Bulletin Amades

Anthropologie Médicale Appliquée au Développement Et
à la Santé

71 | 2007
71

Sciences de l'homme et cancérologie

14 et 15 juin 2007-09-26 Boulogne-Billancourt

Marie Bonnet

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/amades/193>

DOI : 10.4000/amades.193

ISSN : 2102-5975

Éditeur

Association Amades

Édition imprimée

Date de publication : 1 septembre 2007

ISSN : 1257-0222

Référence électronique

Marie Bonnet, « Sciences de l'homme et cancérologie », *Bulletin Amades* [En ligne], 71 | 2007, mis en ligne le 02 février 2009, consulté le 14 septembre 2020. URL : <http://journals.openedition.org/amades/193>

Ce document a été généré automatiquement le 14 septembre 2020.

© Tous droits réservés

Sciences de l'homme et cancérologie

14 et 15 juin 2007-09-26 Boulogne-Billancourt

Marie Bonnet

- ¹ L'institut national du cancer (INCa), a accueilli son deuxième colloque annuel « Sciences Humaines et Cancer ». Il s'agissait de faire le point sur les avancées de diverses sciences humaines et sociales travaillant dans le domaine de la cancérologie : philosophie, politologie, psychologie, sociologie, anthropologie, psychiatrie, psychanalyse, épidémiologie, économie. Ce colloque réunissait en outre des représentants d'associations de malades et anciens malades du cancer, ainsi que des oncologues. Les sessions étaient organisées autour de trois thématiques complémentaires: la logique de prévention, la relation patient-médecin, la qualité de vie. Cet article brosse un bref aperçu des questions adressées aux sciences humaines et sociales et des présentations faites à l'occasion de ces journées. Une synthèse et une présentation des abstract des différents chercheurs présents à ces journées sont disponibles sur le site Internet de l'INCa : voir rubrique intitulée « colloque SHS-Juin 2007 » à l'adresse suivante : <http://www.e-cancer.fr/Recherche/>

1) Comment passer des politiques de prévention à une culture de prévention ?

- ² La prévention est un volet important des politiques de santé publique à l'évaluation duquel les SHS sont convoquées. Pourquoi, malgré l'accent croissant mis sur cette politique de prévention, la maladie est en augmentation depuis 20 ans ? D'abord, on assimile souvent à de la prévention les politiques de dépistage systématique. Si ces politiques sont fondamentales pour accroître les chances de succès des thérapies, elles ne contribuent en rien à une moindre émergence de la maladie. Par ailleurs, une politique de prévention n'est pas la même chose qu'une culture de prévention : il convient de s'interroger sur les ressorts auxquels les politiques de prévention font appel et sur leur aptitude à modifier les comportements. La pertinence du recours de plus en plus fréquent au registre de la peur a en particulier été discutée. Le recours à des moyens coercitifs, dont l'efficacité est indéniable par exemple dans le cas du

tabagisme ou de la prévention des accidents de la route, est souvent « constitutif » d'une privation de liberté. Enfin, l'appel à la responsabilité de chacun trouve ses limites dans le fait que nous ne sommes pas tous égaux devant la maladie. Le véritable enjeu d'une culture de prévention pourrait être d'arriver à gommer les facteurs d'inégalité en matière d'épidémiologie du cancer pour préserver la liberté et la responsabilité de chacun.

2) Relation patient - médecin : il y a du transfert !

- 3 Le colloque singulier est un maillon fondamental de la relation de soins.
- 4 Il arrive qu'apparaisse au sein de la relation qui se tisse entre le patient et son médecin une demande qui excède la possibilité du thérapeute. Les médecins se voient conférer une toute puissance qu'ils n'ont pas. La promiscuité affective avec le patient est décrite par les médecins comme difficile à gérer : comment garder la bonne distance en évitant de s'effondrer ?
- 5 Dans cette rencontre avec les patients, il est important que soit rendue possible pour le patient l'énonciation de sa biographie et qu'il puisse situer son parcours de vie quand arrive la maladie.
- 6 Dès que la possibilité d'un cancer apparaît, ce sont les mythes, les métaphores et les significations symboliques de cette maladie qui font irruption. La difficulté est alors de permettre une relation où les malades se sentent autorisés à exprimer ce qu'ils croient et ce qu'ils savent. Les praticiens doivent aussi apprendre à reconnaître la dimension dynamique de l'interaction qui se noue avec le patient et la temporalité qui est la leur, marquée par leur difficulté à se projeter autrement qu'à court terme.
- 7 L'établissement de la communication laisse la place à différents registres: le positionnement du médecin entre mensonge et vérité reste une question quasi-philosophique que les anthropologues tentent d'éclairer. Ce sujet prend tout son relief en pédiatrie, où la dimension des capacités cognitives de l'enfant et la présence de ses parents, ajoutent des particularités au colloque singulier.
- 8 Il semble in fine fondamental pour comprendre la relation soignant-soigné de prendre en compte la relation transférentielle et contro-transférentielle – au sens psychanalytique- qui s'y instaure. C'est notamment cette prise en compte qui peut laisser la place à un sujet qui ne soit pas réifié du fait de la maladie et de la situation thérapeutique.

3) La mesure de la qualité de la vie des patients atteints de cancer : que mesure-t-on vraiment ?

- 9 Le dernier sujet abordé par ces journées portait sur la qualité de vie des patients. Si les progrès de la médecine permettent aujourd'hui de prolonger la durée de vie des patients, encore faut-il s'interroger sur la qualité de ce temps de vie supplémentaire. L'OMS en a donné la définition suivante : « la qualité de vie est la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit et en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes ».

- 10 Or, pour savoir si on améliore la qualité de la vie des patients atteints de cancer, encore faudrait-il savoir la mesurer. Des démarches structurées existent, mais force est de constater qu'il est souvent difficile de connaître exactement ce qui est mesuré par ces démarches. Elles rencontrent des limites intrinsèques en se cantonnant essentiellement à la mesure de la santé perçue.
- 11 D'autres approches ont été présentées pour « aller plus loin ». Il a été question notamment de l'impact des facteurs psychosociaux sur la qualité de vie, des déterminants psychologiques des douleurs, ou encore de la sexualité des patients en aval des traitements.

Conclusion

- 12 Ce colloque a permis de vérifier la vivacité de la recherche en sciences sociales sur les questions liées au cancer : de nombreux chercheurs travaillent sur le terrain, directement au contact des équipes soignantes. Un dialogue fructueux s'est établi entre disciplines de sciences humaines et sociales mais aussi entre les chercheurs et les praticiens. Nonobstant, de nombreuses attentes ont été exprimées vis-à-vis des sciences humaines au cours de débats vifs et animés. Le Pr Maraninchi, président de l'INCa a notamment insisté sur la nécessité d'une transférabilité rapide des résultats de la recherche en Sciences de l'Homme.
- 13 Cette demande adressée aux sciences de l'homme justifie la poursuite de l'action de l'INCa en ce domaine et constitue un défi pour les chercheurs. La possibilité qui transparaissait aussi au fil de ces journées de faire travailler ensemble diverses sciences de l'homme, dans le but d'une meilleure adéquation des soins aux besoins des patients et dans le respect de leur position de sujet, était dans cette perspective fort encourageante.