

VIème Symposium de l'Axe SHS

le 14 juin 2013 à Nantes



Axe SHS
Sciences Humaines
et Sociales

Cancéropôle
grand ouest

Symposium SHS du Cancéropôle Grand Ouest

14 juin 2012 à Nantes

Programme

- 8h45** Accueil
- 9h00** Ouverture officielle de la journée par les responsables de l'axe
- L'Annonce, dispositif, perception et pratique**
- 9h20** Le projet BABEL *Par A. DUTIER*
- 9h50** Une particularité du dispositif d'annonce : l'exemple de Brest en chirurgie. *Par L. BERGOT, Equipe EPS, CHRU Brest*
- 10h20** « Quand l'annonce devient traumatique : modalités du traitement de l'effroi. » *Par S. BERNARD-LEMONNIER, Rennes 2*
- 10h50** Pause
- 11h10** « Parcours d'un adulte hospitalisé au secteur stérile : vulnérabilité et soins » *Par S. MAZEAUD, Equipe EPS, CHRU Brest*
- 11h40** Pour une histoire régionale de la lutte contre le cancer : bilan et perspectives *Par H. GUILLEMAIN, Université du Maine, Laboratoire Cerhio, Le Mans*
- 12h10** Pause déjeuner

Prévention-Dépistage

- 13h30** Première campagne de dépistage du cancer colorectal dans le Finistère : impact sur la survie et étude des cancers d'intervalle. *Par M. CARIOU-DAOULAS*
Registre, Brest
- 14h00** Place et rôle des professionnels de santé dans l'information délivrée aux femmes sur le dépistage organisé du cancer du sein : de l'interrogation sur leurs pratiques à leur implication *Par C. TOURNOUX-FACON*
Médecin coordinateur,
Poitiers

Qualité de vie des patients et des soignants

- 14h30** Qualité de vie à long terme face au cancer du sein *Par P. TESSIER,*
CHU Nantes
- 15h00** *Pause*
- 15h15** Protocole: étude randomisée monocentrique évaluant l'apport de l'art-thérapie sur la qualité de vie, l'anxiété et la dépression des patients atteints d'un cancer des voies aéro-digestives supérieures traité par radiothérapie *Par I. TROUSSIER*
CHU Poitiers
- 15h45** Etude des déterminants organisationnels et managériaux de la qualité de vie au travail des soignants en cancérologie et de ses effets sur la qualité des soins aux patients *Par E. FOUQUEREAU*
Laboratoire Psychologie
des âges de la vie,
Université de Tours.
- 16h15** Echanges
- 16h30** Mot de clôture

Résumés des communications

BABEL

Aurélien Dutier et *alii*

Résumé du projet :

Lors de l'annonce de la progression d'un cancer, les échanges entre soignants et soignés peuvent être saturés d'implicite, de malentendu, de déni ou d'a priori. La violence psychologique générée par les informations délivrées par l'équipe médicale à cette étape de la prise en charge peut être déstructurante pour les patients et/ou leurs proches. Les patients peuvent se forger de fausses représentations sur la nature et la fonction des propositions thérapeutiques. Les interactions entre le patient et son entourage proche peuvent améliorer mais aussi majorer ces confusions. Pour cette raison, la littérature recommande d'impliquer les membres de la famille dans les discussions et les décisions (dans la mesure où cela serait utile et souhaité par le patient) (Epstein RM et al, 2007).

Les soignants peuvent également, à cette étape de la prise en charge, interpréter ou surinterpréter les préférences et les besoins des patients. Dès l'annonce initiale, lors de la présentation de son rôle et ses missions, le cancérologue pourra pourtant faciliter ou, au contraire, freiner ses possibilités futures d'aborder avec son patient les enjeux issus de l'arrêt des traitements curatifs. Dans tous les cas, les ressources thérapeutiques ne peuvent être le seul trait d'union entre le médecin et le malade (Goldwasser F, 2010), au risque d'imposer un cadre de soin dont il ne devient plus possible de se distancier.

L'objectif principal de cette recherche est d'étudier les relations médecin-patient-proche(s) lors de l'annonce d'une progression d'un cancer à travers l'analyse comparée du discours entre ces protagonistes sur la base de trois auto-questionnaires (médecin-patient-proche(s)). Des entretiens permettront ensuite d'approfondir les ambiguïtés et les confusions éventuellement présentes. Il s'agira d'identifier les malentendus et les divergences de représentations (concernant les traitements et la maladie) qui peuvent générer des incompréhensions ou des difficultés de communication.

Cette recherche tentera d'identifier et de comprendre la présence et la nature de ces ambiguïtés. La finalité de cette recherche est double : mieux comprendre et améliorer la relation et la communication entre les différents acteurs de la prise en charge. Elle permettra également d'enrichir la formation des étudiants en médecine et des internes sur ces enjeux.

Une particularité du dispositif d'annonce : l'exemple de Brest en chirurgie.

Lydie BERGOT infirmière et Sylvie MAZEAUD psychologue

Le dispositif d'annonce (DA) en chirurgie à Brest a été mis en place fin 2007 suite à la mise en œuvre de la mesure 40 du Plan Cancer 2003-2007. Ce DA est composé de deux infirmières à temps partagé avec le service de neurochirurgie, d'une psychologue et d'une assistante sociale.

Ce DA intervient en complémentarité du DA mis en place par les services d'oncologie, de radiothérapie et d'hématologie. En effet, le DA en chirurgie rencontre les patients dès la suspicion de présence de cellules cancéreuses qui motive médecins et chirurgiens à préconiser une intervention chirurgicale avant d'orienter vers les oncologues, radiothérapeutes ou hématologues. Il intervient à la demande des médecins et chirurgiens des services d'hépatologie, de pneumologie, de neurochirurgie, de chirurgie viscérale entre autres.

Le DA en chirurgie a donc une mission transversale d'accompagnement et de relais à la différence du DA des services d'oncologie, de radiothérapie et d'hématologie qui a une fonction d'accueil et d'information avant l'entrée dans le service de cancérologie. Quand les patients rencontrent les oncologues, radiothérapeutes ou hématologues, ils ont déjà vécu l'annonce du diagnostic et rencontrent le DA pour avoir un temps d'échanges à propos des informations médicales sur les traitements (chimiothérapie ou radiothérapie le plus souvent) ainsi que sur les effets réactionnels possibles puis pour assimiler les contraintes de soins au domicile.

Le point commun des DA est d'observer les capacités des patients à s'adapter à une nouvelle situation que leur impose la découverte du cancer et donc d'évaluer leurs besoins en accompagnement psychologique, social, nutritionnel afin de les orienter vers des personnes ressources au sein de l'hôpital mais aussi à leur disposition au niveau de leur secteur sanitaire (réseau de cancérologie, associations).

En tant que membre du DA en chirurgie, nous nous sommes demandés en quoi les missions de ce DA étaient spécifiques et apportaient une amélioration dans le vécu de la prise en charge des patients atteints d'un cancer.

Pour répondre à cette question, nous avons réfléchi sur les pratiques soignantes dans les phases préparatoires à l'annonce d'un diagnostic en neurochirurgie. Nous avons remarqué qu'il existait, en fait, différents moments d'annonce : celui de diagnostic de

tumeur cérébrale, celui de l'intervention chirurgicale pour la prélever et celui de l'annonce des résultats des prélèvements effectués. Pour étudier ces moments-clés dans le vécu des patients, nous avons centré notre réflexion sur leur prise en charge tant au niveau médical, paramédical que psychologique. Nous avons ainsi mené une enquête de satisfaction sur un an.

Nous souhaitons faire partager les résultats de l'enquête qui nous montrent que l'accompagnement proposé par le DA en chirurgie permet d'amortir le choc psychologique vécu par les patients lors de la consultation d'annonce médicale et de les préparer aux autres thérapies.

Sophie Bernard-Lemonnier, Psychologue Clinicienne, Docteur en psychopathologie et psychologie Clinique, Chercheure associée de la composante "Recherches en Psychopathologie clinique, Champs et Pratiques spécifiques, cliniques en milieu médical" de l'équipe d'accueil 4050 de l'université Rennes 2.

Cette proposition de communication s'appuie sur les résultats de travaux de recherches engagés auprès de personnes atteintes de cancer et dont la maladie se situe en échappement curatif, ouvrant dès lors sur une phase palliative de la prise en charge. Ces travaux ont fait l'objet d'une thèse de psychologie (Bernard-Lemonnier, 2012) dont l'objet porte sur les incidences subjectives de l'annonce du pronostic létal faite auprès de personnes souffrant de cancer.

Il s'agira, dans cette communication, de rendre compte des modalités du traitement subjectif de l'effroi ressenti lorsque l'annonce du diagnostic à caractère létal, ou du pronostic lui-même, devient traumatique pour la personne qui la reçoit.

Dans un premier temps, nous resituerons le cadre légal donné à l'information médicale du diagnostic et du pronostic. Ce qui nous permettra de mettre en évidence son caractère 'obligé' et 'revendiqué' –mais pas seulement– qui convoque le corps médical dans une nécessité d'annonce auprès de la personne malade.

Ceci nous conduira à exposer le vécu subjectif de l'annonce, lorsque celle-ci devient traumatique (Reik, 1925; Ferenczi, 1934). Nous aurons alors l'occasion de parler, entre autre, de Mme L. pour qui l'annonce de son diagnostic et de son pronostic létal aura eu pour effet de provoquer une décompensation psychique, l'exposant à des « hallucinations de flammes dévorant son lit » et ce jusqu'à la survenue de son décès. Nous pourrons dès lors exposer le caractère traumatique de l'annonce du diagnostic à caractère létal, ou du pronostic, en l'articulant au sentiment d'effroi en lien avec un vécu de déréliction (Freud, 1926; Millot, 2001) mortifère. Tout en indiquant quelles sont les modalités qui s'offrent aux personnes afin de traiter et résoudre ce traumatisme, quand cela leur est possible. Ces modalités se déployant d'une attitude de maîtrise à celle de dénégation, en passant par, ce que Michel de M'Uzan (De M'Uzan, 1976) définit comme « appétence relationnelle » ; leur mise en échec pouvant conduire à une mélancolisation subjective, caractérisée par une mort subjective précédant le décès lui-même.

Bibliographie

Bernard-Lemonnier, S. (2012). Incidences subjectives de l'annonce du pronostic létal. Thèse de Doctorat de psychopathologie et psychologie Clinique, sous la direction de Alain Abelhauser, Université Rennes 2.

De M'Uzan, M. (1976). Le travail du trépas, in *De l'art à la mort*. Paris: Gallimard.

Ferenczi, S. (1934). Réflexions sur le traumatisme, *Psychanalyse*, tome IV. Paris: Payot.

Freud, S. (1926). Inhibition, symptôme et angoisse. Paris: PUF.

Millot, C. (2001). *Abîmes ordinaires*. Paris: Gallimard.

Reik, T. (1925). Effroi, névroses traumatiques, in *Le besoin d'avouer*, in *Oeuvres complètes*, t. II. Paris: Payot.

Hervé GUILLEMAIN

L'histoire de la lutte contre le cancer est un chantier de recherches encore neuf en France auquel peu de travaux ont été consacrés (Pinell 1992, Foucault et alii, 2012). L'un des objectifs de cette présentation sera de dresser un bilan provisoire de l'état des recherches sur l'histoire du cancer en France (et secondairement dans le monde anglo-saxon). Ce bilan liminaire a pour fonction de mettre en exergue des pistes de recherche encore peu explorées et de suggérer des questionnements et des perspectives susceptibles d'être poursuivis collectivement dans le cadre de l'axe SHS du Cancéropôle du Grand Ouest.

Dès à présent, il apparaît que certaines thématiques et certaines périodes du passé sont susceptibles de retenir l'attention d'une équipe de chercheurs.

Le début du XXe siècle a été identifié par les historiens comme un tournant dans la prise de conscience publique et privée de la nécessaire lutte contre le cancer : essor de la chirurgie et de la radiothérapie, mobilisation associative, services militaires spécialisés de la Grande guerre, création de la Ligue (1918). Dans les années 1920 la création des centres de lutte contre le cancer vient concrétiser et fédérer ces efforts embryonnaires et dispersés. L'histoire du cancer et de la lutte contre la maladie en France durant les deux premiers tiers du XXe siècle est pourtant mal connue. L'organisation décentralisée de cette lutte invite à une réflexion sur la variation des échelles (locale, nationale, internationale) et sur la pertinence toute particulière d'études à échelle régionale.

L'étude de la structuration institutionnelle de la lutte contre le cancer met en lumière toute la diversité des acteurs qui s'y sont engagés. L'étude de ses acteurs, de leurs objectifs parfois divergents, des modalités de leurs actions pourra s'enrichir de perspectives comparatives, par la prise en considération de cas mieux étudiés et mieux connus, telle la lutte contre la tuberculose par exemple. Une telle enquête pourrait mettre en lumière des collaborations, mais aussi des conflits ou des malentendus dont les institutions actuelles ont parfois hérité et qu'elles peuvent avoir à gérer.

Une autre piste fertile est celle de l'étude sur la longue durée des discours tenus sur la maladie et des images qu'ils contribuent à diffuser dans la société : discours des soignants (spécialistes ou généralistes), des patients, des techniciens, des thérapeutes non officiels. Une attention fine pourra être portée aux circulations et aux influences, mais aussi aux décalages

entre ces discours. Sur ce point l'enquête est susceptible de mobiliser les compétences croisées d'historiens, de linguistes, de spécialistes de la communication et de psychologues notamment.

Du point de vue des historiens, ces enquêtes sont envisageables du fait de l'existence de sources dont cette communication esquissera un inventaire encore très partiel.

Dans l'Ouest de la France, les centres de lutte contre le cancer de Nantes et de Rennes font partie d'une première vague de création qui, en 1923 et 1924, reçoit le label de l'Etat. Dès 1925, le centre d'Angers est un des trois centres qui viennent s'ajouter à cette première vague. A la fin des années 1920 le Grand Ouest comporte ainsi le réseau le plus dense du pays (3 sur les 13 centres reconnus par l'Etat). Dès cette époque le centre de Nantes, soutenu par un financement municipal et départemental, apparaît comme pionnier en termes d'équipements de radiothérapie et en nombre de consultations. Des sources sont disponibles pour engager une histoire institutionnelle et politique de ces centres. D'autres fonds permettent d'envisager une étude des campagnes d'information, de prévention et de lutte contre la maladie. De même, les dossiers de patients permettent d'envisager une analyse du discours qu'ils portent eux-mêmes sur leur maladie.

Première campagne de dépistage du cancer colorectal dans le Finistère : impact sur la survie et étude des cancers d'intervalle.

**M. Cariou-Daoulas, C. Agnello, Y. Foll, J.-B. Nousbaum, M. Robaszekiewicz,
Registre des Tumeurs Digestives du Finistère, ADEC29**

Introduction

L'évaluation du dépistage organisé du cancer colorectal (CCR) par le test Hemoccult II®, est une préoccupation essentielle des autorités sanitaires et les cancers d'intervalle sont une limite à ce test.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'impact du dépistage du CCR par le test Hemoccult II® sur le stade au diagnostic et la survie lors de la première campagne de dépistage du CCR menée dans le département du Finistère entre le 1er septembre 2004 et le 1er septembre 2006.

Le deuxième objectif était d'analyser les caractéristiques et la survie des cancers d'intervalle diagnostiqués dans les 24 mois après un test négatif.

Matériels et Méthodes

Tous les cas de CCR diagnostiqués durant la campagne et dans les deux ans qui ont suivi, chez les personnes âgées de 50-74 ans, et enregistrés dans la base de données du registre des cancers digestifs du Finistère ont été croisés avec ceux de la base de données du centre de coordination du dépistage (ADEC29) afin de préciser le statut des patients par rapport au dépistage. Quatre groupes ont été définis : le groupe des sujets dépistés (D = 203 CCR), le groupe des sujets exclus de la campagne pour raisons médicales (E = 53 CCR), le groupe des sujets non répondants (NR = 478 CCR) et le groupe des cancers d'intervalle (KI = 114 CCR). Les taux bruts d'incidence et de mortalité ont été calculés pour les 3 premiers groupes et des risques relatifs (ratios) ont été calculés en prenant la population non répondante comme population contrôle.

Les courbes de survie globale et spécifique ont été calculées par la méthode de Kaplan Meier et comparées par le test du logrank. La date de point était fixée au 1er septembre 2011.

Résultats

La mortalité par CCR était significativement plus faible dans le groupe D (taux de mortalité: 0,23/1000) que dans le groupe NR (taux de mortalité: 0,44/1000). Les courbes de

survie globale et spécifique étaient significativement différentes entre les trois groupes ($p < 0,0001$). Pour ces trois groupes (D, E et NR), la survie globale à 5 ans était de 85,1%, 76,9% et 60,9% et la survie spécifique de 88,8% 80,4% 67,1%. Cependant le taux de participation de la première campagne était de 48%. Sur les 102 978 personnes qui avaient réalisé le test Hemocult II®, 96 316 avaient un test négatif. Parmi ces personnes, 114 cancers d'intervalle ont été diagnostiqués dans les 2 ans. Cent cancers ont été diagnostiqués entre 2 et 5 ans. La répartition des cancers d'intervalle par stades UICC était semblable à celle du groupe des sujets non répondants avec respectivement 48% et 47,7% de cancers de stades III et IV. La survie des sujets atteints de cancer d'intervalle n'était pas statistiquement différente de celle des sujets non répondants. Le taux de survie globale à 3 ans était respectivement de 72% et de 70,1% alors qu'il était de 89,1% pour le groupe des sujets dépistés par le test Hemocult II®.

Conclusion

Le dépistage du CCR par le test Hémocult II® permet un diagnostic du CCR à un stade plus précoce, avec pour corollaire, une réduction de la mortalité par CCR de 47% et une augmentation du taux de survie globale à 5 ans de 24,2% et du taux de survie spécifique de 21,7% par rapport à une population ne réalisant pas le test. Le pronostic des sujets ayant un cancer d'intervalle est semblable à celui des sujets qui n'ont pas répondu au dépistage ; le nombre élevé des cancers d'intervalle constitue une limite qui justifie le remplacement du test Hémocult II® par un test de dépistage plus sensible comme le test immunologique.

Place et rôle des professionnels de santé dans l'information délivrée aux femmes sur le dépistage organisé du cancer du sein : de l'interrogation sur leurs pratiques à leur implication

Caroline Tournoux-Facon

Contexte : La faiblesse du taux de participation au dépistage organisé (DO) du cancer du sein s'explique en partie par le fait que des femmes réalisent leur mammographie, en dehors du DO, c'est le « dépistage individuel » (DI). Il est nécessaire d'impliquer davantage les professionnels de santé dans la démarche d'information : les radiologues, l'ensemble des professionnels de santé des cabinets de radiologie, mais également médecins généralistes et gynécologues qui participent à l'information délivrée aux femmes mais également sont prescripteurs des mammographies.

Des actions et supports d'information et de communication ainsi que des formations (initiale et développement professionnel continu) doivent être développés pour informer plus efficacement les professionnels à la fois sur l'intérêt, les limites et les modalités du DO mais également sur les conditions et modalités de recours au DI.

L'enjeu de ce projet est de participer au renouvellement de la stratégie de communication en proposant une analyse de sémantique lexicale et énonciative destinée à faire émerger les processus de construction du sens : la détermination du rôle du personnel de santé dans l'accès au DO, et dans leur manière de répondre à une commande sociale (déterminer sur un plan théorique les schémas types de la transmission de l'information et les mécanismes de vérification de la compréhension dans le DO).

Objectifs du projet: L'objectif principal du projet est d'évaluer la perception et la connaissance des professionnels de santé sur l'organisation, les bénéfices et les risques du dépistage du cancer du sein. Les objectifs secondaires sont de 1/ tester s'il existe une corrélation entre les données recueillies et des données d'activité, 2/ identifier les mots du discours médical utilisés par les professionnels de santé et les mécanismes de vérification de la compréhension par les femmes 3/ identifier les freins des radiologues et du personnel des cabinets de radiologie au basculement des femmes du DI vers le DO

4/ élaborer une nouvelle méthodologie et de nouveaux supports d'information pour la formation des professionnels de santé.

Méthodologie :

Phase 1/ exploratoire qualitative : 3-5 entretiens par profession (individuels, semi-directifs, en face à face auprès des médecins généralistes, des gynécologues et radiologues, manipulateurs et secrétaires).

Phase 2/ quantitative : 5 auto-questionnaires proposés aux 5 professionnels de santé permettant de répondre à l'objectif principal et à l'objectif secondaire 1.

Phase 3/ analytique qualitative linguistique et sociologique: 5-10 entretiens individuels par profession et 2 réunions de restitution pour analyser le sens que les professionnels donnent à leurs pratiques et aux événements auxquels ils sont confrontés (entretiens individuels, semi-directifs, en face à face et entretiens de groupe auprès des médecins généralistes, des gynécologues et radiologues, manipulateurs et secrétaires) pour répondre aux objectifs secondaires 2 et 3.

Phase 4/ de validation et de construction: élaboration d'un plan d'actions éducatives et de communication et de moyens logistiques en direction des médecins et en lien avec eux, afin d'améliorer l'information délivrée aux femmes.

Résultats attendus : Les porteurs du projet s'attendent à trouver :

- Une connaissance très hétérogène entre les différentes professions et entre les professionnels d'une même profession (peut être corrélée à l'ancienneté)
- Une corrélation positive entre la bonne perception ou connaissance des professionnels d'une part et les indices de participation d'autre part,
- Des mots et stratégies de communication utilisés spontanément par les professionnels innovants et mieux adaptés au terrain permettant d'élaborer de nouveaux supports de communication destinés aux professionnels de santé.

Qualité de vie à long terme face au cancer du sein, Une comparaison des déterminants cliniques du bien être subjectif et de la qualité de vie liée à la santé

Philippe Tessier¹, Angélique Bonnaud-Antignac, Sophie Lelorain²

Contexte et objectifs

La grande majorité des travaux qui étudient la qualité de vie à long terme après un cancer du sein emploie des questionnaires qui explorent spécifiquement la qualité de vie liée à la santé (QVLS). S'il est indéniable que la QVLS constitue un aspect essentiel de la survie à un cancer du sein, il n'est pas exclu qu'à long terme la maladie cancéreuse et ses traitements puissent avoir des conséquences sur d'autres dimensions de la vie que la santé jugées importantes par les femmes concernées. Pour explorer cette possibilité, notre étude propose de comparer les déterminants cliniques de la qualité de vie liée à la santé et de la qualité de vie globale telle qu'évaluée à l'aide de mesures du bien-être subjectif. Le terme de bien-être subjectif est employé pour désigner un ensemble de mesures de qualité de vie qui traduisent le jugement subjectif porté par les personnes concernées sur leur propre qualité de vie globale. Ces mesures présentent deux principales spécificités par rapport aux questionnaires de qualité de vie liée à la santé qui s'intéressent essentiellement aux aspects symptomatiques et fonctionnels. D'une part, elles permettent de tenir compte d'autres aspects que la seule santé contribuant à la qualité de vie des personnes. D'autre part, leur caractère subjectif (par opposition au caractère auto-administré des questionnaires QVLS) les rend sensibles aux réactions psychologiques des personnes. L'hypothèse que nous testons est la suivante : les mesures du bien-être subjectif (BES) apportent-elles des informations différentes des mesures QVLS quant à la qualité de vie à long terme face au cancer du sein ?

Il s'agit d'une étude transversale mono-centrique. 321 femmes traitées pour un cancer du sein (stade 0 à 3 inclus) au CLCC René Gauducheau ont été interrogées par voie postale entre 5 et 15 ans après le diagnostic de la maladie. La qualité de vie liée à la santé a été évaluée à l'aide du questionnaire Short-Form 36 (SF-36) – qui permet d'élaborer des scores spécifiques pour huit dimensions de la QVLS et deux scores résumés de santé mentale et physique – et le bien-être subjectif à l'aide de 4 mesures : deux mesures uniques concernant le bonheur et la satisfaction face à la vie pour laquelle les personnes devaient répondre sur une échelle visuelle analogique ou à l'aide de modalités ordonnées et deux échelles validées d'affects positifs

et négatifs. Les covariables prises en compte dans les analyses multivariées sont les aspects sociodémographiques (âge, niveau de vie, niveau d'éducation) et médicaux (ancienneté du diagnostic, stade au diagnostic et type de traitement reçu).

La plupart des études sur le cancer du sein à long terme concluent que la qualité de vie est proche de celle des personnes de la population générale et qu'elle n'est pas significativement impactée par la nature des traitements reçus. Notre étude confirme ce second point lors de l'examen des déterminants de la QVLS. En revanche, elle constate que toutes les mesures du BES employées sont significativement corrélées aux variables cliniques. De manière attendue, avoir subi une mastectomie réduit le BES. Plus inattendu, nous constatons que le BES s'accroît chez les personnes ayant été traitées par hormonothérapie et par chimiothérapie. Enfin, l'ancienneté du diagnostic est positivement associée aux mesures de la santé physique, ce qui est là encore conforme avec les travaux antérieurs, alors qu'elle n'a pas d'impact sur les mesures du BES.

Deux principales conclusions peuvent être tirées de cette étude. Premièrement, il apparaît que les concepts de qualité de vie liée à la santé et de qualité de vie globale telle que perçue par les personnes elles-mêmes (mesures de bien-être subjectif) ne sont pas interchangeables. Par conséquent, ils sont susceptibles de renseigner différemment les conséquences à long terme du cancer du sein. Deuxièmement, il ressort de notre étude que les mesures du bien-être subjectif pourraient constituer un moyen peu coûteux, compte tenu de la simplicité des questionnaires associés, d'explorer de manière globale les conséquences psychologiques à long terme de la maladie cancéreuse. Nous en concluons que les deux types de mesures de la QVLS et du BES pourraient être exploités de manière complémentaires pour progresser dans la compréhension des effets à long terme du cancer et de ses traitements.

Protocole: étude randomisée monocentrique évaluant l'apport de l'art-thérapie sur la qualité de vie, l'anxiété et la dépression des patients atteints d'un cancer des voies aéro-digestives supérieures traité par radiothérapie

Idriss Troussier, René-Jean Bensadoun, Pierre Ingrand, Jean-Jacques Giraud, Benoît Pain, Paul Brown

Introduction: L'art-thérapie est un soin de support fondée sur l'utilisation thérapeutique du processus de création artistique. Une étude de soins courant, validée par le cpp OUEST III, le 14/01/2013, randomisée monocentrique à Poitiers a pour objectif principal d'évaluer la qualité de vie globale et spécifique des patients atteints d'un cancer des voies aéro-digestives supérieures traités par radiothérapie associée à l'art-thérapie à l'aide de deux questionnaires: EORTC QLQ-C30 et Head and Neck 35 (HN35).

Matériels et méthodes: Les patients sont traités par radiothérapie à visée curative. Ils sont OMS O ou 1, TNM: T1 à T4, N1 à N3 et M0. Le critère d'évaluation principal est le score de qualité de vie QLQ C30 et HN 35 à la fin du traitement de la radiothérapie et à 3 mois. L'art-thérapeute consulte individuellement les patients pendant une heure hebdomadairement sur 5 semaines. L'art musical est principalement utilisé. Le patient crée un morceau de musique avec l'aide de l'art-thérapeute.

Résultats: Le calcul du nombre de sujets nécessaires est déterminé par les hypothèses suivantes: risque α 5% bilatéral, puissance 80%, une amélioration de la qualité de vie de 20 points sur 100, un écart type de 25 et un taux de 5% de patients perdus de vue à la date d'analyse. Il faut donc un effectif de 60 patients: 30 par bras. L'allocation du traitement au patient est effectuée selon une liste de randomisation générée par blocs de taille 6 et stratifiée sur le centre. Le principe d'analyse en intention de traiter sera respecté. L'analyse principale est basée sur le test statistique non paramétrique Mann et Whitney. Une variation absolue du score global de qualité de vie de 20 points sur 100 sera considérée comme cliniquement pertinente.

Discussion et Conclusion: L'art thérapie a déjà montré un bénéfice en cancérologie sur la qualité de vie des patients en soins palliatif(1), des enfants(2)(3)(4)(5) et des femmes(6)(7). L'étude se finira en octobre 2013.

Bibliographie :

1. Lin M-H, Moh S-L, Kuo Y-C, Wu P-Y, Lin C-L, Tsai M-H, et al. Art therapy for terminal cancer patients in a hospice palliative care unit in Taiwan. *Palliat Support Care*. mars 2012;10(1):51-57.
2. Favara-Scacco C, Smirne G, Schilirò G, Di Cataldo A. Art therapy as support for children with leukemia during painful procedures. *Med. Pediatr. Oncol.* avr 2001;36(4):474-480.
3. Madden JR, Mowry P, Gao D, Cullen PM, Foreman NK. Creative arts therapy improves quality of life for pediatric brain tumor patients receiving outpatient chemotherapy. *J Pediatr Oncol Nurs.* juin 2010;27(3):133-145.
4. O'Callaghan C, Sexton M, Wheeler G. Music therapy as a non-pharmacological anxiolytic for paediatric radiotherapy patients. *Australas Radiol.* avr 2007;51(2):159-162.
5. Barry P, O'Callaghan C, Wheeler G, Grocke D. Music therapy CD creation for initial pediatric radiation therapy: a mixed methods analysis. *J Music Ther.* 2010;47(3):233-263.
6. Svensk A-C, Oster I, Thyme KE, Magnusson E, Sjödin M, Eisemann M, et al. Art therapy improves experienced quality of life among women undergoing treatment for breast cancer: a randomized controlled study. *Eur J Cancer Care (Engl).* janv 2009;18(1):69-77.
7. Thyme KE, Sundin EC, Wiberg B, Oster I, Aström S, Lindh J. Individual brief art therapy can be helpful for women with breast cancer: a randomized controlled clinical study. *Palliat Support Care*. mars 2009;7(1):87-95.

Etude des déterminants organisationnels et managériaux de la qualité de vie au travail des soignants en oncologie et de ses effets sur la qualité des soins aux patients

Evelyne Fouquereau *et alii.*

Le contenu de la communication s'inscrit dans le champ général des études portant sur les déterminants organisationnels et managériaux de la qualité de vie au travail des soignants en oncologie et plus précisément sur l'une des dimensions majeures de celle-ci, à savoir la santé de ces personnels.

« *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » (Organisation Mondiale de la Santé, 1946). Néanmoins, Shimazu et Schaufeli soulignent, en 2009, qu'environ 95 % des articles publiés dans *Journal of Occupational Health Psychology* concernaient des problèmes tels que les maladies cardio-vasculaires, l'épuisement, les conflits entre le travail et la famille... Bien que des travaux importants aient porté sur la satisfaction, la motivation ou le soutien social dans le domaine des soins, les chercheurs ont longtemps ciblé leurs analyses sur les indicateurs négatifs de la santé au travail (e.g., stress, épuisement, détresse émotionnelle) et leurs conséquences néfastes (e.g., Książek, Stefaniak, Stadnyk, & Książek, 2011). Quelques travaux récents notamment inscrits dans le courant de la psychologie positive (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) ont souligné la dimension limitée de ces approches, qui ne se focalisent que sur les soignants en difficulté, et ont proposé une approche plus holistique de la santé au travail (e.g., Gurková, Čáp, Žiaková, & Ďurišková, 2012). Aussi, un certain nombre de recherches consacrées à l'étude des déterminants de la santé des personnels soignants considèrent-elles désormais des indicateurs positifs de la santé psychologique au travail (e.g., bien-être psychologique, satisfaction).

Les structures de santé ont tout intérêt à promouvoir la santé de leurs personnels, car celle-ci est associée à une meilleure qualité des soins et à une plus grande satisfaction des patients (e.g., Purdy et al., 2010) mais également à une diminution de l'absentéisme (e.g., Schalk, 2011) et du taux de rotation des personnels (e.g., Laschinger, 2012 ; Tsai & Wu, 2010). Or en mai 2011, le cabinet Dexia Sofcap a publié un rapport soulignant que les absences pour raison de santé n'avaient cessé de progresser, entre 2007 et 2010, dans la fonction publique hospitalière. Cet absentéisme représente un coût financier important, participe à la désorganisation des services et nuit à la qualité des soins (Ivanova et al., 2009). En outre, des taux élevés de rotation de personnel sont associés à l'instabilité

organisationnelle, des coûts financiers importants, une perte en termes de capital humain et une altération dans la qualité des soins (Duffield et al., 2011).

Face à ces constats, il nous a semblé pertinent de cerner précisément les facteurs susceptibles de conduire à une dégradation de la santé des personnels soignants dans les services de cancérologie mais également de déterminer les éléments pouvant favoriser l'épanouissement et le bien-être de ces personnels.

Dans deux précédents Programmes Hospitaliers de Recherche Clinique (PHRC ; 2004 et 2009), nous avons montré que certaines pratiques managériales (e.g., management participatif) avaient une influence sur la santé psychologique des soignants dans des services d'hématolo-oncologie (Colombat et al., 2011; Pronost et al., 2008, 2012). L'objectif général du présent travail s'inscrit dans la continuité de nos travaux antérieurs, puisqu'il vise à identifier les facteurs organisationnels et managériaux contribuant à la dégradation de la santé mais également à l'amélioration du bien-être des soignants en cancérologie. Dans un premier temps, nous souhaitons clarifier les contributions relatives de différents prédicteurs organisationnels et managériaux à la variance de plusieurs indicateurs de la santé psychologique. Ensuite, nous tenterons d'identifier des mécanismes explicatifs de ces relations. Troisièmement, nous étudierons l'influence de la santé psychologique et physique des personnels sur la qualité des soins aux patients. Finalement, nous souhaitons montrer qu'en luttant contre le déclin de la santé et en favorisant le bien-être de leurs salariés, les structures de soin peuvent limiter l'absentéisme et le taux de rotation du personnel, et ainsi, diminuer les coûts qui y sont associés. Pour mener à bien ce projet de recherche ambitieux, nous avons composé une équipe pluridisciplinaire regroupant des médecins, des économistes ainsi que des chercheurs en psychologie du travail et en sciences de gestion.