contre, les femmes ont un niveau d'utilisation de produits cosmétiques significativement plus élevé (4,3 versus 1,8 ; $p < 0,001$). Concernant les dimensions de la QDV, on peut constater que seules les fonctions cognitives sont

significativement plus élevées (82,4 versus 61,5 ; $p = 0,03$) chez les hommes. Concernant les différentes catégories de symptômes évalués par la QLQ-C30, aucune différence significative n'est observée (Tableau 2).

Tableau 2 Pratiques et vécus associés à l'esthétique, satisfaction corporelle, estime de soi sociale et qualité de vie selon le sexe

	Total (n = 42)	Hommes (n = 19)	Femmes (n = 23)	p
	M (ET)	M (ET)	M (ET)	
Niveau d'utilisation de produits cosmétiques ^a	3,2 (1,8)	1,8 (1,1)	4,3 (1,6)	< 0,001
Degré de préoccupation associé à l'esthétique depuis la maladie ^b	5,4 (2,8)	4,8 (2,7)	6 (3,1)	0,20
Satisfaction corporelle (QIC)	62,1 (13,1)	63 (12,1)	61,4 (14)	0,71
Estime de soi sociale (IESS)	101,3 (22,3)	98 (22,3)	104 (22,4)	0,40
<i>Dimensions de la qualité de vie (QLQ-C30)^c</i>				
Fonctions physiques	75,2 (19,3)	77,5 (17,9)	73,3 (20,5)	0,48
Activités (travail, loisirs)	59,1 (31)	59,6 (31)	58,6 (31,7)	0,92
Fonctions émotionnelles	61,3 (32,3)	71 (31,8)	53,2 (31,1)	0,07
Fonctions cognitives	71 (32,9)	82,4 (25,1)	61,5 (36)	0,03
Fonctions sociales	65,4 (29,7)	61,4 (28,8)	68,8 (30,6)	0,42
Qualité de vie globale	45,2 (23,1)	46 (17,6)	44,5 (27,2)	0,83
<i>Symptômes (QLQ-C30)^d</i>				
Fatigue	47 (27)	46,7 (27,6)	47,3 (27,2)	0,94
Nausées-vomissements	85,7 (20,6)	83,3 (24,8)	87,6 (16,8)	0,50
Douleur	67,8 (34)	70,1 (34,5)	65,9 (34,2)	0,69
Dyspnée	42,8 (34,7)	49,1 (32,1)	37,6 (36,6)	0,29
Insomnie	35,7 (37)	35 (37,6)	36,2 (37,4)	0,92
Perte d'appétit	26,9 (34,7)	33,3 (35,1)	21,7 (34,2)	0,28
Constipation	37,3 (32,2)	35 (34,1)	39,1 (31,2)	0,69
Diarrhée	17 (28)	10,5 (22,3)	22,7 (31,5)	0,16
Difficultés financières	24,6 (33,7)	29,8 (33,1)	20,2 (34,4)	0,36

^a Sur une échelle en six points allant de 1 « Jamais » à 6 « Très souvent ».

^b Sur une échelle en dix points allant de 1 « Aucune préoccupation » à 10 « Préoccupation majeure ».

^c Un score élevé témoigne d'une bonne qualité de vie dans ces dimensions. Les scores théoriques varient de 0 à 100.

^d Un score élevé pour les symptômes témoigne de l'intensité de ces symptômes. Les scores théoriques varient de 0 à 100.

Liens entre les différentes variables

Des matrices de corrélation ont été calculées (Tableau 3), une pour les hommes et une pour les femmes, afin d'apprécier les liens entre, d'une part, les différentes dimensions de la QDV, l'estime de soi sociale, la satisfaction corporelle, le nombre d'effets secondaires ressentis, le degré de préoccupation associé à l'esthétique depuis la maladie et, d'autre part, le niveau d'utilisation de produits esthétiques.

Pour les hommes, le degré de préoccupation associé à l'esthétique depuis la maladie est positivement corrélé avec fonctions physiques ($r = 0,46$; $p < 0,05$) et négativement avec les fonctions émotionnelles ($r = -0,58$; $p < 0,01$). On peut également observer des corrélations entre différentes dimensions du QLQ-C30 : les fonctions « activités » sont positivement corrélées avec les fonctions cognitives ($r = 0,74$; $p < 0,01$), avec les fonctions sociales ($r = 0,62$; $p < 0,01$) et négativement avec la QDV globale ($r = -0,70$; $p < 0,01$). Les fonctions cognitives sont positivement corrélées avec les fonctions émotionnelles ($r = 0,74$; $p < 0,01$) et les fonctions sociales ($r = 0,46$; $p < 0,05$).

Enfin, la QDV globale est négativement corrélée avec les fonctions cognitives ($r = -0,51$; $p < 0,05$).

Pour les femmes, la satisfaction corporelle est positivement corrélée avec les fonctions physiques ($r = 0,52$; $p < 0,05$), les fonctions émotionnelles ($r = 0,63$; $p < 0,01$), les fonctions cognitives ($r = 0,46$; $p < 0,05$) et les fonctions sociales ($r = 0,53$; $p < 0,05$). Les fonctions émotionnelles sont positivement corrélées avec les fonctions « activités » ($r = 0,43$; $p < 0,05$), les fonctions cognitives ($r = 0,61$; $p < 0,01$), les fonctions sociales ($r = 0,58$; $p < 0,01$), le niveau d'utilisation de produits cosmétiques ($r = 0,42$; $p < 0,05$) et négativement avec la QDV globale ($r = -0,51$; $p < 0,05$). Les fonctions physiques sont positivement corrélées avec les fonctions « activités » ($r = 0,62$; $p < 0,01$) ; les fonctions sociales sont positivement corrélées avec les fonctions cognitives ($r = 0,79$; $p < 0,01$) et négativement avec la QDV globale ($r = -0,48$; $p < 0,05$). Enfin, le degré de préoccupation associé à l'esthétique depuis la maladie est négativement corrélé avec les fonctions cognitives ($r = -0,42$; $p < 0,05$) et les fonctions sociales ($r = -0,52$; $p < 0,05$), et positivement avec la QDV globale ($r = 0,58$; $p < 0,01$) (Tableau 3).

Tableau 3 Corrélations entre les variables

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Estime de soi sociale		-0,25	-0,15	0,23	0,31	0,22	0,21	-0,10	-0,38	-0,04
2. Satisfaction corporelle	-0,23		0,05	-0,19	0,03	-0,11	-0,11	-0,29	-0,06	-0,05
3. Fonctions physiques	0,18	0,52*		0,32	-0,28	0,10	0,31	-0,43	0,46*	0,12
4. Activités	0,08	0,31	0,62**		0,44	0,74**	0,62**	-0,70**	-0,07	0,09
5. Fonctions émotionnelles	0,05	0,63**	0,33	0,43*		0,74**	0,37	-0,29	-0,58**	-0,32
6. Fonctions cognitives	0,01	0,46*	0,40	0,20	0,61**		0,46*	-0,51*	-0,22	-0,11
7. Fonctions sociales	-0,03	0,53*	0,39	0,31	0,58**	0,79**		-0,43	-0,30	-0,14
8. Qualité de vie globale	-0,16	-0,39	-0,27	-0,30	-0,51*	-0,26	-0,48*		-0,02	0,01
9. Degré de préoccupation associé à l'esthétique depuis la maladie	-0,05	-0,25	-0,11	-0,27	-0,33	-0,42*	-0,52*	0,58**		0,31
10. Niveau d'utilisation de produits esthétiques	0,10	0,31	0,30	0,10	0,42*	0,24	0,24	-0,15	-0,09	

Le triangle supérieur (en grisé) concerne les résultats des hommes, le triangle inférieur les résultats pour les femmes ; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Groupes de parole

Analyse globale des classes de discours

L'analyse des propos échangés au cours des groupes de paroles des ateliers esthétiques avec le logiciel Alceste[®] a mis en évidence quatre classes de discours qui sont autant de dimensions thématiques (Tableau 4).

Classe 1 : parcours médical, histoire de la maladie Cette classe lexicale représente 124 UCE, soit 17,5 % de l'ensemble du discours. Les éléments les plus prégnants dans cette classe sont *docteur* ($Chi^2 = 74,77$), *aller* ($Chi^2 = 46,15$), *mari* ($Chi^2 = 32,52$), *suite* ($Chi^2 = 28,60$), *appeler* ($Chi^2 = 74,77$), *perdu* ($Chi^2 = 27,52$) et *rendez-vous* ($Chi^2 = 13,66$). Cette classe fait référence au parcours médical et à l'histoire de la maladie. Sont identifiables à la fois des éléments constitutifs de la prise en charge, sa temporalité et les interventions réalisées. D'autres éléments rendent compte de l'environnement socioaffectif avec l'évocation des membres de la famille. Enfin, plusieurs termes font état du vécu de la maladie sous l'angle privilégié des difficultés rencontrées. Cette classe de discours est plus spécifiquement associée au quatrième groupe de parole ($Chi^2 = 116,28$). Autrement dit, si cette thématique peut être abordée au sein des différents groupes de paroles, elle est toutefois plus spécifique au groupe de parole du quatrième atelier. Des extraits d'entretiens sélectionnés au cours de l'analyse comme spécifiques aux classes de discours sont présentés dans le Tableau 5.

Classe 2 : ateliers, groupes de parole La deuxième classe de discours représente 418 UCE, soit 58,9 % du discours total. Elle est la classe de discours la plus importante. Les éléments les plus prégnants sont *moment* ($Chi^2 = 31,62$),

atelier ($Chi^2 = 23,41$), *parler* ($Chi^2 = 26,14$), *esthétique* ($Chi^2 = 23,80$) et *donner* ($Chi^2 = 15,36$). Cette classe de discours porte sur les ateliers à proprement parlé, avec une centration sur le groupe de parole. On retrouve un sous-thème majeur qui inclue les diverses activités et apports des ateliers et qui in fine contribue à en dresser le cadre définitoire. Sont également évoquées les différentes catégories de participants. Enfin, un sous-thème fait état d'éléments spatiotemporels qui caractérisent le déroulement des ateliers. Cette classe de discours est associée à de nombreux groupes de parole, le premier ($Chi^2 = 67,65$), le deuxième ($Chi^2 = 76,47$), le troisième ($Chi^2 = 75,64$), le cinquième ($Chi^2 = 70,65$) et le septième ($Chi^2 = 66,67$).

Classe 3 : image corporelle La troisième classe de discours (13,8 % du discours total, 98 UCE) est très largement marquée par le thème de l'image corporelle et les conséquences psychosociales associées aux modifications corporelles. L'alopécie occupe une place majeure dans cette classe. Les termes les plus associés à cette classe de discours sont *cheveux* ($Chi^2 = 216,81$), *raser* ($Chi^2 = 126,58$), *repousser* ($Chi^2 = 122,22$), *coiffeur* ($Chi^2 = 52,98$) et *couper* ($Chi^2 = 37,36$). Sont évoquées les stratégies mises en œuvre pour faire face à la chute des cheveux, ainsi que les effets que les modifications corporelles peuvent avoir sur soi et autrui. Enfin, certains éléments font état de modifications et altérations corporelles plus « conséquentes » en lien avec les interventions médicales. Cette classe de discours est plus spécifiquement associée aux premier ($Chi^2 = 19,12$) et sixième groupes de parole ($Chi^2 = 53,57$).

Classe 4 : vie quotidienne, QDV La quatrième classe de discours est la plus petite (9,8 % du discours total, 70 UCE). Les éléments les plus prégnants sont *acheter* ($Chi^2 = 64,64$), *forcer* ($Chi^2 = 56,15$), *maison* ($Chi^2 = 46,69$), *dormir*

Tableau 4 Classes de discours issues de l'analyse Alceste[®]

Numéro de la classe de discours	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4
Thème général de la classe	<i>Parcours médical Histoire de la maladie</i>	<i>Les ateliers Les groupes de parole</i>	<i>L'image corporelle</i>	<i>Vie quotidienne Qualité de vie</i>
Pourcentage par rapport au discours total	17,5 %	58,9 %	13,8 %	9,8 %
Variables associées	Groupe 4	Groupes 1, 2, 3, 5 et 7	Groupes 1 et 6	Groupes 3 et 4
Sous-thèmes	Parcours médical Docteur, professeur, examen, rendez-vous, hôpital, opérer, greffer, reconstruction, ... L'entourage Mari, famille, fils, fille, frère, maman, enfant, ... Vécu Souffrir, perdu, vécu, peine, vomir, psychologique, besoin, ...	Définition Ateliers, esthétique, donner, parler, apprendre, connaître, partager, maquiller, retrouver, rire, ... Les participants Personne, malade, gens, proche, infirmière, médecin, ... Éléments spatiotemporels Moment, temps, occasion, après-midi, ...	Les cheveux Cheveux, raser, repousser, coiffeur, couper, tomber, ... Effets psychosociaux Choquer, gêne, surprise, ressentir, surprendre, imaginer, ...	Activités Sortir, acheter, descendre, dormir, manger, marcher, porter, ... Limitations Fatigue, lourd, porter, allongé, peur, ...

Tableau 5 Sélection d'extraits d'entretiens significativement associés à chaque classe de discours

Classe 1 Parcours médical Histoire de la maladie	« Mon fils, il était catastrophé, après il a été voir le docteur. D'après mon fils, on lui aurait dit que j'étais perdue, qu'il y avait pas de chance que je m'en sorte et mon fils, il l'a très très mal vécu. » « Et puis j'ai dit on attendra après-demain, on ira voir mon docteur, comment dire, je suis allée voir mon docteur de famille, il m'a vu, il a pris de suite rendez-vous avec le chirurgien et tout pour aller faire une biopsie. »
Classe 2 Les ateliers Les groupes de parole	« Partant de là, on peut se dire qu'à un moment donné ce lieu-là il est pour vous mais aussi il y a des gens qui vous connaissent qui peuvent se sentir concernés par cette question, l'esthétique et qu'on peut partager quelque chose ensemble. » « Voila, que les gens puissent parler. Ce n'est pas plus grave que les gens malades du cœur. Y'a plein de maladies. Mais seulement, ce mot ça fait peur. »
Classe 3 L'image corporelle	« Jamais j'aurais cru que c'était comme ça moi. Mais en revanche, je me suis préparée. Je n'ai pas attendu que mes cheveux tombent avec des cheveux longs. J'ai commencé à les couper courts, de plus en plus courts. » « J'avais parfois envie de me raser la tête, bon, j'en avais pas vraiment envie, je l'aurais jamais fait. Mais enfin pour respirer tout ça et c'est vrai que quand j'avais plus de cheveux j'étais bien. »
Classe 4 Vie quotidienne Qualité de vie	« Je suis vite essoufflée, fatiguée, fatiguée, voila. C'est surtout ça, c'est différent. On y arrive pas, on a plus la force de la marche. » « On recommence à manger, on recommence à descendre au village. Je revois tous mes petits commerçants, tout le monde que je connais donc c'est plus agréable que de rester chez soi et de dormir parce qu'on n'a pas la force de regarder la télé et encore bien moins de lire. »

($\chi^2 = 36,78$) et *descendre* ($\chi^2 = 30,16$). Cette classe a pour thème la vie quotidienne et plus spécifiquement les limitations et altérations de cette vie quotidienne du fait de la maladie. Autrement dit, c'est un discours plus global sur la QDV qui est, ici, mis en avant. Cette classe de discours est davantage associée aux troisième ($\chi^2 = 14,05$) et quatrième ($\chi^2 = 21,95$) groupes de parole (Tableaux 3 et 4).

Analyse des segments répétés (SR)

Le logiciel Alceste[®] effectue une autre opération qui consiste en l'analyse des SR dans le corpus. Il propose ainsi les 20 SR les plus fréquents pour chacune des classes. L'analyse de ces SR est heuristique parce qu'elle permet d'appréhender les formes les plus récurrentes présentes dans

chacune des classes de discours et le registre discursif qui peut leur être associé. Ainsi, l'analyse de ces SR illustre un aspect particulier de la forme que prend le discours dans les ateliers. Plus précisément, on peut constater qu'un bon nombre de SR relèvent d'une parole à la première personne du singulier (ex. : *j'ai, je suis, ...*). Ces formes syntaxiques sont particulièrement présentes dans la quatrième classe de discours (*vie quotidienne, QDV* ; $n = 8$). Elles sont un peu moins nombreuses dans la première classe (*parcours médical, histoire de la maladie* ; $n = 6$), la troisième classe (*l'image corporelle* ; $n = 5$) et la deuxième classe (*les ateliers, les groupes de parole* ; $n = 4$). De manière complémentaire, on peut noter que l'usage de pronoms personnels indéfinis (exemple : *on*) est réduit (deux pour la quatrième classe, un pour la première classe et aucun pour la troisième classe) à l'exception de la deuxième classe de discours (*les ateliers, les groupes de parole*) qui en compte quatre, soit autant que de formes utilisant des pronoms personnels à la première personne du singulier. L'analyse de l'utilisation des pronoms est importante parce qu'elle nous donne à voir plusieurs facettes du sujet et l'inscription, plus ou moins marquée de ce dernier, dans un référentiel individuel et/ou collectif lorsqu'il est en situation de communication au sein des groupes de parole.

Discussion

Au préalable, il nous semble important de souligner certaines limites inhérentes à ces travaux. La première concerne les effectifs réduits, notamment en ce qui concerne la recherche par questionnaire. Une autre limite tient au fait que les différentes pathologies cancéreuses n'ont pas été relevées lors de la recherche par questionnaire. Elles auraient pu nous aider éventuellement à mieux appréhender certaines spécificités inhérentes aux différentes atteintes.

Pratiques corporelles, image corporelle et QDV

Un certain nombre d'éléments de discussion peuvent être mis en perspective à partir de l'analyse de l'ensemble des données. Dans un premier temps, il nous semble important de commenter les résultats associés aux pratiques corporelles. On peut constater que ces pratiques sont différentes selon le sexe des patients. Ainsi, les femmes déclarent consacrer davantage de temps que les hommes à ces pratiques, mais aussi y avoir recours plus fréquemment. De même, la palette d'activités est plus large pour les femmes. Elle ne se limite pas quasi exclusivement à l'habillement, comme c'est le cas pour les hommes. Dans un registre complémentaire, elles vont « investir » des parties du corps qui ne le sont pas ou moins par les hommes (les jambes, les cheveux). Ces pratiques esthétiques et/ou cosmétiques

dressent et délimitent le cadre dans lequel peuvent s'envisager les pratiques corporelles durant la maladie.

Ces résultats sont à rapprocher d'observations similaires sur la différenciation des pratiques esthétiques selon le sexe et qui soulignent l'importance du genre pour l'analyse de ces pratiques [27,47]. À ce titre, les différences observées, en termes de pratiques esthétiques, sont à replacer dans un contexte plus large que la maladie, car elles ne s'inscrivent pas forcément dans le vécu de la maladie. Autrement dit, la maladie n'explique pas, de manière exclusive, les différences de pratiques, car celles-ci préexistent à la maladie dans leur forme et leur sens. Plus précisément, ces pratiques existent avant d'être malade. D'ailleurs, seul un quart des femmes ou des hommes interrogés déclarent avoir modifié leurs pratiques esthétiques (Tableau 1). Toutefois, l'expérience de la maladie permet de mettre en lumière le sens ou l'utilité de ces pratiques préexistantes dans un contexte particulier. Ainsi, l'utilisation de produits cosmétiques peut être appréhendée comme une stratégie d'ajustement de type psychique, car elle est corrélée aux fonctions émotionnelles de la QDV chez les femmes. Ainsi, un niveau plus élevé d'activités visant à prendre soin de son corps pourrait être appréhendé comme une des modalités du combat face à la maladie. Combat visant à maintenir une apparence défiant les effets de la maladie et à se constituer un « capital bien-être ». Toutefois, on peut aussi envisager que le fait de se sentir bien émotionnellement puisse contribuer à « s'occuper » davantage de soi. L'interrogation des fonctions attribuées aux pratiques esthétiques – incluant le sens accordé à leur niveau d'utilisation – permettrait de clarifier cette interrogation. Dans un registre complémentaire, le masquage des modifications corporelles est essentiellement féminin. Ce type de pratique renvoie à la distinction qu'opère Goffman [30] entre « initiés » et « non-initiés ». Le cercle familial et/ou amical constitue de manière privilégiée le groupe des « initiés » [58], ceux qui ont des informations relatives à la maladie. Ainsi, les patientes mettent en œuvre ce type de stratégie lorsqu'elles se trouvent dans des situations sociales spécifiques (hors du domicile, face à des inconnus) – face à des « non-initiés » – pour lesquels le contrôle de l'information est essentiel afin d'éviter tout risque de stigmatisation. Il s'agit alors d'être en situation de personne « discréditable » et non plus « discréditée » [30]. Si les pratiques esthétiques sont bien préexistantes, sont-elles pour autant décontextualisées ? Les travaux réalisés sur l'image corporelle et le cancer tendent à répondre par la négative à cette question. Toutefois, des travaux complémentaires semblent nécessaires pour appréhender, dans une perspective dynamique, le rôle des pratiques corporelles en tant que moyen et/ou fin dans le contexte de la maladie cancéreuse et le sens qui peut leur être donné dans une approche expérientielle de la maladie [39].

Les analyses suivantes ont permis d'observer que les patientes et les patients n'ont pas de niveaux de satisfaction

corporelle, d'estime de soi sociale ou de niveau de préoccupation associé à l'esthétique significativement différents. Seuls diffèrent le niveau d'utilisation de produits cosmétiques (plus important chez les femmes), qui s'explique par la différenciation sexuée de ces pratiques évoquée précédemment, et les fonctions cognitives de la QDV.

Les analyses corrélationnelles nous ont permis d'observer des liens entre image corporelle et QDV. Toutefois, ces liens se manifestent de manière différente en fonction du sexe des patients. Chez les hommes, aucun lien n'est observé entre la satisfaction corporelle (mesurée par le QIC) et les différentes dimensions de la QDV. Pour les femmes, on peut relever un nombre important de liens entre QDV et satisfaction corporelle. Quatre dimensions sur les cinq mesurées sont associées positivement à la satisfaction corporelle (les fonctions physiques, émotionnelles, cognitives et sociales). L'image corporelle se trouve donc liée à un registre « large » de la QDV comprenant différents indicateurs biopsychosociaux. Ces résultats suggèrent que l'image corporelle puisse constituer une composante de la QDV en particulier pour les femmes [33]. Toutefois, on peut se demander dans quelle mesure ces liens sont constitutifs de l'état de maladie ou préexistent à celui-ci. Autrement dit, l'image corporelle occupe une place importante pour les femmes en dehors du contexte de la maladie. Le niveau de satisfaction corporelle est directement lié aux dimensions psychosociales qui sous-tendent le bien-être, et ce, plus particulièrement chez les femmes [17,31]. De fait, les liens observés sont intéressants, car ils mettent en évidence l'importance de la satisfaction corporelle comme dimension associée à la QDV. Toutefois, il n'est pas possible de conclure sur le caractère typique de ces liens dans le contexte de la maladie. Des recherches complémentaires, prenant en compte l'aspect dynamique de la satisfaction corporelle sont à mettre en œuvre. D'autres pourront être réalisées afin de confirmer ces résultats (liens différenciés entre QDV et image corporelle selon le sexe) et d'explorer le rôle éventuel joué par les outils de mesure de l'image corporelle. Dans cette perspective, l'utilisation de la BIS [34], développée pour évaluer l'image corporelle des patients atteints de cancer, pourra se révéler heuristique. Une autre piste de travail concerne le lien entre QDV et image corporelle et l'examen des liens de causalité entre ces deux mesures.

D'autres résultats montrent que contrairement à la satisfaction corporelle, le degré de préoccupation associé à l'esthétique entretient des liens avec certaines sous dimensions de la QDV chez les hommes. Il semble, par ailleurs, que cette « préoccupation » relève de deux « logiques » à distinguer chez les hommes et les femmes. Chez ces dernières l'augmentation de la préoccupation est associée à de moindres difficultés cognitives ou sociales et à une élévation de la QDV globale. Il semble donc qu'une « centration » sur la dimension esthétique de l'image

corporelle, le fait d'y être sensible puisse s'apparenter à une stratégie d'ajustement. Autrement dit, se « soucier » de son apparence, des conséquences de la maladie et des traitements sur celle-ci, constituerait une modalité fonctionnelle du « faire face » à la maladie et contribuerait à ce titre à une meilleure QDV. Chez les hommes, l'élévation de la préoccupation est associée à davantage de problèmes physiques et de moindres problèmes émotionnels. Ces résultats montrent que chez les hommes, le rapport au corps peut intervenir pour moduler la perception de l'état de santé des hommes et souligne le lien avec une dimension importante pour ces derniers, l'aspect fonctionnel (cf. « la capacité ») du corps [22]. Dans un registre complémentaire, l'association entre préoccupation et moindres problématiques émotionnelles peut être pensée au regard de l'enjeu majeur de la « fonctionnalité » du corps chez les hommes, ces deux dimensions de la QDV se distinguant nettement pour les hommes. Ainsi, l'investissement corporel des hommes semblent se limiter à une dimension « physico-fonctionnelle » alors qu'il s'avère pluridimensionnel chez les femmes. Notons que cette dimension (cf. la préoccupation) nécessite d'être davantage questionnée afin d'en cerner « qualitativement » les enjeux, comparativement à l'image corporelle.

Corps entre inscription et participation

À ce stade, il nous semble important de nous interroger plus globalement sur le corps et l'apparence comme lieux d'investissement et de préservation de soi. Plus précisément, on peut se demander en quoi le « travail de l'apparence » peut s'inscrire comme pratique constitutive (inhérente à une situation sociale) et constituante (mise en œuvre pour renforcer et/ou prolonger un état) de l'expérience de la maladie cancéreuse ? Autrement dit, les données présentées donnent à voir que les pratiques corporelles étudiées et que l'image corporelle sont régulées socialement. La normalité de ces pratiques (corporelles à visée esthétique), chez les femmes, les rend disponibles comme ressources potentielles dans la situation de maladie, ce qui ne semble pas être le cas chez les hommes. Plus précisément, certaines contraintes structurelles fixent le cadre de la pratique corporelle dans la mesure où elles déterminent la structure des options ouvertes et la valeur relative de ces options [11]. Ainsi, appliquée à nos observations, on peut poser que, d'une part, les pratiques esthétiques-corporelles pourront ou ne pourront pas être envisagées comme voie possible d'action et, d'autre part, qu'elles se verront attribuées un sens particulier, une valeur différente mais également une potentielle « efficacité ». À ce titre, cette hypothèse interprétative constitue une voie pour analyser la participation des patient(e)s aux ateliers à composante esthétique et/ou corporelle.

L'analyse des modes de participation aux ateliers esthétiques et aux groupes de parole peut nous permettre

également d'appréhender les logiques sous-jacentes au vécu corporel et de souligner le rôle de certaines dynamiques identitaires. Le premier constat tient à la non-participation des hommes à ces ateliers. Il est vrai que ceux-ci, présentés comme ateliers « esthétiques », proposaient un cadre dans lequel les hommes pouvaient ne pas se sentir concernés. On sait, par ailleurs, que les hommes ont tendance à moins participer aux groupes de support et qu'ils privilégient la recherche d'information, alors que les femmes préfèrent le partage des émotions [41]. La dimension culturelle peut également nous aider à appréhender ces modes de participation. En effet, les groupes de support pour hommes sont plus fréquents en Amérique du Nord et peu visibles en France.

Une explication complémentaire repose sur l'analyse des données recueillies. Nous avons pu observer des liens entre QDV et image corporelle beaucoup plus importants chez les femmes et leur quasi-absence chez les hommes. Ainsi, on peut supposer que ce lien peut dans un cas motiver une participation (les femmes), car la satisfaction corporelle est associée à un bien-être plus général (mesuré par la QDV), alors que dans un autre cas (les hommes) ces liens n'existant pas, aucune attente spécifique ne préexiste.

L'analyse des groupes de parole des ateliers a permis de révéler la pluralité des répertoires thématiques structurant les échanges. Ce qui se dit tient à la fois du parcours médical et à l'histoire de la maladie, ce qui permet à chacun de situer sa propre histoire, son « épreuve » et sa temporalité. Toutefois, cette thématique n'est pas récurrente, elle occupe une place relative (pourcentage par rapport au discours total) et peut être plus saillante lorsqu'une dynamique communicationnelle se met en place de manière plus spécifique dans un atelier (groupe 4). La QDV et la vie quotidienne représentent une petite proportion du discours total. Il est intéressant de noter la présence de cette thématique dans des groupes de parole faisant suite à des ateliers esthétiques et d'observer que ce sont principalement les fonctions physiques et activités qui sont abordées en lien avec la problématique récurrente de la fatigue associée à la maladie et aux traitements.

La thématique de l'image corporelle n'est pas, elle non plus, massive. On peut également constater qu'elle n'est pas significativement présente dans un grand nombre de groupe comparativement à d'autres thématiques (*les ateliers, les groupes de parole*). Autrement dit, si cette thématique peut être présente dans l'ensemble des ateliers, c'est essentiellement dans deux d'entre eux qu'elle occupe une place essentielle. Ce résultat est important, il montre que ce qui se dit dans ces groupes de parole dépasse de loin la seule dimension de l'image corporelle et que certaines thématiques sont plus présentes. L'alopécie constitue un élément clé de cette classe de discours et apparaît comme l'élément le plus perturbant de l'image corporelle. Elle constitue un élément de dégradation de l'image corporelle et peut s'avérer être l'élément le plus traumatique lors d'un traitement

chimiothérapique [25,54]. De nombreux travaux s'accordent sur le fait que l'alopécie affecte significativement l'image de soi [6,9,58], notamment lorsque les patients ne sont pas préparés à la perte des cheveux [65]. À ce titre, sont évoqués dans les groupes de parole des stratégies préventives (coupe progressive des cheveux, rasage des cheveux) qui visent à « devancer » cet événement perçu comme inéluctable et perturbant d'un point de vue psychosocial. Cette stratégie s'inscrit comme moyen de contourner le stigmate de la maladie au même titre que le port d'une perruque ou celui d'un foulard [58].

La dernière thématique concerne les ateliers et le groupe lui-même. La présence de cette thématique est massive du fait de sa part dans le discours total (près de 60 %) et par le fait que cinq ateliers lui soient significativement associés sur les sept réalisés. Ce qui structure de manière importante les discours échangés lors des groupes de parole, indépendamment du thème des ateliers (esthétique), c'est une réflexion sur le groupe lui-même. Ainsi, on peut constater que l'image corporelle et la problématique esthétique ne se trouvent pas au cœur de ces groupes, ce qui pourrait laisser suggérer qu'elles ne sont peut-être pas au cœur des motivations expliquant la participation aux groupes, voire aux ateliers. Plus précisément, on pouvait s'attendre à ce que la nature même du groupe de parole (son inscription dans des ateliers esthétiques) influence directement les attentes et buts envisagés au sein des groupes de parole. Or, la réalité du groupe dépasse cette attente et rend visible un questionnement sur le sens même de cette participation au regard de la situation vécue. À ce titre, le but ou la tâche choisi est symbolique de la situation du groupe à un moment donné [4] et laisse entrevoir quelque chose de l'ordre de l'identité groupale des patientes. Identité groupale qui peut s'appuyer sur une identité collective qui autorise et justifie le passage du « je » au « nous ». L'analyse des SR et la mise au jour de l'usage fréquent du pronom « on », parmi les SR les plus fréquents, permettent d'appréhender des indices de cette identité groupale. Une question toutefois demeure : cette identité, que les données soulignent, est-elle le produit ou le processus des ateliers ? Autrement dit, cette identité est-elle produite par les interactions qui se déroulent au sein des ateliers ou est-elle préexistante à ces ateliers et explique ainsi la participation à ces ateliers ? Il y a là un champ d'investigation important qui pourrait nous permettre de mieux appréhender les logiques qui président à la participation aux soins de support et aux groupes de support en particulier.

Pour terminer, notons que ce type de recherches peut nous amener à penser la place de l'image corporelle dans le contexte du soin en oncologie. D'une part, l'utilisation d'outils (cf. QIC, BIS) pour évaluer l'image corporelle des patient(e)s ne peut se substituer à une écoute active de leurs « symptômes ». Cette écoute nécessite d'envisager l'expérience de la maladie cancéreuse comme une remise en

cause de l'intégrité physique à un niveau biologique mais aussi psychique, social et symbolique sans restreindre cet impact aux seules modifications corporelles « réelles ». Il convient de prendre en compte la question du « paraître » tout en gardant à l'esprit que la modification du corps n'est pas une condition suffisante pour engendrer de la préoccupation et de la souffrance. Bien plus que la « réalité » des modifications corporelles (gravité, visibilité), c'est la manière dont elles sont vécues qui leur confère un statut de problème [19].

D'autre part, la prise en compte de l'image corporelle semble limitée dans le cadre d'un travail de groupe (cf. analyse des groupes de parole). Une approche plus individualisée semble plus adaptée, car elle permet de substituer une mise en tension individuelle de la problématique corporelle à une confrontation au regard d'autrui sur sa propre situation corporelle. Dans ce contexte, le médecin oncologue peut être un interlocuteur, mais cette prise en compte de l'image corporelle trouve tout son sens dans la mise en œuvre des soins de support, notamment par la mise à disposition d'espace réservé à cet effet.

Conclusion

La problématique de l'image corporelle occupe une place importante dans l'expérience de la maladie cancéreuse. Les résultats issus de nos recherches exploratoires soulignent la complexité des enjeux associés à cette image et l'impact des cadres sociaux sur l'expérience corporelle. Ces résultats permettent également d'envisager de nouveaux travaux pour questionner, d'une part, les liens entre QDV et image corporelle selon le sexe des patients, d'autre part, le rôle des processus identitaires comme élément explicatif de la participation aux groupes de support.

Remerciements Nous souhaitons remercier l'ensemble des patients (es) qui ont participé aux ateliers, et celles et ceux qui ont accepté de répondre au questionnaire. Nous souhaitons remercier les experts dont les commentaires ont permis l'amélioration de la première version de ce texte.

Déclaration de conflit d'intérêt : L'auteur déclare ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Annexe A. Questions relatives aux pratiques et vécus corporels

Question n° 1. Sur une échelle de 1 à 10, entourez votre degré de préoccupation par rapport à votre aspect esthétique depuis l'apparition de la maladie, 1 correspondant à aucune préoccupation, 10 à préoccupation majeure.

Aucune préoccupation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Préoccupation majeure
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------

Question n° 2. Quels changements esthétiques la maladie et/ou son traitement ont-ils provoqué chez vous ?

- 1 Chute des cheveux
- 2 Allergies
- 3 Cicatrices
- 4 Autres :
- 5 Aucun changement

Question n° 3. Essayez-vous de masquer les changements esthétiques issus de la maladie ?

- 1 Non
- 2 Oui

↘ Si Oui, à quelles occasions (plusieurs réponses possibles) ?

- 1 À votre domicile
- 2 Sur votre lieu de travail
- 3 Dès que vous quittez votre domicile
- 4 Autres :

↘ Si Oui, à qui tentez-vous de les dissimuler (plusieurs réponses possibles) ?

- 1 Ma famille
- 2 Mon époux (se)
- 3 Mes ami(e)s
- 4 Les inconnu(e)s
- 5 Autres :

Question n° 4. En général, avez-vous l'habitude d'utiliser des produits cosmétiques afin de prendre soin des différentes parties de votre corps ? Entourez le nombre qui correspond le mieux à vos habitudes.

1 Jamais	2 De temps en temps	3 Parfois	4 Assez souvent	5 Souvent	6 Très souvent
----------	---------------------	-----------	-----------------	-----------	----------------

Question n° 5. Depuis l'apparition de la maladie, vous diriez que :

- 1 Vous prenez plus soin de votre corps
- 2 Vous prenez moins soin de votre corps
- 3 Vous n'avez pas changé vos habitudes

Question n° 6. Indiquez les parties de votre corps dont vous avez l'habitude de prendre soin à ce jour :

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Mains | <input type="checkbox"/> 6 Visage |
| <input type="checkbox"/> 2 Pieds | <input type="checkbox"/> 7 Bras |
| <input type="checkbox"/> 3 Poitrine | <input type="checkbox"/> 8 Jambes |
| <input type="checkbox"/> 4 Ventre | <input type="checkbox"/> 9 Cheveux |
| <input type="checkbox"/> 5 Dos | <input type="checkbox"/> 10 Autres : |

Question n° 7. Combien de fois par jour effectuez-vous des soins esthétiques et/ou soins du corps (maquillage, crèmes, etc.) ?

- 1 Je ne prends pas soin de mon corps
- 2 1 fois par jour
- 3 2 fois par jour
- 4 3 fois par jour
- 5 Plus de 3 fois par jour

Question n° 8. En moyenne combien de temps passez-vous par jour à effectuer des soins, à vous occuper de vous ?

- 1 Moins de 5 minutes
- 2 Entre 5 et 10 minutes
- 3 Entre 10 et 15 minutes
- 4 Entre 15 et 30 minutes
- 5 Plus de 30 minutes

Question n° 9. Parmi cette liste, à quelle activité portez-vous de l'attention ?

- 1 Coiffure
- 2 Maquillage
- 3 Soins du visage
- 4 Épilation
- 5 Parfum
- 6 Habillement
- 7 Aucune activité
- 8 Autres :

Références

<p>1. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, et al (1993) The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. <i>J Natl Cancer Inst</i> 85:365-376</p> <p>2. Adsheed J, Khoubehi B, Wood J, et al (2001) Testicular implants and patient satisfaction: a questionnaire-based study of men after orchidectomy for testicular cancer. <i>BJU Int</i> 88: 559-562</p>	<p>3. Anderson MS, Johnson J (1994) Restoration of body image and self-esteem for women after cancer treatment. <i>Cancer Pract</i> 2:345-349</p> <p>4. Anzieu D, Martin JY (1968) <i>La dynamique des groupes restreints</i>. Presses universitaires de France, Paris</p> <p>5. Apostolidis T (2002) Représentations sociales et triangulation : enjeux théorico-méthodologiques. In: Abric JC (ed), <i>Méthodes d'étude des représentations sociales</i>. Érès, Ramonville-Saint-Agne, pp. 13-35</p> <p>6. Arora NK, Gustafson DH, Hawkins RP, et al (2001) Psycho-social impact in the areas of body image and sexuality for women with breast cancer surgery and chemotherapy on the</p>
--	--

- quality of life of younger women with breast carcinoma: a prospective study. *Cancer* 92:1288–1298
7. Bass C, Henry M, Mathelin C (2008) Les reconstructions mammaires : enjeux médicaux et psychologiques. *Psychooncologie* 2:71–76
 8. Bacqué MF (2008) Reconstruire le corps... une complexité inouïe. *Psychooncologie* 2:69–70
 9. Beckmann J, Johansen L, Richardt C, Blichert-Toft M (1983) Psychological reactions in younger women operated on for breast cancer. *Dan Med Bull* 30:10–13
 10. Blood SK (2005) *Bodywork*. New York, Routledge
 11. Boudon R (1993) *Effets pervers et ordre social*. Presses universitaires de France, Paris
 12. Brédart A, Swaine-Verdier A, Dolbeault S (2007) Traduction-adaptation française de l'échelle « Body Image Scale » (BIS) évaluant la perception de l'image du corps chez des femmes atteintes de cancer du sein. *Psychooncologie* 1:1–7
 13. Bruchon-Schweitzer M (1987) Dimensionality of the body image: the Body Image Questionnaire. *Percept Mot Skills* 65:887–892
 14. Bruchon-Schweitzer M (1990) *Une psychologie du corps*. Presses universitaires de France, Paris
 15. Cannone P, Dany L, Dudoit E, et al (2004) Étude des représentations sociales de la chimiothérapie : une voie d'analyse des relations entre patients et médecins oncologues. *Bull Cancer* 91:279–284
 16. Carver CS, Pozo Kaderman C, Price AA, et al (1998) Concern about aspects of body image and adjustment to early stage breast cancer. *Psychosom Med* 60:168–167
 17. Cash TF, Pruzinsky T (2002) *Body image: a handbook of theory, research and clinical practice*. The Guilford Press, New York
 18. Cousson-Gélie F (2000) Breast cancer, coping and quality of life: a semi-prospective study. *Eur Rev Appl Psychol* 3:315–320
 19. Dany L (2008) Elle ne supporte plus son image. In: Ben Soussan P, Dudoit E (eds), *Les souffrances psychologiques des malades du cancer : comment les reconnaître, comment les traiter ?* Springer, Paris, pp. 43–48.
 20. Dany L, Dudoit E, Favre R (2008) Analyse des représentations sociales du cancer et de la souffrance. *Psychooncologie* 2:53–58
 21. Denzin N (1978) *The research act*. Aldine, Chicago
 22. Dudoit E, Dany L, Blois S, Cuvello C (2007) Rôle de l'identité sexuée et de l'influence du genre pour l'analyse des soins de support en oncologie. *Psychooncologie* 1:265–275
 23. Erikson EH (1968) *Identity: youth and crisis*. Norton, New York
 24. Fayers PM, Aaronson NK, Bjordal K, et al (2001) On behalf of the EORTC Quality of Life Group. *The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (3rd Edition)*. EORTC, Brussels
 25. Fobair P, O'Hanlan K, Koopman C, et al (2001) Comparison of lesbian and heterosexual women's response to newly diagnosed breast cancer. *Psychooncology* 10:40–51
 26. France L, Michie S, Barrett-Lee P, et al (2000) Male cancer: a qualitative study of male breast cancer. *Breast* 9:343–348
 27. Frigon S, Kérisit M (2000) *Du corps des femmes*. Presses universitaires d'Ottawa, Ottawa
 28. Ganz PA, Coscarelli A, Fred C, et al (1996) Breast cancer survivors: psychosocial concerns and quality of life. *Breast Cancer Res Treat* 38:183–199
 29. Gauthier J, Samson P, Turbide D (1981) Adaptation française du Social Self-Esteem Inventory. *Can J Behav Sci* 13:218–225
 30. Goffman E (1975) *Stigmate*. Minuit, Paris
 31. Grogan S (2008) *Body image*. Routledge, London
 32. Holly P, Kennedy P, Taylor A, Beedie A (2003) Immediate breast reconstruction and psychological adjustment in women who have undergone surgery for breast cancer: a preliminary study. *Psychol Health Med* 8:441–452
 33. Hopwood P, Lee A, Shenton A et al (2000). Clinical follow-up after bilateral risk reducing (prophylactic) mastectomy: mental health and body image outcomes. *Psychooncology* 9:462–472
 34. Hopwood P, Fletcher I, Lee A, Al Ghazal S (2001) A Body Image Scale for use with cancer patients. *Eur J Cancer* 37:189–197
 35. Hubert A, De Labarre M (2005) La dictature de la minceur. *Cah Nutr Diet* 40:300–306
 36. Incrocci L, Bosch JLHR, Slob AK (1999) Testicular prostheses: body image and sexual functioning. *BJU Int* 84:1043–1045
 37. Incrocci L, Hop WCJ, Wijnmaalen A, Slob AK (2002) Treatment outcome, body image, and sexual functioning after orchiectomy and radiotherapy for stages I-II testicular seminoma. *Int J Radiation Oncol Biol Phys* 53:1165–1173
 38. Iredale R, Brain K, Williams B, et al (2006) The experiences of men with breast cancer in the United Kingdom. *Eur J Cancer* 42:334–341
 39. Jodelet D (2006) Place de l'expérience vécue dans le processus de formation des représentations. In: HASS V (ed) *Les savoirs du quotidien*. Transmission, appropriations, représentations. Presses universitaires de Rennes, Rennes, pp. 235–255
 40. Kalampalikis N (2003) L'apport de la méthodologie « Alceste » dans l'analyse des représentations sociales. In: Abric JC (ed) *Méthode d'études des représentations sociales*. Érès, Ramonville-Saint-Agne, pp. 147–164
 41. Krizek JD, Roberts C, Ragan R, et al (1999) Gender and cancer support group participation. *Cancer Pract* 7:86
 42. Koleck M, Bruchon-Schweitzer M, Cousson-Gélie F, et al (2002) The body-image questionnaire: an extension. *Percept Mot Skills* 94:189–196
 43. Lawson JS, Marshall WL, McGrath P (1979) The Social Self-Esteem Inventory. *Educ Psychol Meas* 39:803–811
 44. Levine MP, Smolak L (2002) Body image development in adolescence. In: Cash TF, Pruzinsky T (eds), *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. The Guilford Press, New York, pp. 74–82
 45. Lichtenthal WG, Cruess DG, Clark VL, Ming ME (2005) Investment in body image among patients diagnosed with or at risk for malignant melanoma. *Body Image* 2:41–52
 46. Manderson L (1999) Gender, normality and the postsurgical body. *Anthropol Med* 6:381–394
 47. Meidani A (2007) *Les fabriques du corps*. Presses universitaires du Mirail, Toulouse
 48. Metcalfe KA, Esplen MJ, Goel V, Narod SA (2004) Psychosocial functioning in women who have undergone bilateral prophylactic mastectomy. *Psychooncology* 13:14–25
 49. Morin M (2004) *Parcours de santé*. Armand-Colin, Paris
 50. Morin M (2008) Pour une psychologie « sociale » de la santé. In: Ben Soussan P, Julian-Reynier C (eds), *Cancer et recherches en sciences humaines*. Érès, Ramonville, pp. 75–84
 51. Morin M, Apostolidis T (2002) Contexte social et santé. In: Fischer GN (ed), *Traité de psychologie de la santé*. Dunod, Paris, pp. 463–489
 52. Moyer A (1997) Psychosocial outcomes of breast-conserving surgery versus mastectomy: a meta-analytic review. *Health Psychol* 16:284–298
 53. Moynihan C (1998) Theories in health care and research: theories of masculinity. *BMJ* 317:1072–1075
 54. Münstedt K, Manthey N, Sachsse S, Vahrson H (1997) Changes in self-concept and body image during alopecia induced cancer chemotherapy. *Support Care Cancer* 5:139–143
 55. Oishi S, Diener EF, Lucas RE, Suh EM (1999) Cross-cultural variations in predictors of life satisfaction: Perspectives from needs and values. *Pers Soc Psychol Bull* 25:980–990
 56. Pruzinsky T, Cash TF (2002) Assessing body image and quality of life in medical settings. In: Cash TF, Pruzinsky T (eds), *Body*

- image: a handbook of theory, research, and clinical practice. The Guilford Press, New York, pp. 171–179
57. Reinert M (1999) Quelques interrogations à propos de « l'objet » d'une analyse de discours de type statistique et de la réponse « Alceste ». *Lang Soc* 90:57–70
 58. Rosman S (2004) Cancer and stigma: experience of patients with chemotherapy-induced alopecia. *Patient Educ Couns* 52: 333–339
 59. Rothblum ED (2002) Gay and lesbian body images. In: Cash TF, Pruzinsky T (eds), *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. The Guilford Press, New York, pp. 257–265
 60. Schrover L (1991) The impact of breast cancer on sexuality, body image and intimate relations. *CA Cancer J Clin* 41: 112–120
 61. Seale C, Ziebland S, Charteris-Black J (2006) Gender, cancer experience and internet use: a comparative keyword analysis of interviews and online cancer support groups. *Soc Sci Med* 62:2577–2590
 62. Striegel-Moore RH, Franko DL (2002) Body image issues among girls and women. In: Cash TF, Pruzinsky T (eds), *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. The Guilford Press, New York, pp. 183–191
 63. Thorne SE, Murray C (2000) Social constructions of breast cancer. *Health Care Women Int* 21:141–159
 64. White GA (2000) Body image dimensions and cancer: a heuristic cognitive behavioural model. *Psycho-Oncology* 9:183–192
 65. Williams J, Wood C, Cunningham-Warburton P (1999) A narrative study of chemotherapy-induced alopecia. *Oncol Nurs Forum* 26:1463–1468