

PRÉVENTION DU CANCER DU SEIN ET FACTEURS PSYCHOSOCIAUX

[Alain Vernet](#), [Franck Henry](#), Coauteurs [Audrey Boudarham](#), [Marie-Christine Kipper](#),
[Virginie Alcalay](#), [Élise Boujassy](#), [Florentin Clère](#)

Martin Média | « [Le Journal des psychologues](#) »

2007/4 n° 247 | pages 54 à 57

ISSN 0752-501X

DOI 10.3917/jdp.247.0054

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2007-4-page-54.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Martin Média.

© Martin Média. 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.

Prévention du cancer du sein et facteurs psychosociaux



Alain Vernet

Psychologue clinicien
Maître de conférences
associé à l'université
de Limoges

Aujourd'hui, le cancer du sein peut être repéré aisément et efficacement. Alors, pourquoi autant de femmes tardent-elles, pour certaines, à débiter un traitement, pour d'autres à consulter un généraliste ? Outre les moyens techniques performants, il semble incontournable d'inclure dans ce dépistage la prise en compte de facteurs psychosociaux.



Franck Henry

Psychologue clinicien
Chargé d'enseignement
à l'université de Tours

Coauteurs

Audrey Boudarham
Psychologue clinicienne
Clinique de soins de suite
de Fontenay-aux-Roses

Marie-Christine Kipper
Infirmière clinicienne du
CH de Châteauroux

Virginie Alcalay
Infirmière clinicienne du
CH de Châteauroux

Élise Boujassy
Stagiaire psychologue
Master-II
Université de Montpellier-III

Florentin Clère
Praticien hospitalier
Médecin responsable
de l'EMSP du CH
de Châteauroux

La pratique professionnelle d'une équipe mobile de soins palliatifs la conduit à accompagner fréquemment des femmes atteintes du cancer du sein. Pour les patientes que nous suivons au centre hospitalier de Châteauroux ainsi qu'au centre hospitalier Henri-Dunant, la prise en charge de la maladie cancéreuse n'a plus d'objectif curateur. Nous avons été frappés de constater qu'un bon nombre d'entre elles avaient tardé à consulter leur médecin, malgré la présence évidente d'une tumeur parfois très évoluée. À l'ère de la prévention, cette constatation nous a fait nous interroger sur l'existence de facteurs favorisant un tel comportement à risque. C'est en nous appuyant sur deux observations cliniques et sur les données de la littérature que nous présentons les résultats de notre réflexion.

Observations cliniques

Jeanne

Jeanne a quarante-huit ans, a un enfant d'un premier mariage et vit en concubinage ; elle est conseillère d'éducation dans un lycée. Elle se découvre une « boule au sein » un an après une mammographie normale, mais ne s'inquiète pas. C'est son

compagnon qui insiste pour qu'elle refasse une mammographie. Le diagnostic n'est posé que six mois après le début des signes, la chirurgie a lieu quinze jours après, puis une chimiothérapie adjuvante est commencée. Nous rencontrons Jeanne à ce moment. Lors de nos entretiens, plusieurs thèmes sont abordés par la patiente.

● Le cancer et la mort

Lorsque la gynécologue lui annonce le diagnostic, Jeanne pense immédiatement à la mort : « On croit qu'on va mourir, oui, on se dit : "Ça y est, je suis morte." » Elle se projette dans l'avenir et se demande comment son fils et son compagnon feront après sa mort. De plus, ce diagnostic est une prise de conscience. Malgré la mort de ses parents deux ans auparavant, Jeanne a toujours vécu dans l'action. À l'annonce de la maladie, dit-elle : « J'ai découvert que j'étais vraiment mortelle ; je n'en avais pas conscience. » Lors d'une réunion entre collègues, Jeanne découvre que le cancer est une maladie complètement taboue en France. Elle réalise qu'elle aussi avait intégré l'idée reçue « cancer égal mort ».

● Le sein manquant et la cicatrice

Après l'intervention, Jeanne découvre une cicatrice certes fine et propre, mais qui lui

évoque une blessure, c'est pour elle la marque du cancer. Elle insiste sur le fait que la vue de la cicatrice est plus douloureuse que celle du sein manquant. Elle n'éprouve aucune nostalgie pour ce sein perdu : « Il était malade... »

● Le regard des autres

Avant de porter une prothèse, Jeanne avait la sensation que tout le monde voyait qu'elle avait un sein en moins. Elle évite de regarder les autres dans la rue, à la piscine. Jeanne a peur du jugement, peur du regard des femmes qui diraient : « Elle a un cancer, ou elle a eu un cancer, ou elle a un cancer du sein, car, dans les yeux des gens, c'est spécial... je voyais qu'ils voyaient, qu'ils comprenaient que j'avais un cancer. »

Jeanne évoque enfin la représentation du corps de la femme dans notre société où il faut être mince, « canon », comme dit son fils. Jeanne ne se sent pas suffisamment forte pour affronter le regard d'autrui.

● Perte des cheveux, perte d'identité ?

Pour Jeanne, le plus douloureux a été davantage la perte des cheveux que la perte du sein. Elle avait une chevelure très longue, très frisée, rousse : c'était la première chose qu'on voyait. Ce critère physique permettait

de la reconnaître sans la nommer : « *Quand on me décrit, on ne dit pas : "C'est la fille qui fait du 95 B, mais c'est la frisée rousse".* » Plus qu'un trait physique, ses cheveux semblent appartenir à son identité. « *Ils sont tombés en deux jours, vous voyez, ce n'est plus moi.* »

● Les camps de concentration

Jeanne aborde ce sujet à travers ses difficultés d'endormissement. Elle est issue d'une famille juive dont plusieurs membres ont péri dans les camps de concentration. Depuis l'enfance, des cauchemars reviennent régulièrement : « *J'étais dans un wagon plombé... on m'arrêta et je devais échapper à la police. Je me réveillais toujours au moment crucial où j'allais peut-être mourir.* » Ses associations du cancer à la mort font directement référence aux camps de concentration. La radiothérapie lui évoque Hiroshima et elle perçoit parfois, en regardant ses radios pulmonaires, des têtes de mort. Les rayons étaient plutôt porteurs de mort que de vie. Les injections de chimiothérapie sont associées à des injections pour donner la mort. Enfin, la perte des cheveux lui rappelle la photo d'une femme tondu, rasée, rescapée des camps : « *J'ai pensé à ça, la première fois que je me suis regardée dans la glace.* »

Sophie

Sophie a soixante et onze ans. Elle travaillait jadis dans la restauration, est maintenant retraitée et veuve depuis dix ans. Elle vit avec son petit-fils, Paul, âgé de quatre ans, depuis maintenant trois ans. Son fils et sa belle-fille sont décédés dans un accident de voiture alors que Paul n'avait qu'un an. Elle refusa que Paul fût confié à l'assistance publique et l'adopta un peu plus tard. D'un point de vue familial, Sophie est relativement isolée. Elle entretient des relations téléphoniques avec des cousins habitant en Dordogne. Elle entretient une relation privilégiée avec sa sœur qui, nous dit-elle, « *a su la soutenir durant les épreuves douloureuses de la vie.* ». Elle évoque également sa voisine avec qui elle est très proche et qui garde Paul lorsqu'elle est absente du domicile. Lorsqu'elle consulte son médecin généraliste, son sein a « *doublé de volume.* ». Après bilan, elle débute une chimiothérapie néo-adjuvante en urgence. Souvent en apasie, elle séjourne à deux reprises en chambre stérile. À chaque fois, elle se plaindra auprès de l'équipe soignante : l'isolement du monde reste très anxiogène et elle semble ne pas avoir compris les raisons pour lesquelles elle doit être isolée : « *J'avais l'impression d'être une pestiférée, d'être mise à l'écart de peur que mon cancer ne se propage sur mon entourage...* »

Nos entretiens débutent deux semaines après l'annonce du cancer du sein. Elle nous déclare spontanément : « *J'ai toujours su que j'avais un cancer, à mon âge c'est normal, j'ai fait mon temps...* » Elle explique qu'elle n'a aucune chance de survie à cette maladie : « *Mon père et ma mère en sont morts, ça n'a pas duré longtemps, la chimio les a fait mourir... Moi j'en ai profité un maximum, car je savais que j'étais condamnée, je voulais m'occuper de mon petit-fils aussi longtemps que possible après le décès de ses parents.* » Nous découvrons que Sophie souffre d'une dépression chronique non traitée et qui remonte, sans doute, au décès de ses parents. Elle présente de nombreux deuils pathologiques. Elle relate difficilement une tentative de suicide survenue peu de temps après le décès de son fils et de sa belle-fille : « *[...] J'ai fait exprès de me manquer, au dernier moment j'ai vu le visage de Paul, mon petit-fils...* » Durant les traitements, la relation entre Sophie et son petit-fils s'est retrouvée modifiée. La sœur de Sophie s'est installée à la maison pour gérer le quotidien « *On était à trois au lieu d'être que deux.* ». Une fois les cures de chimiothérapie terminées, sa sœur lui avoue qu'elle était réellement inquiète, qu'elle aurait préféré que ce soit elle. Sophie dit réaliser ce que sa sœur a enduré : « *D'avoir été là tout le temps, pour elle, c'est dur aussi... Les gens qui ne sont pas là tout le temps ne se rendent pas compte !* » La situation est difficile également pour son entourage. Durant l'un des deux séjours en chambre stérile, un de ses cousins du Sud est venu lui rendre visite. Il a été choqué de la voir isolée complètement du monde. Dans cette chambre où il est impossible de serrer ses proches, Sophie se sent emprisonnée. Émue, elle parle aussi de ses amis : « *C'est dans ces moments-là qu'on reconnaît ses vrais amis : quand tout va bien, ils sont là pour discuter, pour sortir. À présent, c'est pour aider à supporter...* »

Discussion

Si le cancer du sein est caractérisé par sa grande fréquence (Hoerni B., 2001), il est aussi le seul pour lequel un dépistage efficace est possible. Au-delà de la clinique (auto ou hétéro-palpation), la mammographie est en effet un examen simple, reproductible, permettant des comparaisons dans le temps. Cet examen fut d'ailleurs l'une des revendications majeures des mouvements féministes des années soixante. En France, il est entièrement pris en charge par la Sécurité sociale, il est aujourd'hui l'objet de campagnes de communication destinées au grand public.

Après avoir obtenu le droit de vote, les femmes françaises ont donc bien obtenu un droit à la mammographie. Cependant, ces droits ne sont pas systématiquement utilisés par toutes les femmes. Dans notre pratique d'équipe mobile de soins palliatifs, nous avons remarqué qu'il existait fréquemment un délai très variable entre la découverte d'une tumeur et l'intégration aux protocoles de soin. Nous avons également été frappés par le discours de nombreuses patientes se présentant d'emblée avec des seins ulcérés par la tumeur et ayant longtemps refusé tout examen, tout traitement, voire tout simple suivi médical. Lorsqu'une femme a pu aisément repérer une tumeur en son sein ou que celle-ci a pu être objectivée par mammographie, quels facteurs l'empêchent de consulter son médecin généraliste et de s'engager dans une démarche thérapeutique ?

Pour répondre à cette question, nous avons orienté notre réflexion vers les conséquences psychologiques du cancer du sein, en nous appuyant sur les données de la littérature et sur notre expérience clinique, illustrée par les cas de Jeanne et de Sophie. Nous avons ainsi pu dégager trois catégories de facteurs de risque psychosociaux de découverte tardive du cancer du sein.

Organisation de la personnalité

L'histoire clinique de nos deux patientes montre bien que le comportement de santé dépend de l'organisation de la personnalité et de son système défensif. La personnalité de Jeanne s'organise sur le mode de l'évitement, ses traits les plus saillants étant : l'inhibition sociale, la timidité, la mésestime de soi, le sentiment de ne jamais être à la hauteur, l'hypersensibilité au jugement d'autrui (probablement majoré par le vécu actuel de la maladie), l'hyperémotivité, la discrétion. La découverte de la tumeur suscite beaucoup d'anxiété chez Jeanne dont la personnalité est justement marquée par l'évitement des situations anxiogènes. La difficulté à en parler, ne serait-ce qu'avec son conjoint, est expliquée par une peur du jugement et d'un rejet de l'autre. Par ailleurs, chez Jeanne, le corps, et plus particulièrement les cheveux, dont elle indique qu'ils étaient en quelque sorte un signe de reconnaissance pour les autres, apparaît être utilisé sur le mode de la réaction de prestance. Il constitue un écran protecteur, une sorte de formation réactionnelle contre l'extérieur, une barrière que le cancer a attaquée et franchie. Ce corps est

fantasmatiquement tout-puissant, et il est pour elle quasiment inconcevable qu'il puisse être atteint par la maladie.

De son côté, Sophie a vécu plusieurs deuils très mal élaborés, voire pathologiques. À ces deuils familiaux s'ajoutent désormais le deuil du corps et celui de l'état de santé induit par la maladie cancéreuse. Ces événements de vie constituent de véritables facteurs de vulnérabilité au développement d'une dépression réactionnelle (Burgess C. *et al.*, 2005). La tumeur constitue l'élément nouveau à l'origine de la décompensation psychopathologique d'une personnalité déjà très fortement dépressive, dans une sorte d'attitude sacrificielle à l'égard du petit-fils, de désinvestissement pulsionnel de son propre corps, donc d'un équivalent de comportement suicidaire.

Face à une maladie potentiellement grave, la patiente va développer des mécanismes de défense visant à atténuer la souffrance morale, et principalement l'angoisse de mort. Elle va alors ajuster son psychisme aux contraintes physiques, psychologiques, sociales et existentielles, soulevées par la maladie. Cette angoisse de mort est un ressenti plus ou moins conscient auquel tout patient aura à faire face. En effet, le cancer est une maladie qui oblige à penser à la mort, en cela qu'elle confronte l'individu à la dure réalité de sa propre finitude, au vécu existentiel de sa mortalité auparavant dénié par le travail de l'inconscient. Ces mécanismes de défense, dépendants de l'organisation de la personnalité de la patiente, de son environnement social et de la singularité de l'affection somatique, sont décrits par Martine Ruszniewski (Ruszniewski M., 1999) : déni, dénégation, déplacement, rites obsessionnels, régression, projection agressive, combativité, la liste n'étant pas exhaustive... Nous avons, au cours de nos expériences, identifié le déni et la dénégation comme facteurs de risque de retard de diagnostic. Il s'agit du mécanisme de défense le plus utilisé par Jeanne avant le début de la prise en charge : « *Je pense à un kyste, enfin rien de spécial, ça ne peut pas être un cancer...* » mais aussi après la mastectomie : « *Je n'ai pas tellement focalisé sur la perte du sein, pas du tout [...] je n'ai aucune nostalgie pour le sein perdu, aucune, je me dis qu'il fallait, qu'il était malade... alors vraiment aucune...* » Cette observation rejoint celle de l'étude de Phelan (Phelan *et al.*, 1992).

On peut aussi faire l'hypothèse que le déni du cancer du sein est plus actif que pour les autres cancers, car le sein est associé à la mère. Il renvoie donc au stade initial de construction de la personnalité, à partir

duquel s'organise la vie psychologique future (Vernet A., 1981). En outre, si le cancer, à l'évidence, confronte à la mort, à la disparition de soi, le cancer du sein confronte à la disparition de l'image de soi et met en cause la féminité, donc les assises de la personnalité, car il mutile les caractères sexuels secondaires de la femme : les seins, la chevelure.

Histoire du sujet

Elle joue un rôle important et influence fortement l'élaboration de la représentation à l'égard du cancer et de ses traitements (Delvaux N., Razavi D., 1994). La représentation qu'élabore Sophie à l'égard de la maladie et des traitements est fortement liée à son histoire personnelle : « *Mon père et ma mère en sont morts, ça n'a pas duré longtemps, la chimio les a fait mourir...* » À ses yeux, il n'y a aucun intérêt à se soigner étant donné l'inéluctabilité de l'évolution vers la mort. Bien au contraire, elle fait un lien entre la dégradation de l'état général et la chimiothérapie, ne prenant pas en compte les effets secondaires dans son élaboration. Elle considère que cette évolution se fait d'ailleurs très rapidement. De plus, ayant obtenu la garde de son petit-fils au décès de sa fille, elle a mis un point d'honneur à assumer sa fonction parentale « *jusqu'au bout* », refusant la possibilité d'un placement, même provisoire, en famille d'accueil. Ce choix de vie a joué également un rôle dans le diagnostic tardif de sa maladie.

Jeanne élabore sa représentation en l'inscrivant dans une histoire familiale singulière. L'exemple des cauchemars sur la Shoah est ici très révélateur. L'effraction traumatique en tant que menace de l'identité féminine induite par l'annonce du diagnostic vient réveiller d'autres traumatismes plus anciens, mettant également en péril l'identité de Jeanne. Par la chaîne associative de la pensée, c'est l'identité religieuse et familiale qui est évoquée. Par association également, les traitements sont vécus comme des agents de mort au même titre que les bombes nucléaires ou les chambres à gaz durant la Seconde Guerre mondiale. Dans les deux cas, il y a atteinte à l'image du corps (blessure, cicatrice, perte des cheveux, souffrance physique), et donc à l'identité du sujet.

Représentations sociales

Les comportements de santé sont influencés par l'évolution de notre société (Bruchon-Schweitzer M., 2002). Dans le cas du cancer du sein, deux archétypes sont stigmatisés : l'image idéale de la féminité et

la représentation sociale de la maladie cancéreuse, à rapprocher du tabou de la mort.

Le cancer du sein atteint toujours la femme dans sa féminité : Jeanne évoque durant nos entretiens la représentation du corps de la femme dans notre société où il faut être mince, « *canon* » comme le dit son fils. Dans notre culture, « *les femmes sont très basées sur l'aspect physique* ».

Or, le cancer du sein et la mastectomie impliquent des pertes successives (Delvaux N., Razavi D., *op. cit.* ; Deschamps D., 1997 ; Espie M., Gorins A., 2001). Au deuil consécutif à la perte du sein s'ajoutent des changements dans l'image du corps et dans l'image de soi. Les possibilités corporelles sont amoindries, les perceptions sensibles modifiées et le sein perdu. La maladie confronte le sujet à l'autre de lui-même, tel un miroir brisé. Ainsi la blessure organique s'associe à une hémorragie narcissique. À la suite de l'opération, il est fréquent d'observer chez la femme des comportements d'évitement. Elle ne se regarde plus dans le miroir, se déshabille dans le noir. Elle évite les situations et fuit les occasions qui la renverraient à sa nouvelle image. En effet, confrontée à celle-ci, un sentiment de honte, et des difficultés à établir des relations intimes s'installent. Il en résulte des modifications de la vie relationnelle. Car, si la femme apprivoise difficilement sa nouvelle image, il en est de même pour son conjoint (Delvaux N., Razavi D., *op. cit.* ; Pelicier Y., 1995). Ce climat de crise renvoie l'homme et la femme à leurs angoisses et leur solitude. L'appréhension de reprendre les rapports sexuels peut sous-tendre une crainte de réactiver la maladie. Elle peut aussi être liée à une crainte de transmettre la maladie à son partenaire. Ou encore, l'absence de sein peut renvoyer le couple à une image pré-pubertaire, où l'interdit de mettre en actes ses désirs sexuels domine.

Si la sexualité du couple n'était pas favorable avant la maladie, cette dernière peut précipiter les rapports sexuels dans un désintérêt, voire une aversion. À l'inverse, si la situation était favorable avant la maladie, accompagnée d'une relation authentique et complice, il est possible que le couple puisse même se renforcer. Bien qu'il soit difficile pour une femme d'assumer son rôle de mère dans ces conditions, les enfants sont un réconfort (*Ibidem*). Elle trouve la force de lutter contre la maladie, tente de faire bonne figure au prix de nombreux efforts. Quant aux enfants, quels que soient leur âge et leur sexe, qu'ils aient été informés de la maladie ou pas, ils perçoivent le désarroi

de leur mère. Ils savent qu'elle est gravement malade. L'état de leur mère les laisse en manque de repères corporels et psychiques. Beaucoup d'enfants ont le sentiment d'être responsables de ce qui arrive ; culpabilisés, ils se sentent impuissants. Il est donc primordial de favoriser le dialogue afin que ce sentiment ne persiste pas à l'âge adulte.

La perspective de se voir découvrir un cancer du sein implique la perte du sentiment d'immortalité. Lors d'une réunion entre collègues, Jeanne découvre que le cancer est une maladie « *complètement taboue en France* ». « *On croit qu'on va mourir, oui, on croit pas, on se dit : "Ça y est, je suis morte"*. » Elle réalise qu'elle aussi avait intégré l'idée du tabou, que « *cancer égal mort* ». Le cancer est une maladie qui oblige les patientes à penser à la mort. Or, la mort est une notion irréprésentable sur laquelle nous projetons nos peurs, nos images. La sensation inédite d'être mortel est un poids lourd à porter, à exprimer et à partager. Il est important d'écouter la réalité de ces pensées afin de ne pas pousser ces patientes dans un repli, un isolement et une sensation d'incommunicabilité.

C'est le propre de toute maladie grave, voire incurable, d'obliger à penser la mort. Toutes les maladies mortelles, dès lors qu'elles affectent un nombre non négligeable de sujets, qu'elles ne sont pas des événements isolés, affectent et transforment les représentations sociales (Bastide R., 1957).

Il suffit pour s'en convaincre de voir comment, au Moyen Âge, les épidémies de peste ont transformé les mentalités, ce qui se perçoit à travers la statuaire des cathédrales. Après les images du Christ triomphant, en gloire, de la statuaire romane, c'est dans la statuaire gothique des XIII^e et XIV^e siècles, soit après les grandes pandémies de peste, l'image d'un Christ souffrant, entouré des instruments de la passion. Le cancer, par son caractère collectif, son évolution longtemps inéluctable, sa difficulté à le rattacher à un facteur déclenchant, bien identifié, et sur lequel agir, s'est inscrit dans les mentalités profondes. Le cancer du sein, plus que d'autres, renvoie en outre au définitif de la mort, à l'absolu de celle-ci, et donc totalement à l'indicible et à l'innommable comme tous les cancers des organes génitaux. En effet, si l'on accepte cette interprétation psychologique, voire psychanalytique, l'atteinte des organes génitaux frappe dans le présent mais aussi le futur. Le cancer qui détruit le corps dans l'ici et maintenant atteint le présent, mais laisse intact l'avenir, puisqu'il n'atteint pas symboliquement la capacité de se poursuivre à travers l'autre, dans un

acte de perpétuation et d'engendrement. Il n'en est pas de même des cancers de tous les organes génitaux, et de ceux qui y sont associés, le sein en particulier, qui transmet une substance de vie, qui atteint le futur. C'est alors la métaphore du grain qui ne meurt jamais, ce grain qui meurt comme semence pour produire des semences à venir, et continuer le cycle vitaliste, qui devient alors impossible et irréprésentable. C'est alors en quelque sorte l'activité de pensée qui est mise hors circuit. Le déni est une forme d'arrêt, d'empêchement, d'incapacité de la pensée.

La crainte d'une atteinte de l'image corporelle et l'angoisse de l'incurabilité sont donc bien deux facteurs essentiels responsables d'un comportement à risque chez la femme. Les études de Machacek (1996) en République tchèque et d'Ajekigbe (1991) au Nigeria tendent à prouver le caractère universel de ces facteurs.

Conclusion

La fréquence du cancer du sein et la nécessité d'en améliorer le pronostic a poussé au développement d'un dépistage de masse, fondé sur la démocratisation de la mammographie. Si cet examen a toutes les qualités scientifiques requises, certains facteurs d'ordre psychosocial, caractérisés notamment par leur interdépendance, constituent de véritables obstacles à un dépistage précoce. La prise en compte de l'organisation de la personnalité et de l'histoire de vie du sujet, confrontées aux représentations sociales de la féminité et du cancer, doit permettre une optimisation de la précocité de prise en charge du cancer du sein. En termes de santé publique, traiter plus tôt, c'est améliorer la survie, mais aussi diminuer la morbidité, et notamment la fréquence des douleurs liées au cancer du sein (Clère F., 2004 et 2005), fréquentes et parfois difficiles à traiter. C'est donc bien un abord pluridisciplinaire du dépistage qu'il faut développer, associant moyens techniques et facteurs psychosociaux (Henry F., 2005 et 2006). ■

Bibliographie

Ajekigbe AT., 1991, « *Fear of Mastectomy: the Most Common Factor Responsible for Late Presentation of Carcinoma of the Breast in Nigeria* », *Clin Oncol*, 3 : 78-80.
Bastide R., 1957, *Sociologie des maladies mentales*, Paris, PUF.

Bruchon-Schweitzer M., 2002, *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes*, Paris, Dunod.

Burgess C., Cornelius V., Love S., Graham J., Richards M., Ramirez A., 1995, *Depression and Anxiety in Women with Early Breast Cancer: Five Years Observational cohort Study*, *BmJ* 2005.

Clère F., 2004, « *Douleurs neuropathiques liées au cancer : mieux les connaître pour mieux les soulager* », *Médecine palliative*, 3 : 204-213.

Clère F., 2004, « *Ou'est-ce que le syndrome douloureux post-mammectomie ?* », *Le Courrier de l'algologie*, 4 : 55-59.

Clère F., 2004, « *Douleurs neuropathiques liées au traitement du cancer du sein : classification et prise en charge* », *La Lettre du sénologue*, 26 : 30-33.

Clère F., 2005, « *Stratégie actuelle de prise en charge des douleurs neuropathiques liées au cancer* », *Médecine palliative*, 4 : 175-189.

Delvaux N., Razavi D., 1994, *Psycho-oncologie*, Paris, Masson.

Deschamps D., 1997, *Psychanalyse et cancer. Au fil des mots... un autre regard*, Paris, L'Harmattan.

Espie M., Gorins A., 2001, *Le Sein : du normal au pathologique : état de l'art*, Paris, Eska.

Henry F., Kipper M.-C., Alcalay V., Vernet A., Boudarham A., Boujassy E., Clère F., 2005, « *Pourquoi si tard ? (La psycho-oncologie au service du dépistage du cancer du sein)* », Poster, 22^e Congrès de la Société française de psycho-oncologie, Lille, *Revue francophone de psycho-oncologie*, 4 : 328.

Henry F., Kipper M.-C., Alcalay V., Clère F., 2006, « *Adhésion thérapeutique et cancer du sein : une attitude singulière* », Poster, 12^e Congrès national de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs, Montpellier.

Hoerni B., 2001, *Les Cancers de A à Z*, Paris, Frison-Roche.

Machacek J., 1996, « *The Role of Fear in Diagnosing Cancer in Time* », *Acta Univ Palacki Olomuc Fac Med.*, 140 : 59-61.

Ruszniewski M., 1999, *Face à la maladie grave*, Paris, Dunod.

Pelicier Y., 1995, *Psychologie, cancers et sociétés*, Paris, L'Esprit du temps.

Phelan M., Dobbs J., David AS., 1992, « *"I thought it would go away"* : Patient Denial in Breast Cancer », *JR Soc Med*. 85 : 206-207.

Vernet A., 1981, « *Remarques sur le stade oral et perspectives psychopathologiques* », *Psychologie médicale*, 4(27).