



Titre : Etude pilote auprès de patientes atteintes d'un cancer du sein: Apport des méthodes alternatives

Auteurs et affiliations : Isabelle Bragard¹⁻², Anne-Marie Etienne¹, M.-E. Faymonville³, Philippe Coucke⁴, Martine Devos⁵, Eric Lifrange⁶, Hélène Schroeder², Aurélie Wagener⁷, Guy Jerusalem²

¹Unité de Psychologie de la Santé, Université de Liège, ²Service d'Oncologie Médicale, ³Service d'Algologie et des Soins Palliatifs, ⁴Service de Radiothérapie, ⁵Service d'Hématologie, ⁶Service de Sénologie, CHU Sart-Tilman, Liège, ⁷Unité de Psychologie Comportementale et Cognitive, Université de Liège. **Email :** isabelle.bragard@ulg.ac.be

Mots-clés : maladies chroniques, interventions classiques, interventions alternatives, bien-être

Introduction

Le diagnostic de cancer du sein et ses traitements ont des effets secondaires importants sur le plan psychologique : 10 à 50% des patientes présentent des niveaux élevés de détresse émotionnelle (Chochinov, 2001). Des interventions psychologiques de groupe, en particulier les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), permettent de diminuer cette détresse (Osborn, Demoncada, & Feuerstein, 2006). A côté de ces interventions psychologiques 'classiques', de plus en plus de femmes atteintes d'un cancer du sein se tournent vers d'autres alternatives (Targ & Levine, 2002), comme le yoga et l'hypnose, dont l'impact positif sur la détresse commence à être démontré (Cramer et al., 2015; Smith & Pukall, 2009). Tenant compte de la littérature et de la demande des patientes, notre étude avait deux objectifs : 1) mesurer l'intérêt des patientes atteintes d'un cancer du sein à participer à un groupe thérapeutique au choix parmi TCC, yoga et hypnose et 2) évaluer et comparer les bénéfices des trois groupes.

Méthode

L'étude était proposée à toute patiente ayant reçu un diagnostic de cancer du sein non métastatique au CHU de Liège jusqu'à 18 mois après le diagnostic, quel que soit le type de traitement prévu. Elles avaient le choix de participer gratuitement à l'un des trois groupes: TCC, yoga ou hypnose. Elles complétaient des questionnaires avant (T0) et après le groupe (T1). Chaque groupe comprenait 6 séances d'1h30 à 2h, espacées d'une semaine pour le yoga et TCC et de deux semaines pour l'hypnose. Le groupe 'TCC' enseignait plusieurs méthodes (ex. relaxation) visant à mieux vivre avec les émotions liées au cancer (ex. peur de la récurrence) (Savard, 2010). Le groupe 'auto-hypnose' enseignait des stratégies pour prendre soin de soi et une séance d'auto-hypnose de 15 minutes à chaque séance (Faymonville, Bejenke, & Hansen, 2010). Le groupe 'yoga' enseignait des postures de Hatha-yoga, des techniques de respiration et de méditation issues d'un programme adapté au cancer du sein à Montréal (Lanctôt et al., 2010). L'intérêt de participer à l'un des trois groupes était mesuré par la proportion de patientes éligibles acceptant de participer. Les questionnaires complétés portaient sur les données sociodémographiques et médicales, la détresse émotionnelle (Hospital Anxiety Depression Scale (Zigmond & Snaith, 1983)), la qualité de vie (European Organization for Research and Treatment of Cancer-Quality of Life Core Questionnaire-30 (Aaronson et al., 1993)), l'adaptation au cancer (Mental Adjustment to Cancer Scale (Cayrou et al., 2001)), et les bénéfices généraux attendus/obtenus.

Résultats

Sur 348 patientes éligibles, 108 ont été incluses en 1.5 an (31%). Les données disponibles portent actuellement sur 80 patientes au T0 et 60 au T1: auto-hypnose ($n = 42$), yoga ($n = 13$), TCC ($n=5$). Etant donné le faible nombre de participantes au groupe TCC, l'analyse a porté sur les groupes auto-hypnose et yoga. L'âge moyen était de 53 ans ($SD = 9.8$). Le niveau moyen de la détresse était de 13.8 ($SD = 5.8$). Dans les deux groupes (hypnose et yoga), l'effet du temps était significatif pour plusieurs variables: la détresse émotionnelle ($F(1,54) = 27.3; p < .001$) et l'ajustement mental négatif au cancer ($F(1,54) = 7.5; p = .008$) ont diminué et la qualité de vie s'est améliorée au niveau du fonctionnement émotionnel ($F(1,54) = 20.7; p < .001$) et social ($F(1,54) = 6.1; p = .016$) entre T0 et T1. Par contre, les interactions groupe x temps n'étaient pas significatives pour ces variables. Concernant les bénéfices généraux, l'effet global du temps ($F(9,45) = 9.4; p = .003$) et les interactions

groupe x temps étaient significatifs ($F(9,45) = 9.9 ; p = .003$) : les bénéfices attendus (ex. compréhension de la maladie) des participantes des deux groupes au T0 ne sont pas complètement réalisés au T1, et c'est davantage le cas dans le groupe yoga. Les diminutions étaient de plus d'un point pour le yoga et de moins d'un point pour l'hypnose (Likert de 1 à 5).

Conclusion

L'étude a montré qu'un tiers des patientes éligibles souhaitent participer à un des groupes, ce qui peut paraître faible. Cependant, le niveau moyen de détresse dans l'échantillon permet de faire l'hypothèse que nous avons atteint les patientes présentant potentiellement un trouble de l'adaptation (Derogatis, 1983). Plusieurs hypothèses peuvent être évoquées pour expliquer le succès de l'hypnose comme la notoriété de la formatrice en hypnose ou la plus grande disponibilité de cours de yoga (hors hôpital) ou d'un suivi psychologique individuel (dans l'hôpital) comparativement à l'hypnose. Ensuite, les groupes (yoga, auto-hypnose) ne sont pas différents en terme d'efficacité quant à leur impact positif au niveau psychologique, mais le sont au niveau des bénéfices obtenus. Ces bénéfices attendus qui ne sont pas complètement réalisés, le sont encore moins dans le groupe yoga. Il semble que le contenu du groupe yoga (peu orienté vers la compréhension de la maladie, la communication ou l'information) ne permettait pas d'atteindre les objectifs des participantes au départ. Néanmoins, nous devons rester prudents étant donné le nombre limité de patientes dans le groupe yoga et l'absence de groupe contrôle. En conclusion, cette étude suggère que ces groupes (en particulier l'auto-hypnose) pourraient être proposés aux patientes de façon systématique, car elles sont nombreuses à souhaiter y participer et qu'elles en tirent un bénéfice psychologique. A l'avenir, les participantes devraient être mieux informées de ce qu'elles peuvent obtenir d'un groupe plutôt qu'un autre.

Références bibliographiques

Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., ... de Haes, J. C. (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. *Journal of the National Cancer Institute*, 85(5), 365–376.

- Cayrou, S., Dickes, P., Gauvain-Piquard, A., Dolbeault, S., Desclaux, B., Viala, A. L., & Roge, B. (2001). Validation d'une version française de la MAC (Mental Adjustment to Cancer Scale). *Psychologie et Psychométrie*, 22, 29–58.
- Chochinov, H. M. (2001). Depression in cancer patients. *The Lancet. Oncology*, 2(8), 499–505. [http://doi.org/10.1016/S1470-2045\(01\)00456-9](http://doi.org/10.1016/S1470-2045(01)00456-9)
- Cramer, H., Lauche, R., Paul, A., Langhorst, J., Kummel, S., & Dobos, G. J. (2015). Hypnosis in Breast Cancer Care: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Integrative Cancer Therapies*, 14(1), 5–15. <http://doi.org/10.1177/1534735414550035>
- Derogatis, L. R. (1983). The Prevalence of Psychiatric Disorders Among Cancer Patients. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 249(6), 751. <http://doi.org/10.1001/jama.1983.03330300035030>
- Faymonville, M. E., Bejenke, C., & Hansen, E. (2010). Hypnotic Techniques. In *Handbook of communication in anesthesia and critical care* (Oxford University Press, pp. 249–261). Oxford, UK: Allan M Cyna.
- Lancôt, D., Dupuis, G., Anestin, A., Bali, M., Dubé, P., & Martin, G. (2010). Impact of the yoga bali method on quality of life and depressive symptoms among women diagnosed with breast cancer undergoing chemotherapy. *Psycho-Oncology*, 19 (suppl.2.), 139.
- Osborn, R. L., Demoncada, A. C., & Feuerstein, M. (2006). Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: meta-analyses. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 36(1), 13–34.
- Savard, J. (2010). *Faire face au cancer avec la pensée réaliste* (Flammarion Québec). Montréal.
- Smith, K. B., & Pukall, C. F. (2009). An evidence-based review of yoga as a complementary intervention for patients with cancer. *Psycho-Oncology*, 18(5), 465–475. <http://doi.org/10.1002/pon.1411>
- Targ, E. F., & Levine, E. G. (2002). The efficacy of a mind-body-spirit group for women with breast cancer: a randomized controlled trial. *General Hospital Psychiatry*, 24(4), 238–248.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370.

