

ÉDUCATION

Les groupes psycho-éducatifs : un modèle éducatif pour les patients atteints de cancer

Psycho-educational groups: a model of education for patients with cancer

S. Dolbeault • S. Cayrou • A.L. Viala

Résumé : Les groupes psycho-éducatifs, qui nous viennent des pays anglo-saxons et se développent peu à peu en France, ont des modalités de fonctionnement qui représentent un bon exemple d'intégration de la dimension éducative dans cette approche. Par comparaison avec les classiques « groupes de parole », les processus thérapeutiques qui y sont recherchés reposent sur la parole et sur les phénomènes groupaux (identifications, transferts), mais aussi sur des techniques alliant les cognitions (techniques cognitives), le corps (relaxation) et le jeu (jeux de rôle).

Dans le modèle que nous avons testé dans trois centres anti-cancéreux français, nous avons sollicité la motivation et la participation active des patientes, ainsi que leur engagement à une présence régulière durant 8 séances à contenu structuré, animées par deux professionnels compétents en gestion de groupe et en techniques cognitivo-comportementales. En plus des échanges d'information et du soutien émotionnel procuré par le groupe, les patientes y bénéficient d'une initiation à un certain nombre de techniques de gestion du stress qui relèvent de la transmission d'un savoir entre les animateurs et les participantes, mais aussi entre les participantes elles-mêmes, dans un cadre éducatif stimulant.

Mots-clés : Cancer du sein – Psychothérapie – Groupe – Éducation – Information – Techniques cognitives – Relaxation

Abstract: Psycho-educational groups, coming from english-speaking countries and now emerging in France, represent a good model of integration of the educational dimension in this technique. Therapeutic principles which are on work are

based upon verbal exchanges and group processes, but also upon cognitive and behavioral approaches. In the model we have tested in 3 french cancer centers, we propose to 8 to 12 patients at the end of a breast cancer treatment, having a strong motivation and ready for an active participation, 8 sessions of a very structured program, animated by two well-trained professionals. Patients get the opportunity to exchange information (concerning disease, treatments, future, but also psychological troubles and coping models) and emotional support. They are initiated to techniques that help them to deal with stress, find solutions to concrete problems, solve communication troubles, initiate themselves to relaxation. All these methods are mediated by the principle of therapeutic education.

Keywords: Breast cancer – Psychotherapy – Group – Education – Information – Cognitive techniques – Relaxation

Introduction

Durant les dernières décennies et avec l'accroissement des échanges concernant les expériences psychothérapeutiques menées dans divers pays aux normes culturelles plurielles, le concept d'éducation thérapeutique a peu à peu émergé en France et trouve aujourd'hui un développement visant à lui conférer une place légitime dans le processus de soins, par contraste avec l'intégration partielle et disparate qui pouvait en être faite jusque-là dans certains domaines de la médecine.

L'éducation thérapeutique a pour objectif principal d'aider le sujet confronté à l'irruption de la maladie dans sa vie (ce d'autant plus qu'elle est brutale, inattendue, non symptomatique) à en acquérir une bonne connaissance pour pouvoir l'affronter et l'intégrer dans son expérience de vie, développant ainsi son autonomie. Le concept d'éducation thérapeutique s'applique en particulier aux situations de maladies

Sylvie Dolbeault (✉)
Unité de Psycho-Oncologie
Institut Curie 26, rue d'Ulm 75246 Paris cedex 05
e-mail : sylvie.dolbeault@curie.net
Sandrine Cayrou, Anne-Laure Viala
Institut Curie, Paris

chroniques ou celles qui engendrent des symptômes invalidants (Ivernois et Gagnayre, 2001).

Il comporte trois axes indissociables : l'information, qui donne au patient la possibilité d'évaluer la situation dans laquelle il se trouve ; l'éducation, qui lui permet de mieux contrôler les événements qui déstabilisent son quotidien ; le soutien émotionnel, corollaire indispensable des démarches informatives et éducatives qui aident le patient à « tenir » dans la durée et à mobiliser ses propres ressources (Razavi, 2002).

L'objectif de cet article est de montrer en quoi le groupe psycho-éducatif représente un modèle d'intégration de la notion d'éducation thérapeutique en cancérologie (Cain, 1986 ; Fawzy, 1998b). Nous ne chercherons pas ici à démontrer l'efficacité de ce type d'approche, ce que la littérature, aujourd'hui abondante sur ce sujet, a largement démontré (Meyer, 1995 ; Sheard, 1999).

Présentation du groupe psycho-éducatif

Depuis trois ans, des groupes psycho-éducatifs sont proposés, à l'issue de leur traitement, à des patientes de trois centres anti-cancéreux français atteintes de cancers du sein non métastatiques. Ce projet a pu voir le jour dans le cadre de la réponse à un appel d'offre du Programme hospitalier de recherche clinique (2000), permettant de financer l'évaluation de l'efficacité de cette nouvelle modalité d'approche.

Cette intervention consiste en l'association d'informations et de techniques cognitivo-comportementales à des discussions de type soutien-expression. Elle est encadrée par des intervenants professionnels qui animent des séances structurées et affichent une ambition thérapeutique modérée (Cayrou, 2002).

Énonçons les grands principes qui caractérisent le fonctionnement des groupes psycho-éducatifs et permettent plus particulièrement de mettre l'accent sur leur dimension éducative.

L'engagement des patientes à ces groupes est conditionné par leur motivation et leur désir actif de participation, une fois énoncés clairement les principes du groupe, ainsi que par leur engagement à suivre l'ensemble des séances. Il s'agit d'un groupe fermé comprenant 8 à 12 patientes qui se trouvent toutes en fin de traitement. Le programme des séances est structuré et défini à l'avance. Les thématiques abordées sont déterminées avec l'ensemble des participantes lors de la première séance.

Deux animateurs formés aux techniques de groupe assurent le bon fonctionnement, eux-mêmes étant compétents dans le domaine de la psycho-oncologie et ayant des connaissances dans le domaine oncologique afin d'anticiper les préoccupations des malades. Ils animent les séances et encadrent les échanges, pouvant être amenés à les recadrer chaque fois que nécessaire, notamment pour permettre la meilleure distribution possible de la parole.

Les animateurs des groupes savent en particulier qu'il n'est pas toujours facile de faire cohabiter écoute, enregistrement et remise d'informations, d'autant que le minutage des séances oblige à maintenir un cadre parfois contraignant. Ceci est d'autant plus difficile que, dans notre expérience, les participantes des groupes psycho-éducatifs se sont montrées très participantes, prolixes et parfois difficiles à cerner.

Du matériel didactique est utilisé pour compléter les échanges verbaux et représente un support utile aux participantes, leur permettant de reprendre certains thèmes abordés lors des séances, et en quelque sorte prolonger les apports effectués avec et dans le groupe.

Le contenu de ce programme psycho-éducatif recouvre à la fois la remise d'un certain nombre d'informations « objectives » et l'initiation à un certain nombre de techniques de gestion du stress. Toutes relèvent de la transmission d'un savoir.

Le travail se fait pendant les séances mais aussi entre les séances, puisque les participantes se voient confier des tâches cognitivo-comportementales à domicile, qui permettent de préparer le thème de la séance suivante. Elles sont par ailleurs vivement encouragées à pratiquer la relaxation régulièrement à leur domicile, afin de s'approprier progressivement cette technique de gestion du stress et des émotions, de l'intégrer dans leur quotidien.

Au même titre qu'elles participent à la structuration du programme, les participantes sont associées à son évaluation. Un retour d'information est organisé, via des questionnaires d'auto-évaluation et, si besoin, des entretiens de fin de groupe.

Le processus éducatif s'établit à différents niveaux entre les acteurs du groupe psycho-éducatif - entre animateurs et participantes, mais aussi entre les participantes elles-mêmes. Le principe d'échange d'expériences entre participantes est bien sûr au centre de ce processus de transmission.

Enfin, on ne peut négliger la dimension de lien social qui s'établit du fait du fonctionnement du groupe qui réunit ces femmes de façon hebdomadaire pendant plus de deux mois. De nombreux groupes se terminent d'ailleurs par le renforcement de liens entre les participantes, sur un versant plus amical, et nombre d'entre elles éprouvent le besoin, après la fin du groupe, d'organiser une suite... en proposant par exemple de se retrouver mensuellement pour partager un repas, qu'il s'agisse de poursuivre les échanges formels portant sur l'expérience de la maladie... ou de passer un bon moment ensemble. Là encore, les animateurs se doivent de rester vigilants en mettant officiellement fin au groupe, car les sollicitations ne manquent pas...

Choix du moment du groupe

Les groupes psycho-éducatifs peuvent être envisagés à différentes phases de la maladie, du traitement et du post-traitement, sachant que les besoins en matière d'éducation thérapeutique sont très fluctuants selon les étapes de la

maladie et de la réhabilitation. Dans le souci de former des groupes de patients aux problématiques comparables et ayant une pathologie suffisamment fréquente pour ne pas avoir à gérer des problèmes de recrutement, notre choix s'est orienté sur la population des femmes atteintes d'un cancer du sein non métastatique se trouvant dans la phase du post-traitement initial (quinze jours à un an après la fin du traitement de radiothérapie adjuvante).

Après la période de crise liée à l'annonce du diagnostic, puis à celle du traitement, la phase du post-traitement est souvent associée à une diminution globale de la détresse émotionnelle, à une démobilitation psychique, à un désir de retour à une « vie normale » autonome, et nécessite l'adaptation du sujet aux séquelles de la maladie, qu'elles soient réversibles ou non. Il s'agit d'une période de transition, marquée par le changement de statut du sujet qui passe de l'état de malade à l'état de « survivant ». Le sujet se trouve ainsi souvent dans un état d'équilibre précaire entre le soulagement d'être en rémission et la peur d'une récurrence (McQuellon, 1998; Razavi, 2002).

Proposer à des femmes d'intégrer un groupe psycho-éducatif à cette phase représentait pour nous un moyen de légitimer la détresse psychologique qui peut survenir à la fin, voire même à distance de la fin des traitements. Le patient n'est plus sur « les rails » du traitement curatif dans le contexte médical très cadrant dont on décrit volontiers la fonction contenant. Il peut – il y est parfois contraint – envisager la reprise de ses investissements antérieurs, qu'il s'agisse du retour à la vie professionnelle, ou de la reprise de son rôle antérieur dans le couple, la famille, le cercle amical et social. Il recommence à penser à son devenir et à ouvrir des perspectives. Pour réussir cette étape, le patient doit pouvoir intégrer sa maladie à son quotidien et renoncer à l'idée illusoire d'un retour à l'état antérieur.

Un des objectifs pragmatiques associé à cette période du post-traitement consiste à aider le patient à vivre avec une perception réaliste des risques inhérents à sa maladie. Or, le sujet est souvent en proie à un sentiment d'incertitude douloureuse, marqué par l'émergence de réactions ambivalentes, où il se trouve ballotté entre le désir de ne pas trop savoir, et à l'inverse celui d'être rassuré, multipliant par exemple les demandes d'examen de contrôle...

L'apport éducatif à cette étape du parcours de soins a plusieurs objectifs : diminuer l'anxiété à l'égard de la maladie, notamment au travers de la remise d'informations (McQuellon, 2002) ; diminuer le sentiment d'incertitude ; rendre au sujet un sentiment de contrôle sur certains événements qui pouvaient l'avoir jusque-là submergé ; favoriser la communication entre médecin et patient. Il accroît la motivation du sujet et encourage sa participation active à la phase de réhabilitation. Les programmes éducatifs se basent sur la fixation d'objectifs concrets que le patient est amené à réaliser un à un, de manière guidée.

Ces contenus informatifs et éducatifs ne peuvent trouver leur place et leur intérêt que si le sujet est apte à y réagir émotionnellement. Il en est de même pour les proches des

patients, qui peuvent également tirer un large bénéfice de l'information et de l'éducation sur les thèmes inhérents à cette période, à condition d'y être préparés sur le plan psychologique. Soulignons à quel point les proches peuvent trouver déstabilisés et sans repères au moment de l'entrée du patient dans la phase de surveillance.

Objectifs du groupe psycho-éducatif

Les groupes psycho-éducatifs, dont les premières expériences ont été rapportées dans la littérature dans les années quatre-vingt (Nauts, 1984; Heinrich, 1985), peuvent être appliqués dans de nombreux contextes, allant de la phase de traitement jusqu'à la réhabilitation des capacités fonctionnelles et à la transmission de conseils techniques et pratiques, notamment en post-chirurgie ou pour des douleurs séquellaires. Depuis 20 ans, de nombreuses expériences ont été décrites, permettant d'enrichir la connaissance pratique de cette approche (Classen, 2001; Fawzy, 1998a; Kinsane, 1997).

Répondant à la définition du contenu de l'éducation thérapeutique, le groupe psycho-éducatif est axé sur les trois champs interdépendants de l'information, de l'apprentissage sur soi et sur sa maladie, du soutien émotionnel.

Il associe un certain nombre de techniques thérapeutiques, s'appuyant sur le principe de la délivrance d'un soutien de diverses natures : soutien informationnel (par les échanges d'informations), soutien émotionnel (par la restructuration cognitive), soutien pragmatique et matériel (par la technique de résolution de problèmes). Il donne aux patients des outils pour mieux communiquer (technique du jeu de rôle) et pour s'initier à la relaxation.

1 - L'échange d'information

La remise d'information a un certain nombre de fonctions : elle diminue le sentiment d'incertitude de l'avenir ; elle dédramatise ou apporte des nuances au raisonnement cognitif du patient qui associe souvent, en première intention, la survenue du cancer à la notion de létalité (ceci d'autant plus que le patient a des expériences antérieures traumatiques) et permet d'atténuer les préoccupations anxieuses excessives, ou encore le sentiment de désespoir ou d'impuissance. Elle cherche en particulier à éviter la propagation de cognitions erronées, qui sont fréquemment associées à un risque de mauvaise compliance. Elle amène le patient à intégrer le besoin de traitement. Elle favorise la réhabilitation tout en aidant le patient à effectuer le travail de renoncement à son état de santé antérieur. Elle améliore la relation médecin-malade (Razavi, 2002).

Elle représente une étape incontournable à ce moment particulier de l'entrée dans la phase de surveillance – qui nécessite la remise d'informations sur les notions de rémission complète ou partielle, de risque de récurrence ou de rechute, etc.

On y inclut les informations « objectives » concernant la maladie et ses traitements (nature de l'affection et des traitements; causes multifactorielles des cancers du sein; différence entre hérédité et génétique; description des procédures médicales, effets secondaires attendus; organisation de la surveillance, fréquence du suivi, fiabilité des examens de surveillance, etc.) et d'autres, qui relèvent plutôt des réactions émotionnelles du patient confronté à la maladie tumorale (légitimation des événements psychiques concomitants de la découverte de la maladie, du traitement, de l'entrée dans la phase de surveillance; diversité des modes d'adaptation etc.).

Les modalités d'information durant les séances des groupes psycho-éducatifs sont diverses. L'information orale, délivrée au cours des séances est bien sûr au centre de ce processus. Les animateurs sont vigilants quant au principe de la remise d'informations qui doivent rester d'un niveau très général, alors que nombreuses sont les patientes qui espèrent obtenir des réponses à des questions portant sur leur situation médicale personnelle. On observe souvent cette tendance dans les groupes débutants, mais les participantes comprennent vite les limites de l'information générale ou personnalisée.

La transmission orale peut être complétée par la remise de documents écrits, qui peuvent avoir la fonction de « pense-bête », ou encore compléter des informations qui ont circulé par oral. Il peut s'agir de la transmission de documents écrits, l'évocation de titres d'ouvrages, d'articles de la grande presse ou d'articles spécialisés, d'adresses de sites internet, d'adresses d'associations utiles etc. La structure du groupe psycho-éducatif encourage les patientes à aller chercher activement par elles-mêmes de l'information, en leur montrant l'intérêt constructif d'acquérir des connaissances qui répondent à des besoins propres. Ainsi favorise-t-on largement dans le groupe la stratégie de recherche d'informations, répondant au principe de *coping* actif.

2 - La restructuration cognitive

Un certain nombre d'auteurs s'accordent sur le danger des informations délivrées « en excès » alors que le patient n'a pas suffisamment de ressources internes ou de soutien externe dans le même temps. Les cliniciens ont tous expérimenté l'impossibilité cognitive pour un patient en état de choc émotionnel d'assimiler ce qui lui est dit, ainsi que la fréquence des dysfonctionnements de la relation médecin-malade qui en sont l'issue, en l'absence de reconnaissance de cette difficulté.

Aussi, l'éducation thérapeutique dans le domaine de la cancérologie doit-elle considérer ce deuxième aspect à un même niveau d'importance que les informations plus médicales ou techniques habituellement délivrées. C'est en effet en grande partie de l'adaptation psychique du patient à sa maladie que va dépendre son confort psychologique, émotionnel, voire existentiel.

On se situe ici dans le registre de « l'éducation émotionnelle ». Un certain nombre de techniques, principalement issues des thérapies cognitivo-comportementales, semblent

particulièrement adaptées pour répondre aux besoins fonctionnels émergeant dans le contexte des groupes psychosociaux, à la condition d'être initiées dans un climat d'écoute et d'empathie nécessaires à l'émergence d'une relation de confiance réciproque. Interactives et accessibles à leur objectif est d'apprendre au patient à détecter et repérer ses émotions, à en discriminer les différents types et interagir avec elles, mais aussi à verbaliser les émotions perçues et à les contrôler.

La restructuration cognitive a pour objet d'amener progressivement le patient à identifier ses émotions et ses pensées; à repérer ses comportements fonctionnels mais aussi ceux, plus dysfonctionnels, qui peuvent entraver le processus d'adaptation. Elle l'incite à trouver d'autres modes d'adaptation cognitive d'une situation donnée. Elle permet la remise en cause d'un certain nombre de croyances irrationnelles ou ancrées, qui maintiennent parfois le sujet dans une impasse cognitive sans issue.

3 - La résolution de problèmes

Contenue dans la notion de soutien pragmatique et matériel, la troisième axe visé par le groupe, le patient recherche par cette technique, et avec l'aide du groupe, des solutions à ses problèmes très concrets auxquels il peut se trouver confronté dans son quotidien. Il s'agit d'une approche ciblée, centrée sur des symptômes ou problèmes dont le patient reconnaît le caractère invalidant, et la nécessité de le dépasser en changeant d'attitude ou de comportement. On cherche ici à améliorer sa stratégie de coping actif. On observe souvent l'intensification des échanges entre participantes qui réalisent ainsi qu'elles ne sont pas les seules à être confrontées à ces difficultés, et trouvent de multiples pistes au travers des échanges d'expériences et de solutions avec les pairs.

4 - Le jeu de rôle

Améliorer sa capacité à communiquer dans des situations difficiles représente une problématique très fréquemment avancée par les patientes (comment mettre des limites à un proche envahissant? comment répondre aux questions agressives des collègues? comment poser une question à un médecin débordé?).

Le jeu de rôle, qui représente une pièce maîtresse de l'éducation à la communication, est l'une des manières d'y répondre. Par le recours à une mise en scène et à un certain nombre de techniques communicationnelles simples (comme par exemple: faire de l'empathie; dire « je »; utiliser la méthode du disque rayé; mettre des limites; énoncer clairement et concrètement sa proposition; utiliser la communication non-verbale; etc.), cette technique permet une mise à distance, une dédramatisation, une mise en acte d'un changement possible. Une fois dépassé le sentiment d'intimidation initial, le jeu de rôle est une technique souvent très appréciée par les participantes.

5 - La relaxation

Les techniques corporelles représentent pour des patients souvent novices, un excellent moyen de se focaliser sur les sensations corporelles, de se relaxer et de retrouver une certaine maîtrise de leur corps. Dans notre groupe psycho-éducatif, la relaxation est pratiquée à la fin de chaque séance et permet d'établir une distance avec les émotions soulevées plus tôt. Il s'agit d'une technique musculaire active et progressive, avec une augmentation progressive du temps de relaxation de 5 à 20 minutes. Les patientes sont invitées à poursuivre cette initiation par une pratique régulière à leur domicile.

Avantages et limites du groupe

On peut dénombrer un certain nombre d'avantages à la pratique des groupes psycho-éducatifs.

L'approche groupale convient bien à un certain nombre de patients qui expriment une réticence à l'idée d'une prise en charge individuelle, qu'ils considèrent comme stigmatisante.

La proposition de participation à un groupe psycho-éducatif à la fin de la phase de traitement légitime les besoins psychologiques qui peuvent émerger à ce moment. Elle permet à ses participantes de rompre avec les sentiments d'isolement, d'exclusion, de marginalisation liés à l'expérience de la maladie.

Comme développé plus haut, le processus d'éducation thérapeutique est favorisé par la présence du groupe : échange de savoirs et de savoir-faire entre pairs ; transferts de compétences ; utilisation des expériences de ses participants pour aider une information à circuler ; soutien actif procuré par les relations interpersonnelles ; le tout se jouant sur un terrain moins « affectif » que dans d'autres modalités de groupes (par exemple les groupes de parole).

Le travail en groupe offre au patient la possibilité de s'interroger sur sa position à l'égard de sa maladie et de ses traitements ; et par là même, à l'égard des soignants. Un certain nombre de patients font évoluer leurs attitudes à la recherche d'une position plus active, participative, dans leur relation aux soignants.

En miroir, on se doit de souligner un certain nombre de limites ou de risques associés à la proposition de groupes psycho-éducatifs en oncologie ou de tout modèle qui renforce la dimension éducative.

Tout d'abord, le travail en groupe ne permet pas de connaître les besoins, le vécu, les difficultés du patient aussi bien que dans le cadre d'une approche individuelle. Il ne permet pas d'apprécier avec autant de finesse la qualité de l'intégration des informations déjà remises ou la compréhension d'informations nouvellement transmises. Il rend la personnalisation des besoins en support émotionnel de chaque patient plus hypothétique.

Le patient qui y participe se trouve doté d'une expérience nouvelle, non partagée avec ses proches, et il est du ressort de

chaque patient de prendre en compte son statut de « porteur d'information » et d'assumer ou non un rôle de message.

Enfin, et il s'agit d'une limite de taille, on considère le principe d'éducation thérapeutique ne devient fonctionnel que si les soignants suivent et évoluent en parallèle avec les patients. En l'absence de ce processus, on peut être amené à constater un décalage entre patients et corps soignant, avec des risques qui s'y associent d'incompréhension, voire d'agressivité réciproque. À l'inverse de ce qui a été souligné plus haut comme un avantage des techniques psycho-éducatives, on ne peut occulter les expériences traumatiques vécues par certains patients qui se confrontent à des organisations de soins plus « traditionnelles » ou à tendance paternaliste, et le patient - demandant à être partenaire de sa prise en charge médicale - se voit rejeté par le soignant qui le remet à sa place en lui rappelant quelle est la répartition des rôles...

Ces dimensions se doivent d'être évoquées et anticipées dans le cadre des groupes psycho-éducatifs, au risque de renforcer un certain nombre d'impasses communales.

Conclusion

Avec l'évolution sociale et culturelle des dernières décennies, on assiste à des changements de statut et de rôle des patients atteints de cancer. Ces patients ont aujourd'hui accès à beaucoup d'information (parfois à l'extrême et l'on observe alors les conséquences de la surinformation), mais ce changement n'est pas toujours associé au développement conjoint d'un soutien émotionnel ou social.

Les groupes psycho-éducatifs nous semblent représenter une des manières de répondre à cette difficulté. Ils illustrent l'engagement du patient dans le processus d'éducation thérapeutique, du fait de son mode de participation, des contenus informatifs et éducatifs associés à la dimension de soutien inhérents à cette approche groupale, et dont on est en droit d'attendre une amélioration de la transmission des informations, une meilleure gestion de la détresse, des difficultés de la réhabilitation sociale ou de la relation soignant-soigné.

En parallèle, ils pointent la responsabilité de l'équipe soignante dans la réussite du processus d'éducation thérapeutique, tant par les contenus informatifs qui sont donnés que par les attitudes de cohérence et de complémentarité dont les soignants doivent savoir faire preuve.

L'idéal est que ces groupes puissent coexister avec d'autres approches, qui permettent au patient de faire un choix en terme de modalités d'information et de soutien. Il peut d'ailleurs s'agir de propositions issues des soignants mais aussi d'autres patients (notamment dans le registre associatif et des systèmes d'entraide). Une étape importante à franchir concerne l'obtention de la reconnaissance des groupes psycho-éducatifs comme étant une activité psycho-oncologique à part entière (ce qui est sous-tendu par la création d'un acte thérapeutique).

Dans la mesure où la médecine moderne intègre les aspects informationnels et communicationnels comme une des données fondamentales de son savoir-faire, l'éducation thérapeutique devient partie intégrante des soins. La mise en place d'une démarche qualité dans ce domaine s'organise autour d'une approche centrée sur un patient à la recherche de la plus grande autonomie possible pour intégrer l'expérience de la maladie, aidé par des soignants susceptibles de repérer ses besoins et ses attentes. Le développement de groupes psycho-éducatifs centrés sur les problématiques des patients atteints de cancer en représente une excellente application.

Références

- Cain EN, Kohorn, *et al.* (1986) Psychosocial benefits of a cancer support group. *Cancer* 57: 183-9
- Cayrou S (2002) Évaluation des effets d'une intervention de groupe de type psycho-éducatif sur des femmes atteintes de cancer du sein : étude randomisée. Thèse pour de doctorat, en psychologie, Université Toulouse II
- Classen C, Butler LD, Koopman C, *et al.* (2001) Supportive-expressive group therapy and distress in patients with breast cancer: a randomized clinical intervention trial. *Archives of General Psychiatry* 58 (5): 494-501
- Fawzy FI, Fawzy NW (1998a) Group therapy in the cancer setting. *J Psychosomatic Research* 45: 191-200
- Fawzy FI, Fawzy NW (1998b) Psycho-educational interventions. In: Hol JC (ed) *Handbook of Psycho-Oncology* 682-93
- Heinrich RL, Coscarelli SC (1985) Stress and activity management: group treatment for cancer patients and spouses. *J Consulting Clin Psychol* 439-46
- Ivernois (d') JF, Gagnayre R (2001) Mettre en œuvre l'éducation thérapeutique. *AdSP* 36: 11-3
- Kissane D, Bloch S, Miach P, *et al.* (1997) Cognitive-existential group therapy for patients with primary breast cancer - techniques and themes. *Psycho-Oncology* 6: 25-33
- McQuellon RP, Wells M, Hoffman S, *et al.* (1998) Reducing distress in cancer patients with an orientation program. *Psycho-Oncology* 7: 207-17
- Meyer TJ, Mark MM (1995) Effects of psychosocial interventions with advanced cancer patients: a meta-analysis of randomized experiments. *Health Psychology* 14(2): 101-8
- Nauts HC (1984) Breast cancer: immunological factors affecting incidence, prognosis and survival? *Cancer Research Institute Monograph*, New York, 18: pp 117-31
- Razavi D, Delvaux N, Merckaert I, Roe F (2002) Information et éducation In : *Interventions psycho-oncologiques : la prise en charge du malade cancéreux*. Collection Médecine et Psychothérapie, Masson, 2^e édition pp. 61-109
- Sheard T, Maguire P (1999) The effect of psychosocial interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses. *Br J Cancer* 80(11): 1770-80