

GROUPES PSYCHO-ÉDUCATIONNELS POUR FEMMES ATTEINTES DE CANCERS DU SEIN EN FRANCE : THÈMES ET TECHNIQUES

S. CAYROU, B. DESCLAUX, P. GUILLERD, E. TANNEAU, F. HEIM, P. SALTEL, A. GAUVAIN-PIQUARD, S. DOLBEAULT

Unité de Psycho-Oncologie, Institut CURIE, Paris.

RÉSUMÉ :

Notre projet a consisté à mettre en place de façon multicentrique des groupes psycho-éducatifs à l'intention de femmes atteintes de cancers du sein non métastatiques, à l'issue de la période des traitements. L'objectif général de cette recherche est d'étudier les effets de ce type d'intervention de groupe sur la détresse psychologique, la qualité de vie, les mécanismes de coping, au moyen d'une étude randomisée comparant un groupe traité immédiatement avec un groupe traité en différé.

Cet article décrit la structure et le contenu du programme de l'intervention psycho-éducative, dont un des aboutissements est la réalisation d'un manuel d'intervention structuré. Elle s'inspire largement des techniques cognitivo-comportementales appliquées aux groupes et comporte : des discussions thématiques autour de problèmes communs, un apport d'informations, l'apprentissage de techniques de gestion du stress telles que relaxation, assertivité, résolution de problème et restructuration cognitive.

L'objectif de cet article est de permettre à d'autres thérapeutes de s'inspirer du manuel tel qu'il a été élaboré pour animer à leur tour des groupes psycho-éducatifs en milieu oncologique, la satisfaction des patientes et le bénéfice perçu de ce type d'intervention s'avérant très positifs dans ce domaine d'application.

Mots-clés : psycho-oncologie, psychothérapie, groupe, techniques cognitivo-comportementales, éducation, cancer du sein.

SUMMARY: Psycho-educational groups in oncology for French breast cancer women: description of techniques and themes.

S. CAYROU, B. DESCLAUX, P. GUILLERD, E. TANNEAU, F. HEIM, P. SALTEL, A. GAUVAIN-PIQUARD, S. DOLBEAULT (*Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 2005 ; 15, 1, 15-21).

In our project, we developed multicentric psychoeducational groups for French women with breast cancer after the end of their treatment period. The main goal of our research was to study the effects of this type of group on variables such as psychological distress, quality-of-life and coping mechanisms, through a randomized study comparing an immediate intervention with a differed intervention. This article describes the structure and the contents of the group intervention. Largely inspired by cognitive-behavioral techniques and group techniques, it consists of thematic discussions, information and education, and the teaching of stress management techniques such as relaxation, assertivity, problem solving, cognitive restructuring.

Correspondance : S. DOLBEAULT, Unité de Psycho-Oncologie, Institut CURIE, 26, rue d'Ulm, 75248 Paris cedex 05.
Tél. : 01 44 32 40 33 ; Fax : 01 44 32 40 17.
e-mail : sylvie.dolbeault@curie.net

Ce manuel a été réalisé pour une étude menée dans 3 centres anti-cancéreux français : l'Institut Curie (Paris), le centre Léon Bérard (Lyon) et le centre Claudius Régaud (Toulouse).

L'étude portant sur l'efficacité de ces groupes a bénéficié d'une subvention obtenue dans le cadre du Programme Hospitalier de Recherche Clinique 2000.

Le protocole de recherche a été présenté à Heidelberg en 2001 (European Psycho-Oncology Society) et à Banff, Canada en 2003 (International Psycho-Oncology Society) ; le contenu de l'intervention a été présenté à Lyon en décembre 2003 (Société Française de Psycho-Oncologie) et les résultats de l'étude à Copenhague en août 2004 (International Psycho-Oncology Society).

The aim of this article is to help other clinicians who want to institute psychoeducational groups in oncology, since patient satisfaction and perceived benefits appear to be very high in this field.

Key words: *Psycho-oncology, group therapy, cognitive and behavioral techniques, education, breast cancer.*

INTRODUCTION

Dans le cadre des unités de psycho-oncologie qui se structurent actuellement en France, psychiatres et psychologues sont amenés à diversifier les types d'intervention psychothérapeutique à l'intention des patients atteints de cancer, durant la maladie, le traitement ou la période de surveillance.

Dans le cadre d'un projet soutenu par le Programme Hospitalier de Recherche Clinique 2000, nous avons mis en place des groupes psycho-éducatifs pour des femmes en fin de traitement d'un cancer du sein non métastatique, dans le but de démontrer leur efficacité sur un certain nombre de variables psychosociales. L'intervention psycho-éducative consiste en l'association d'informations, de techniques cognitivo-comportementales et de discussions de type soutien-expression. Elle affiche une ambition thérapeutique modérée (Cayrou, 2000).

Ce projet de recherche nous a amenés à structurer le manuel de l'intervention psycho-éducative, nous inspirant des données de la littérature (Fawzy, 1993 ; Classen, 1993 ; Kissane, 1997), mais surtout du travail d'un groupe d'experts. Ceci nous a permis de réaliser en 3 ans 20 groupes (203 patientes randomisées) dans 3 centres anticancéreux français (Paris, Lyon et Toulouse), animés par des psychologues et psychiatres formés aux thérapies cognitivo-comportementales, à l'animation de groupe et à la psycho-oncologie. Cet article se propose de décrire le manuel détaillé tel qu'il a été élaboré pour la recherche ainsi que le déroulement structuré des séances.

La littérature est riche sur le sujet (Fawzy, 1994 ; Meyer, 1995 ; Sheard, 1999) et nous n'évoquerons pas ici les résultats de l'étude, qui ont confirmé l'efficacité de ce type d'intervention sur l'anxiété et certaines dimensions de qualité de vie – et sont soumis dans un autre article (Dolbeault, submitted).

Le format du groupe psycho-éducatif consiste en 8 séances (hebdomadaires) de 2 heures. L'entrée dans le groupe est précédée d'un entretien individuel qui a pour but de vérifier les motivations de la personne et l'adéquation de sa demande au fonctionnement du groupe.

Ayant choisi de développer des groupes homogènes, les participantes sont toutes des femmes majeures, ayant été traitées pour un cancer du sein non métastatique et ayant terminé leur traitement curatif (entrée dans le groupe entre 15 jours et un an après la fin du traitement). En cas de trouble psychiatrique avéré (troubles psychotiques, troubles cognitifs majeurs, troubles de la personnalité, tentative de suicide récente), les patientes sont orientées vers une prise en charge psycho-oncologique individuelle.

Pour plus de lisibilité, nous avons choisi de décrire les 8 séances dans leur ordre chronologique et au plus près de leur déroulement effectif.

SÉANCE 1 : PRÉSENTATION, FONCTIONNEMENT DU GROUPE

Présentation (30 minutes)

Les deux animateurs se présentent succinctement avant les participantes et rappellent les objectifs et règles de fonctionnement du groupe (confidentialité, participation anonyme, absence de dénomination des soignants, implication sincère, respect du tour de parole).

Évocation des problèmes rencontrés pendant la maladie (45 minutes)

Après leur avoir rappelé qu'elles ont partagé une expérience « hors du commun », les animateurs proposent aux patientes de consigner par écrit les problèmes rencontrés lors des différents moments de la maladie. Chaque patiente lit la fiche d'une autre, les principaux thèmes émergents sont classés et répartis sur les 7 séances à venir. Le programme est ainsi « reconstruit » par le groupe et laisse la place à une première évocation des expériences communes.

Présentation de la notion de tâche à domicile (30 minutes)

À partir d'un exemple de la vie quotidienne (ex : faire la queue au cinéma), nous présentons

SÉANCE 3 : CHANGEMENTS CORPORELS LIÉS AUX TRAITEMENTS

Discussion sur l'impact des traitements sur le corps (1 h 10)

Quelques patientes présentent en détail la situation qu'elles ont préparée. Nous listons ensuite avec le groupe toutes les situations de vie quotidienne où les patientes rencontrent (ou ont rencontré) un problème corporel, que ce soit dans l'apparence esthétique ou les limitations physiques : cacher ou montrer, faire face à la chute des cheveux, porter une charge, gérer les douleurs séquellaires éventuelles... Nous considérons les changements corporels et les éventuelles différences de perception corporelle marquant l'avant et l'après-maladie. Il est essentiel ici de respecter la subjectivité de chacune, sans préjuger du type d'intervention chirurgicale subie : tumorectomie versus mammectomie, reconstruction immédiate versus différée.

Initiation à la résolution de problèmes (30 minutes)

Nous reprenons la liste des problèmes amenés par le groupe, essayons de trouver des solutions pratiques ou envisageons les moyens de trouver l'information adaptée. Il s'agit souvent d'introduire la notion de travail psychologique : intégrer progressivement les nouveaux aspects expérimentiels ; travailler sur la notion du perdu et du retrouvé ; chercher à être « comme avant » (reconstruction, régime...) ou s'accepter comme on est.

La tâche à domicile pour la séance 4 doit traiter d'un problème touchant au rôle familial, conjugal, social, ou professionnel.

Relaxation (20 minutes)

Nous reprenons le travail respiratoire, les contractions-relâchements sur les bras et nous ajoutons les jambes avant de reglobaliser.

SÉANCE 4 : IMPACT DE LA MALADIE ET DES TRAITEMENTS SUR L'ESTIME DE SOI

Faire une liste de trois messages positifs pour soi (5 minutes)

Après un temps de préparation, chaque patiente fait part de ses propositions aux autres.

Discussion autour de l'impact de la maladie sur l'estime de soi (45 minutes)

Nous reprenons les tâches à domicile. Comme à la séance précédente, il s'agit de repérer les divers changements de rôle qui se sont opérés depuis la maladie. La perception identitaire, les relations au travail et dans le couple représentent les thèmes récurrents.

Initiation à la résolution de problèmes (30 minutes)

Nous nous attachons à chercher des solutions concrètes aux problèmes souvent posés : prêt bancaire, assurances, reprise du travail, organisation au domicile. Avantages et inconvénients des différentes alternatives sont recherchés : cacher ou dire, envisager un mi-temps thérapeutique...

Nous travaillons sur l'intégration de l'expérience pour aider à retrouver une estime de soi plus positive. Le groupe est ici d'une aide précieuse dans les encouragements et les échanges d'informations que chacune prodigue aux autres.

Faire un compliment aux trois personnes situées à sa droite (20 minutes)

Les personnes qui le reçoivent peuvent s'exprimer par rapport à ce compliment, voire exprimer le décalage de ressenti.

Les participantes ont à préparer pour la cinquième séance une situation aversive d'incertitude en lien avec la maladie. Nous leur demandons de commencer à repérer les pensées et croyances négatives.

Relaxation (20 minutes)

Nous reprenons le travail des séances précédentes et ajoutons un relâchement spécifique des épaules et de la nuque.

SÉANCE 5 : GÉRER L'INCERTITUDE

Discussion autour de la peur de l'incertitude (45 minutes)

Quelles que soient les situations amenées – apparition d'une douleur, anticipation de la consultation de surveillance ou d'examen à venir – l'angoisse de la récurrence est la préoccupation la plus intense des participantes. Nous repérons les événements qui génèrent cette anxiété (reportages, lectures, énumération par les proches de per-

la grille d'analyse des situations en s'appuyant sur les 5 colonnes de Beck (situation, émotions, pensées, comportements, conséquences). Les participantes sont encouragées – mais non obligées – à analyser à l'avance une situation-problème en rapport avec le thème de la future séance, ce qui offre une base de réflexion au début de chaque séance. Nous précisons l'intérêt de cette grille d'analyse tout en sollicitant une réflexion critique par rapport à ce cadre.

Nous leur présentons la tâche pour la seconde séance : utiliser les 5 colonnes de Beck à partir d'une situation de la vie quotidienne ; dans un second temps, lister les émotions et pensées en relation avec le sens et les causes de la maladie.

Relaxation (15 minutes)

Nous leur présentons la technique de relaxation utilisée, inspirée des méthodes de Jacobson et de Schultz, les objectifs de la relaxation, et les encourageons à la pratique à domicile. Lors de la première séance, nous travaillons sur la recherche d'une position confortable et la concentration sur la respiration.

SÉANCE 2 : LES CAUSES ET LE SENS DE LA MALADIE CANCÉREUSE

Analyse en commun de la situation de la vie quotidienne (10 minutes)

Ce moment est rapide, il sert à vérifier que les participantes n'ont pas rencontré trop de difficultés à remplir les colonnes de Beck, réussissant à partir d'une situation simple à distinguer les émotions, les pensées et les comportements.

Interrogations sur les causes et le sens du cancer (1 heure 25)

Nous commençons par lister toutes les causes, reconnues scientifiquement ou non, dont le groupe a connaissance pour expliquer l'apparition du cancer du sein : antécédents familiaux, rôle des hormones, alimentation, stress... Nous offrons des informations générales sur l'état des connaissances scientifiques : multifactorialité du cancer du sein, débat sur le rôle du traitement hormonal substitutif, place de la génétique... Enfin, nous rappelons que si le rôle des facteurs psychologi-

ques (personnalité, répression des émotions négatives, deuils) n'a pas été prouvé scientifiquement, il relève du registre des croyances personnelles et a sa place dans l'élaboration du sens à donner à la maladie.

Après ce *brainstorming* sur les causes, nous poursuivons avec les contenus préparés par les patientes, plusieurs personnes évoquant les pensées, émotions et éventuellement situations qui les renvoient à la question de l'origine de leur maladie et du « pourquoi moi ? ». L'analyse des pensées fait souvent ressortir des attributions causales divergentes entre celles qui développent un contrôle interne (« je me suis créé le cancer ; si je maîtrise mieux mon stress, je ne vais pas récidiver... ») et celles qui développent un contrôle externe (« c'est le hasard, la fatalité, je m'en remets simplement aux médecins... »).

Ayant pris acte du fait que les questions relatives à la recherche des causes peuvent sous-tendre une volonté de contrôle, nous soulignons que donner un sens et retrouver la notion de contrôle sur sa vie est signe d'une adaptation psychologique utile, permettant de réagir à la survenue d'un événement arbitraire. La perte de contrôle du fait de la maladie (non-choix du cancer) ne signifie pas la perte de tout contrôle.

Nous prenons ensuite un temps pour évaluer l'impact émotionnel et comportemental des différentes croyances, pour bien différencier contrôle interne et externe : responsabilité, optimisme, moteur au changement sur le versant du contrôle interne (avec le risque de submersion par la culpabilité et l'hyperactivité anxieuse) ; évitement, capacité à faire autre chose du côté du contrôle externe (avec le risque de submersion par l'impuissance et la dépression). En règle générale, le groupe trouve un consensus dans l'idée d'un continuum entre contrôle interne et externe, avec cependant une tendance à être plus dans le contrôle interne.

Nous proposons la tâche de la séance suivante, qui consiste à analyser une situation où l'impact des traitements sur le corps est vécu comme problématique.

Relaxation (20 minutes)

Nous abordons les principes de contraction-relâchement spécifique à la méthode Jacobson, en association avec la respiration. Nous travaillons particulièrement le relâchement des bras et des épaules, puis la sensation globale de détente.

sonnes décédées du cancer...) mais aussi les comportements qui peuvent la faire diminuer (information adéquate, comportements de surveillance appropriés, mais aussi contacts amicaux, distraction...).

Dans certains groupes, ce moment est l'occasion d'aborder la peur de la mort. Parler de la perte du sentiment illusoire d'invulnérabilité permet aussi de découvrir la maturité et la profondeur gagnées à se savoir mortel. Sur le plan adaptatif, nous soulignons l'importance de l'équilibre à rechercher entre la connaissance des risques (rechute, évolution, mort) et l'évitement.

Restructuration des pensées automatiques négatives (50 minutes)

Nous reprenons les pensées négatives à l'origine de l'anxiété exprimée, auxquelles nous associons la recherche de pensées alternatives plus fonctionnelles. Ces pensées sont envisagées comme des hypothèses et non comme des faits acquis. Certains mécanismes de pensée magique ou irrationnelle, voire conjuratoire, sont mis en cause. Par exemple, nous discutons fréquemment du rythme des consultations de surveillance, du sentiment d'abandon à l'issue des traitements, des pensées irrationnelles en lien avec la douleur ou l'hormonothérapie.

Pour la sixième séance, les participantes doivent analyser un moment réussi et un moment plus difficile de communication avec les proches (famille ou collègues), et repérer les pensées et croyances négatives associées.

Relaxation (20 minutes)

Nous reprenons le travail des séances précédentes et ajoutons la perception des bruits du cœur.

SÉANCE 6 : RELATIONS AVEC LES PROCHES (FAMILLE, COLLÈGUES OU AUTRES)

Discussion autour de situations positives (30 minutes)

Dans cet exercice, il est important de repérer ce que chaque participante a pu ressentir de positif dans la relation à autrui, de mettre en valeur l'importance du soutien et la nécessité de la communication dans le maintien du lien, en dépit des changements. Il n'est pas rare que l'idée d'une

communication implicite, infra-verbale, soit considérée comme un idéal de communication ; ou que la rupture soit jugée préférable à une résolution du conflit par la verbalisation. Ces idées sont discutées dans le groupe et des alternatives sont recherchées.

Discussion et jeux de rôles autour de situations problèmes (1 heure 10)

Nous sélectionnons les situations amenées par le groupe qui semblent les plus appropriées au jeu de rôle : ciblées dans le temps, l'espace et l'interaction, elles doivent témoigner du désir de maintenir le lien avec un autre reconnu comme important.

Les principes du jeu de rôle sont présentés aux participantes. La scène est jouée plusieurs fois en y intégrant des propositions de stratégies de communication alternatives (formuler son ressenti en son nom, faire de l'empathie, clarifier son besoin et les attentes de l'autre, faire une proposition précise et concise). Les jeux de rôle permettent de travailler la capacité à mettre des limites à un proche envahissant, retrouver un dialogue sincère et ouvert avec un proche évitant, gérer l'agressivité des collègues surchargés par son absence, faire l'annonce à des proches que l'on a cherché à protéger...

Pour préparer la septième séance consacrée cette fois aux relations avec les soignants (médecin, infirmière, assistante sociale, ambulancier), les participantes doivent amener deux situations de communication, une réussie et une plus difficile.

Relaxation (20 minutes)

Les patientes étant plus familiarisées avec la méthode, nous pouvons travailler sur la perception de ressentis plus subtils.

SÉANCE 7 : RELATIONS AVEC LES SOIGNANTS

Cette séance se déroule sur le même modèle que la précédente.

Discussion autour de situations positives (50 minutes)

À partir des situations amenées, nous repérons les attentes des patientes à l'égard des soignants : être compétent techniquement, informer, expliquer, être disponible, avoir des qualités humaines

et communicationnelles. Les attentes humaines sont variées et souvent démesurées. Nous soulignons l'efficacité des stratégies de communication positive.

Discussion et jeux de rôles autour de situations problèmes (1 heure 10)

Les scènes jouées ici sont majoritairement en lien avec l'idée d'une confrontation déséquilibrée entre un professionnel – considéré comme détenteur d'un savoir et d'un pouvoir, mais aussi sous forte contrainte technique et temporelle – et un patient qui a besoin d'exprimer ses besoins : écoute, questions, inquiétudes. Nous proposons de nuancer les attentes relevant du versant émotionnel pour se recentrer sur des attentes plus réalistes en lien avec la compétence technique du médecin : préparer la consultation, poser des questions précises et adaptées, reformuler pour vérifier sa bonne compréhension, évoquer son ressenti, chercher un deuxième avis. Nous aidons les patients à prendre conscience des limites des comportements excessifs (retrait total ou agressivité) en les orientant vers des stratégies plus assertives.

Pour la dernière séance, nous leur demandons de faire le bilan de cette expérience de groupe (vécu positif et négatif) et d'établir une liste d'objectifs personnels.

Relaxation (20 minutes)

Le principe de répétition permet d'affiner la pratique, d'échanger sur les ressentis et sur les éventuelles difficultés à pratiquer à domicile.

SÉANCE 8 : LES OBJECTIFS PERSONNELS

Bilan du groupe (1 heure)

Il s'agit de faire émerger les points forts de cette expérience et les aspects à améliorer, les sentiments liés au groupe et à la fin des séances. Nous légitimons le désir de certaines de poursuivre le travail amorcé par une démarche individuelle.

Bilan des objectifs personnels (1 heure)

Lors de cet échange, nous proposons aux patientes d'identifier l'impact de la maladie sur leurs objectifs de vie et sur la perception – de rupture ou de continuité – depuis l'irruption de la maladie dans leur vie.

Relaxation

Lors de cette dernière relaxation, il leur est proposé d'enregistrer la séance.

Le groupe se termine bien souvent de façon conviviale et avec la perspective, initiée par les patientes, de poursuivre les échanges dans un cadre plus informel.

CONCLUSION

La pratique des groupes psycho-éducatifs en oncologie nous offre une expérience clinique riche et concluante, confortée par le haut niveau de satisfaction exprimé par les participantes. Les techniques cognitivo-comportementales utilisées en groupe nous semblent s'adapter parfaitement à notre population et répondent aux besoins exprimés d'information, d'éducation et de support émotionnel (Razavi, 2002 ; Dolbeault, 2003).

Ces groupes représentent une alternative ou un complément à l'approche psycho-oncologique individuelle, et doivent trouver leur essor en France, sur les pas des pays anglo-saxons rodés à ces méthodes (Cain, 1986 ; Fawzy, 1998).

La prochaine étape consiste de notre point de vue à élargir les indications des groupes psycho-éducatifs à d'autres types de cancers et d'autres moments de la maladie cancéreuse, pour le plus grand bénéfice de tous.

Note : toute personne intéressée à recevoir le manuel in extenso peut le demander en écrivant à S. Dolbeault.

RÉFÉRENCES

- CAIN E, KOHORN E, QUINLAN D, LATIMER K, SCHWARTZ P. Psychosocial benefits of a cancer support group. *Cancer* 1986 ; 57 : 183-189.
- CLASSEN C, DIAMOND S, SOLEMAN A, FOBAIR P, SPIRA J, SPIEGEL D. Brief supportive-expressive group therapy for women with primary breast cancer: a treatment manual. Stanford University School of Medicine, Stanford, CA 94305, 1993.
- CAYROU S. Évaluation des effets d'une intervention de groupe de type psycho-éducatif sur des femmes atteintes de cancer du sein : étude randomisée. Thèse pour l'obtention du grade de docteur en psychologie de l'université Toulouse II, 2002.
- DOLBEAULT S, CAYROU S, VIALA A. Les groupes psycho-éducatifs : un modèle éducatif pour les patients atteints de cancer. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie* 2003 ; 4 : 155-160.

- DOLBEAULT S, CAYROU S, VIALA A, *et coll.* A randomised multicentric study of psycho-educational groups for french breast cancer women. *Psycho-Oncology* (submitted).
- FAWZY F, FAWZY N. Psycho-educational interventions. in Handbook of Psycho-Oncology. Holland J.C., 1998 : 682-693.
- FAWZY F, FAWZY N. A structured psychoeducational intervention for cancer patients. *General Hospital Psychiatry* 1994 ; 16 : 146-192.
- FAWZY F, FAWZY N. Patient Manual : intervention for cancer patients. UCLA School of Medicine Psychiatry and Behavioural Sciences. USA – LA CA 90024, 1993.
- KISSANE D, BLOCH S, MIACH P, SMITH G, SEDDON A, KEKS N. Cognitive-existential group therapy for patients with primary breast cancer – techniques and themes. *Psycho-Oncology* 1997 ; 6 : 25-33.
- MEYER T, MARK M. Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients : a meta-analysis of randomised experiments. *Health Psychology* 1995 ; 14 : 101-108.
- RAZAVI D, DELVAUX N, MERCKAERT I, ROE F. Information et éducation. dans : Interventions psycho-oncologiques : la prise en charge du malade cancéreux. Collection Médecine et Psychothérapie, Masson, 2ème édition, 2002 : 61-109.
- SHEARD T, MAGUIRE P. The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients : results of two meta-analyses. *British Journal of Cancer* 1999 ; 80 : 170-1780.