



HAL
open science

Attitudes et représentations dans l'adhésion au traitement adjuvant d'hormonothérapie chez des patientes suivies pour un cancer du sein non-métastatique

C. Galand, Edith Salès-Wuillemin, Philippe Amiel

► To cite this version:

C. Galand, Edith Salès-Wuillemin, Philippe Amiel. Attitudes et représentations dans l'adhésion au traitement adjuvant d'hormonothérapie chez des patientes suivies pour un cancer du sein non-métastatique. *Revue Internationale sur le Médicament*, 2010, 3, pp.117-160. halshs-00609714

HAL Id: halshs-00609714

<https://shs.hal.science/halshs-00609714v1>

Submitted on 19 Jul 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Attitudes et représentations dans l'adhésion
au traitement adjuvant d'hormonothérapie
chez des patientes suivies pour un cancer du
sein non-métastatique**

Charles Galand*

Doctorant en Psychologie Sociale

charles.galand@hotmail.fr

Édith Salès-Wuillemin*

Professeure de Psychologie Sociale,
Codirectrice du laboratoire EA4386 et
directrice de l'équipe de Paris 8

Philippe Amiel**

Directeur de l'Unité de Recherche de Sciences
Humaines et Sociales de l'IGR

* Laboratoire Parisien de Psychologie Sociale
(EA4386)
Équipe de l'Université Paris 8

** Institut de cancérologie Gustave Roussy

Attitudes et représentations dans l'adhésion au traitement adjuvant d'hormonothérapie chez des patientes suivies pour un cancer du sein non-métastatique

Résumé

L'hormonothérapie est un traitement adjuvant, prescrit par voie médicamenteuse. Ce traitement comporte de nombreux effets secondaires, mais il est nécessaire pour réduire le risque de récurrence du cancer du sein non-métastatique. L'écart perçu entre les désagréments entraînés par la prise du traitement et le bénéfice attendu est donc central pour la question de l'adhésion. C'est cet objectif que poursuit cette étude : il s'agit d'étudier les attitudes et les représentations vis-à-vis du traitement afin de mieux appréhender ce qui sous-tend l'adhésion ou au contraire, la non adhésion au traitement. Dix entretiens non-structurés ont été réalisés avec des patientes suivies à l'Institut Gustave Roussy (Villejuif, France). Toutes déclaraient, au moment de l'enquête, prendre quotidiennement un traitement d'hormonothérapie. Au niveau attitudinal, les résultats révèlent trois modes de rationalisation : *déni*, *étayage*, *rééquilibrage*, utilisés pour justifier la survenue d'effets secondaires. Au niveau représentationnel, les résultats révèlent trois paradoxes relatifs : au fonctionnement du traitement, à l'explication du processus de guérison, à l'évaluation de l'état de santé. Ces résultats offrent des pistes pour anticiper les constructions cognitives à l'œuvre dans le changement d'attitude et la gestion de l'intégration de paradoxes inhérents au suivi d'un traitement contraignant. Les conclusions de cette étude permettent d'envisager des stratégies d'intervention pour renforcer l'adhésion au traitement.

Attitudes et représentations dans l'adhésion au traitement
adjuvant d'hormonothérapie chez des patientes suivies
pour un cancer du sein non-métastatique

Mots-clés : Attitude, Représentations sociales, Cancer, Traitement, Hormonothérapie, Adhésion.

Abstract

The hormone therapy as an adjuvant treatment is prescribed by medicinal way. This treatment implies a lot of side effects but is necessary in order to reduce the risk of non-metastatic breast cancer recurrence. The gap between the inconveniences involved by the treatment administration and the expected benefit is fundamental to the compliance issue. Its administration way and its usage background cause problems regarding the long term consumption. The purpose of this study is to analyze the attitudes and representations towards the treatment in order to better comprehend what underlies the compliance or, to the contrary, the non-compliance. 10 non-structured interviews were conducted with patients from the Gustave Roussy Institute (Villejuif, France). All of them declared during the survey that they were having daily hormone therapy. From an attitudinal perspective, the results revealed three reasoning trends: *denial*, *shoring*, *reequilibration*, used to justify side effects occurrence. From a representational perspective, the results revealed three paradoxes regarding: the treatment mechanism, the explanation of the healing process and the evaluation of the health state. These results offer possible explanations in order to anticipate the cognitive constructions involved in the attitude change and the integration management of inherent paradoxes along a restrictive

Attitudes et représentations dans l'adhésion au traitement adjuvant d'hormonothérapie chez des patientes suivies pour un cancer du sein non-métastatique

treatment. The conclusions of this study allow acknowledging communication strategies in order to reinforce the treatment compliance.

Key words: Attitude, Social representations, Cancer, Treatment, Hormonotherapy, Compliance.

Resumen

La hormonoterapia es un tratamiento coadyuvante, prescrito por vía medicamentosa. Este tratamiento implica varios efectos secundarios, sin embargo, es necesario para disminuir el riesgo de recidiva del cáncer de seno no metastático. La diferencia percibida entre las contrariedades comportadas por la toma del tratamiento y el beneficio esperado es de alta importancia para la cuestión de la adhesión. El objetivo que este trabajo está buscando es de estudiar las actitudes y las representaciones hacia el tratamiento con el fin de comprender mejor lo que implica la adhesión o no adhesión al mismo. 10 entrevistas no estructuradas fueron realizadas con pacientes del Instituto Gustave Roussy (Villejuif, Francia). Todos declararon, en el momento de la encuesta, que seguían un tratamiento de hormonoterapia. Desde el punto de vista de la actitud, los resultados revelan tres modos de racionalización: *negación*, *apuntalamiento* y *reequilibrio* que fueron utilizados para la justificación de la aparición de los efectos secundarios. Desde el punto de vista de la representación, los resultados muestran tres paradojas relativas al funcionamiento del tratamiento, a la explicación del proceso de curación y a la

Attitudes et représentations dans l'adhésion au traitement adjuvant d'hormonothérapie chez des patientes suivies pour un cancer du sein non-métastatique

evaluación del estado de salud. Estos resultados ofrecen indicios para anticipar las construcciones cognoscitivas que participan al cambio de actitud y la gestión de paradojas inherentes al seguimiento del tratamiento apremiante. Las conclusiones de este trabajo permiten proyectar estrategias de intervención para intensificar la adhesión al tratamiento.

Palabras clave: Actitud, Representaciones sociales, Cáncer, Tratamiento, Hormonoterapia, Adhesión.

Remerciements :

Les auteurs tiennent à remercier : Mario Di Palma, Fabrice André et Suzette Delalogue de l'Institut Gustave Roussy, sans qui cette étude n'aurait pu être réalisée.

Cet article est issu d'une recherche qui a bénéficié d'une allocation doctorale du Cancéropôle Ile-de-France dans le cadre d'un appel à projets lancé par l'organisme en 2007.

L'hormonothérapie : traitement adjuvant du cancer du sein

En France, près de 300 000 personnes vivent avec un cancer du sein (Faure, 2000). Ce type de cancer touche annuellement plus de 40 000 femmes et est responsable de près de 11 000 décès (IARC, 2007). En l'an 2000, le cancer du sein représentait 35,7% des cancers féminins et était la première cause de décès par cancer chez la femme (Trétarre et coll., 2004). Le nombre de nouveaux

Attitudes et représentations dans l'adhésion au traitement adjuvant d'hormonothérapie chez des patientes suivies pour un cancer du sein non-métastatique

cas diagnostiqués a augmenté de plus de 60% entre 1975 et 2000. Le taux de mortalité est resté stable jusqu'en 2000 et tend à se réduire depuis, grâce au développement des pratiques de dépistage, au progrès des traitements dits de « première ligne » et à celui des thérapies adjuvantes (Rochefort et Rouëssé, 2008).

Dans le cas des cancers du sein non-métastatiques, les principaux moyens médicaux dont on dispose à l'heure actuelle en France pour traiter la maladie sont : l'intervention chirurgicale, la chimiothérapie, la radiothérapie, l'hormonothérapie lorsque le cancer est « hormonosensible » (c'est-à-dire sensible à l'action des hormones). Les cancers du sein non-métastatiques hormonosensibles seraient assez fréquents puisque cela correspondrait à 70 % des cas diagnostiqués au stade précoce chez les femmes ménopausées (Grann et coll., 2005). Pour ce type de cancer, l'hormonothérapie est prescrite comme traitement adjuvant, sur le long-cours, pour prévenir du risque de récurrence. Son action vise à réduire le taux d'hormones féminines afin d'éviter la prolifération de cellules cancéreuses hormonosensibles et, par conséquent, la réapparition d'une tumeur.

Il existe deux types de traitement d'hormonothérapie : le tamoxifène et les inhibiteurs de l'aromatase. Si leurs bénéfices sont comparables, leur logique de prescription diffère selon plusieurs paramètres tels que : l'âge de la patiente, le type de cancer, etc. (cf. Spano, 2007). Les essais thérapeutiques ont montré qu'un suivi au tamoxifène pendant cinq ans aboutit à une

Attitudes et représentations dans l'adhésion au traitement adjuvant d'hormonothérapie chez des patientes suivies pour un cancer du sein non-métastatique

réduction de 26 % du risque de décès dû au cancer et diminue de 50 % celui de bilatéralisation de la maladie (Fisher B. et coll. 2005). Certains auteurs soulignent les perspectives encourageantes qu'offrent les inhibiteurs de l'aromatase pour prévenir du risque de récurrence à long terme (Goss et Strasser-Wuippl, 2004). Forbes et coll. (2008) ont constaté que les patientes ménopausées suivies pendant cinq ans à l'anastrozole ont un taux de récurrence plus faible que celles suivies au tamoxifène (taux de récurrence à cinq ans : 9,7% contre 12,5% ; taux de récurrence à neuf ans : 17% contre 21,8%).

Bien que le tamoxifène et les inhibiteurs de l'aromatase se soient imposés comme les deux traitements adjuvants de référence pour lutter contre le risque de récurrence du cancer du sein hormonosensible non-métastatique, ils induisent des effets secondaires plus ou moins gênants. Le tamoxifène provoque des bouffées de chaleur et augmente le risque de phlébites, d'embolies pulmonaires, d'accidents vasculaires cérébraux et de cancers de l'endomètre (Fabian et Kimler, 2002 ; Lindahl, 2008). Les inhibiteurs de l'aromatase augmentent le risque d'ostéoporose et provoquent des douleurs articulaires et musculaires (Veronesi, Maisonneuve, Decensi, 2007 ; Reid et coll., 2008). Dans le cadre de pathologies cancéreuses, l'administration d'un traitement par voie orale comporte de nombreuses difficultés (mésusage, surveillance et communication des effets secondaires, etc.) qui sont au cœur des préoccupations des praticiens (Regnier-Denois et coll., 2009). Dans le cas du

Attitudes et représentations dans l'adhésion au traitement adjuvant d'hormonothérapie chez des patientes suivies pour un cancer du sein non-métastatique

cancer du sein localisé, la question de l'adhésion au traitement d'hormonothérapie se pose, car la posologie implique une prise quotidienne par voie médicamenteuse sur le long-cours.

L'adhésion au traitement

Les effets secondaires sont incriminés dans la littérature comme facteur d'arrêt du traitement. Dans une étude de suivi d'observance, Barron et coll. (2007) rapportent que 22% des femmes traitées au tamoxifène arrêtent leur traitement au bout d'un an, 28% au bout de deux ans et 35% après trois ans et demi. Dans un autre suivi d'observance, Henry et coll. (2007) rapportent que 13% des femmes arrêtent leur traitement d'inhibiteur de l'aromatase avec la survenue de douleurs articulaires, le temps médian d'abandon du traitement étant de six mois. Dans ces deux recherches, les différentes mesures subjectives auprès des patientes montrent que la perception et le vécu des traitements jouent un rôle essentiel dans l'abandon et le suivi des prescriptions.

Dans ce type d'étude, l'adhésion au traitement rappelle les conceptions défendues dans les modèles sociocognitifs anglo-saxons (tels que le Health Belief Model, la Théorie de l'Action Raisonnée, ou la Théorie de l'Action Planifiée..., pour une revue de littérature détaillée cf. : Bruchon-Schweitzer, 2002 ; ou encore : Ogden, 1996/2007) selon lesquels les croyances à l'égard de la santé et de la maladie déterminent l'orientation de

Attitudes et représentations dans l'adhésion au traitement adjuvant d'hormonothérapie chez des patientes suivies pour un cancer du sein non-métastatique

l'individu vers un « comportement sain ». Dans ces modèles, l'adhésion au traitement est conçue comme une balance décisionnelle où l'adoption du « comportement de santé » dépendra du poids subjectif que l'individu accorde aux bénéfices et aux coûts attendus du traitement. Pourtant, au-delà du sentiment d'efficacité thérapeutique (Antignac et coll. 2003), une multitude d'autres facteurs semblent interférer dans le suivi des prescriptions. Delfraissy (2004) souligne notamment que l'adhésion au traitement sur le long terme ne dépend pas que des facteurs liés aux patients (influences des variables sociodémographiques) ou au traitement (l'acceptabilité du schéma thérapeutique, les symptômes ressentis, etc.); les facteurs liés à l'équipe médicale (confiance dans les médecins, bonne communication, etc.) joueraient un rôle tout aussi important.

Dans une perspective anthropologique et psychodynamique, l'étude de Pellegrini et Sarradon-Eck (2007, 2009), sur l'évolution de la perception du tamoxifène chez des patientes traitées pour un cancer du sein localisé, a permis de mettre en évidence trois phases déterminantes pour l'adhésion au traitement sur le long-cours.

1/ La phase en amont de l'instauration du traitement se caractérise par la rencontre du patient avec l'institution et l'équipe soignante. Cette phase serait décisive pour l'adoption du traitement, car la qualité des premiers échanges conditionnerait

Attitudes et représentations dans l'adhésion au traitement adjuvant d'hormonothérapie chez des patientes suivies pour un cancer du sein non-métastatique

en grande partie le crédit accordé aux informations médicales.

2/ La période de l'instauration du traitement est marquée par la vulnérabilité que provoque le commencement du traitement et le retour à domicile. Cette phase est qualifiée de période « critique », car les patientes perçoivent les premiers effets indésirables du traitement hors du cadre sécurisant de l'hôpital.

3/ L'inscription du traitement dans la durée dépendrait ensuite de la réussite à intégrer plusieurs paradoxes liés à sa poursuite. Les auteures soulignent, en particulier, la difficulté des patientes à « sortir de la maladie » tout en prenant quotidiennement un traitement pour éviter son retour. Il s'agit, en l'occurrence, de lutter contre le risque de récurrence tout en supportant dans la durée des effets indésirables qui évoquent le vieillissement et suscitent des interrogations sur le devenir.

L'étude de Pelligrini et Sarradon (Op. Cit) met en avant le caractère dynamique de l'adhésion à l'hormonothérapie, notamment le fait que l'adhésion soit consubstantielle de la relation de confiance qui s'instaure entre la patiente et les médecins. Pour autant, l'adhésion ne dépend pas uniquement de déterminants relationnels ou de la qualité de la relation avec le médecin. La prise de l'hormonothérapie fait intervenir un contexte particulier de prescription, car les traitements de premières lignes s'achèvent et l'instauration du traitement marque l'entrée de la patiente dans une phase de rémission. À un

Attitudes et représentations dans l'adhésion au traitement adjuvant d'hormonothérapie chez des patientes suivies pour un cancer du sein non-métastatique

niveau individuel, la perception d'effets secondaires peut remettre en cause la nécessité de poursuivre le traitement. À un niveau collectif, les valeurs sociales associées aux vécus des effets secondaires peuvent également intervenir dans l'acceptabilité du traitement. Malgré cela, l'adhésion est la plus souvent maintenue et tout un ensemble de processus attitudinaux et représentationnels sont probablement déterminants dans ce maintien.

L'objectif de cette étude est de décrire les processus en jeu dans l'adhésion au traitement d'hormonothérapie dans le cas de cancer du sein localisé. Le cadre théorique de référence choisi pour décrypter ces processus a porté sur la théorie de la *dissonance cognitive* et la théorie des *représentations sociales*.

Théorie de la dissonance cognitive

Dans la théorie de la dissonance cognitive, Festinger (1957, 1964) (voir en français : Poitou, 1974) a joué un rôle majeur pour décrire le changement d'attitude à un niveau individuel. Cette théorie stipule que l'*univers cognitif* est composé de connaissances et de croyances. Cet univers tend vers un état de « consonance » marqué par une certaine stabilité des croyances à propos d'un objet. La survenue d'un évènement contradictoire viendrait remettre en cause certaines croyances, et provoquerait donc un état de « dissonance cognitive ». L'inconfort suscité par cet état pousserait les individus à réduire la dissonance par des

Attitudes et représentations dans l'adhésion au traitement adjuvant d'hormonothérapie chez des patientes suivies pour un cancer du sein non-métastatique

mécanismes de *rationalisation*. À partir des travaux de Festinger, il est possible de décrire quatre modes de rationalisation : 1/ le *déni* : revient à nier l'évènement dissonant, 2/ le *rééquilibrage* : vise à diminuer la portée de l'évènement dissonant en en relativisant, par exemple, ses conséquences, 3/ l'*étayage* : consiste à renforcer la cohérence des croyances consonantes, 4/ le *changement d'attitude* : équivaut à changer de position à l'égard de l'objet pour que l'univers cognitif soit en consonance avec l'évènement. Le *changement d'attitude* surviendrait lorsque les autres modes de rationalisation ne suffisent plus à rétablir la consonance.

Quelques études illustrent la mise en place de possibles modes de rationalisation dans le suivi d'un traitement. Les résultats de Buick & Petrie (2002) témoignent de l'ajustement de la perception des traitements (radiothérapie et chimiothérapie) auprès de femmes suivies pour un cancer du sein non-métastatique. L'expérience du cancer avait pour effet de diminuer l'estimation des souffrances générées par les traitements, et de diminuer également l'évaluation de la sévérité de la maladie. Horne (1997) met en évidence la façon dont des croyances, apriori opposées, parviennent à co-habiter. Pour les patients, les médicaments auraient nécessairement un double effet : bénéfique-néfaste. Ces croyances semblent à un tel point liées qu'un médicament sans effets secondaires ne serait pas considéré comme tel. Leventhal et coll. (1986) constatent également que certaines patientes atteintes d'un cancer du sein

Attitudes et représentations dans l'adhésion au traitement adjuvant d'hormonothérapie chez des patientes suivies pour un cancer du sein non-métastatique

évaluent l'efficacité de leur traitement (chimiothérapie) à partir des effets indésirables. Il en serait de même pour le « mauvais goût » associé aux médicaments. Sans cette caractéristique, un médicament ne serait pas perçu comme « efficace ». Horne (Op. Cit.) relève les particularités liées à la perception des traitements sur le long cours. Certains patients considèrent qu'avec le temps le traitement perdrait de son efficacité. La perception d'accoutumance du corps au médicament peut alors fournir des motifs supplémentaires pour interrompre le traitement de façon momentanée ou définitive.

Dans le cadre de la prescription d'hormonothérapie, on peut supposer qu'une patiente qui a fait le choix de prendre le traitement considère que celui-ci comporte davantage de bénéfices que d'inconvénients. Pourtant, les seuls effets directement observables de l'hormonothérapie sont les effets secondaires (l'effet bénéfique de réduction du risque de récurrence n'est pas directement observable). La survenue d'effets secondaires vient probablement remettre en cause les croyances à l'égard du traitement. Il s'agira, dans cette étude, de décrypter les modes de rationalisation à l'œuvre dans le maintien de l'adhésion au traitement.

Théorie des représentations sociales

La théorie des représentations sociales proposée par Moscovici en 1961 a ouvert un vaste champ de recherche en psychologie

Attitudes et représentations dans l'adhésion au traitement adjuvant d'hormonothérapie chez des patientes suivies pour un cancer du sein non-métastatique

sociale. Tandis que le concept d'attitude décrit une prise de position individuelle à l'égard d'un objet, le concept de *représentation sociale* englobe dans un même ensemble : la compréhension de l'objet et la « préparation à l'action » (Moscovici, 1961/2004, Op. Cit.). Jodelet (1989/2003) définit ce concept comme « une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée » (p.53). Dans une perspective structurale, la théorie du noyau central (Abric, 1976, 1984, 1987, 1989/2003, 1993, 1994, 1994/2003, 2003/2005) considère qu'une *représentation sociale* est constituée d'un ensemble d'éléments de connaissances, organisé autour d'un noyau central et d'un système périphérique. Le noyau serait formé d'un nombre restreint d'éléments socialement partagés, donnant sens et significations à l'objet. Au contraire, le système périphérique serait constitué d'un grand nombre de connaissances plus individualisées, permettant de contextualiser la représentation selon la situation. Le noyau central présenterait un caractère « non-négociable » (cf. Moliner, 1996) et la remise en cause d'un élément du noyau viendrait mettre en péril la stabilité de la représentation. L'apparition de « canevas de raisonnement » (Guimelli et Rouquette, 1995) aurait alors pour fonction de préserver le fonctionnement de la représentation. Rouquette et Flament (2003) décrivent deux types de canevas : 1/ le « schème étrange » (Flament, 1989/2003) correspond à l'intégration du schème contradictoire dans la représentation ; 2/ le « schème de négation » correspond au rejet de l'exception comme phénomène

Attitudes et représentations dans l'adhésion au traitement adjuvant d'hormonothérapie chez des patientes suivies pour un cancer du sein non-métastatique

lié à l'objet de représentation. Appliquée au domaine de la santé, l'étude des canevas de raisonnement dans la représentation du corps a permis de mettre en évidence l'intégration de contradictions liées à l'évolution des pratiques médicales (Garnier, Quesnel et Rouquette (1997).

Plus spécifiquement en cancérologie, l'étude des représentations sociales permet de mettre au jour l'articulation, parfois paradoxale, des systèmes de valeurs sollicités par la prise d'un traitement (cf. Salès-Wuillemin, Galand & Kohler, sous-presse). Dany et coll. (2005a, 2005b) constatent que les constructions sociocognitives de patients et de médecins à l'égard des traitements (par chimiothérapie) se différencient autour de deux points nodaux : 1/ le traitement comme *moyen* : de « guérir » versus de « traiter la maladie » ; 2/ le traitement comme *vécu* : « émotionnel » versus « professionnel ». La première opposition met en lumière la perception par les patients des effets secondaires comme une contrepartie plus ou moins acceptable du traitement, tandis qu'ils sont abordés par les médecins comme faisant partie du contexte de la réalisation de la cure. La seconde différenciation indique que les effets secondaires sont évalués par les patients selon le niveau d'altération de l'intégrité physique, tandis qu'ils sont examinés par les médecins selon la visibilité des manifestations. Dans un autre contexte, Jeoffrion (2007, 2009) décrit diverses appropriations des représentations sociales de l'observance à l'hôpital. Le personnel soignant envisagerait l'adhérence au traitement par le biais d'indicateurs biologiques.

Attitudes et représentations dans l'adhésion au traitement adjuvant d'hormonothérapie chez des patientes suivies pour un cancer du sein non-métastatique

Au contraire, les patients et l'entourage approcheraient cette notion via les effets secondaires et les difficultés à poursuivre les traitements. D'autres études révèlent que la gravité de la maladie est davantage perçue au moment de la proposition de traitement qu'au moment du diagnostic. Ceci expliquerait, en partie, pourquoi les modalités du traitement, en particulier la chimiothérapie en cancérologie, donnent lieu à un ensemble de négociations entre le médecin et le patient (Charavel, Bremond & Mignotte, 2002). Dans le cas de maladies graves, Salès-Wuillemin, Galand et Kohler (sous-presse) font aussi l'hypothèse que les patients se refusent symboliquement à intégrer les traitements au cœur de la représentation sociale de la maladie. Cela reviendrait, en effet, à rappeler aux malades la présence de la maladie dans leur vie quotidienne et leur statut de malade, ce qui semble a priori peu compatible avec la *guérison* comme finalité du traitement.

L'étude des *représentations sociales* offre des grilles de lecture pour pouvoir déceler l'émergence de conflits entre différents systèmes de valeurs. Garnier (2003) rappelle que le médicament se situe au carrefour d'acteurs et d'enjeux multiples, par conséquent « le chercheur doit prendre en compte, non seulement diverses représentations des médicaments, mais aussi leur combinaison, avec celles d'objets qui entretiennent des liens particuliers avec eux dans un contexte donné » (p.5). Dans le cas précis de patientes qui suivent une thérapie adjuvante pour un cancer du sein localisé, l'étude de la représentation sociale de l'hormonothérapie devrait

Attitudes et représentations dans l'adhésion au traitement adjuvant d'hormonothérapie chez des patientes suivies pour un cancer du sein non-métastatique

permettre de mettre en évidence la façon dont certains paradoxes, activés par la représentation du traitement, peuvent bouleverser l'agencement des divers systèmes de représentation en jeu dans l'adhésion.

Méthode

Le recueil correspondait à une première phase d'enquête menée à l'Institut Gustave Roussy dans le cadre d'une recherche doctorale sur les processus en jeu dans l'adhésion à l'hormonothérapie par voie orale auprès de patientes suivies pour un cancer du sein non-métastatique. Dix patientes ont été sollicitées pour la réalisation d'un entretien individuel (durée moyenne des entretiens : 30,49 minutes). Toutes les patientes ont déclaré au moment de l'enquête prendre quotidiennement un traitement d'hormonothérapie adjuvant (durée moyenne de la prise : 1,9 ans). L'échantillon ainsi constitué était composé de femmes âgées de 37 à 75 ans (âge moyen : 59 ans), majoritairement retraitées (6 retraitées contre 4 en activité).

Les entretiens se sont déroulés de façon non-directive afin de favoriser l'expression de perceptions individuelles et partagées. L'hormonothérapie était à la fois abordée sur le registre du *vécu personnel* (ressenti individuel à l'égard du traitement) et sur le registre du *vécu de sens commun* (systèmes de valeurs en jeu dans la prise du traitement). Le contenu des entretiens a été intégralement retranscrit dans le respect de l'anonymat. Les

Attitudes et représentations dans l'adhésion au traitement adjuvant d'hormonothérapie chez des patientes suivies pour un cancer du sein non-métastatique

discours recueillis ont fait l'objet d'une analyse thématique (pour plus de détails sur les spécificités de cette méthode dans le cadre de l'étude des représentations sociales, cf. : Moliner, Rateau et Cohen-Scali, 2002). Les différents thèmes ont été identifiés en fonction de l'orientation générale des discours vers des objets de représentation sollicités par les patientes pour parler de l'hormonothérapie. La grille d'analyse comprenait sept thèmes : l'*hormonothérapie*, les *autres traitements contre le cancer* (opération, chimiothérapie, radiothérapie), le *cancer*, la *maladie*, la *santé*, la *récidive* et la *guérison*. Dans un premier temps, l'analyse des processus attitudeaux visait à mettre en exergue les différents modes de rationalisation mis en avant pour justifier la poursuite du traitement. Dans un second temps, l'analyse des systèmes de représentation visait à faire apparaître les paradoxes liés à l'activation de réseaux de connaissances contradictoires à propos de l'hormonothérapie. La présentation des résultats suivra également cet ordre.

Résultats

I) ***Vécu personnel* : perception du traitement et modes de rationalisation**

Sous l'angle du *vécu personnel*, la perception des traitements porte d'abord sur les effets secondaires qui apparaissent de façons prépondérantes dans les discours. Sur le plan attitudeal, la survenue d'effets indésirables apparaît comme un évènement

Attitudes et représentations dans l'adhésion au traitement adjuvant d'hormonothérapie chez des patientes suivies pour un cancer du sein non-métastatique

dissonant qui suscite un travail cognitif pour rétablir l'état de consonance. Les résultats décrivent les modes de rationalisation mis en avant pour intégrer la survenue d'effets secondaires dans la logique de l'adhésion au traitement, et ainsi réduire l'état de dissonance.

a) *Déni et rééquilibrage*

L'apparition des effets indésirables suscite des peurs et des craintes quant à la capacité du corps à supporter le traitement. La justification des effets secondaires a lieu par l'articulation de deux modes de rationalisation : le *déni* et le *rééquilibrage*.

Le *déni* se manifeste le plus souvent au début de l'entretien où certaines patientes assurent ne ressentir aucun effet secondaire (« j'ai pas d'effets secondaires », « je le supporte bien », « pas spécialement ça serait mentir », etc.). Par la suite, ces mêmes patientes admettent au cours de l'entretien vivre avec des effets secondaires, mais en attribuant leur survenue à d'autres causes, par exemple l'âge pour les douleurs articulaires (« même sans hormonothérapie ça arrive »). Ce processus d'*attribution externe* de l'évènement dissonant apparaît aussi par rapport aux risques éventuels d'affections iatrogènes (« thromboses », « cancer de l'utérus », « allergies », « troubles dus à une chute des globules blancs », etc.). Bien que l'hormonothérapie soit mise en cause dans l'apparition de problèmes intercurrents, son implication est modulée aux dépens des autres traitements contre le cancer

Attitudes et représentations dans l'adhésion au traitement adjuvant d'hormonothérapie chez des patientes suivies pour un cancer du sein non-métastatique

(« c'est dû à la chimio », « c'est dû à la radiothérapie », « c'est dû aux antibiotiques », etc.).

Lorsque les effets secondaires sont attribués aux traitements d'hormonothérapie, leurs conséquences sont relativisées, ce qui correspond au mode de rationalisation par *rééquilibrage*. La diversité des explications avancées pour diminuer la portée de l'évènement dissonant illustre la pluralité des constructions cognitives liées à ce mode de rationalisation. Deux types de *rééquilibrage* ont été constatés : le *rééquilibrage* par minimisation des effets secondaires, le *rééquilibrage* par la mise en avant de moyens d'action pour limiter les effets secondaires.

1/ Sur le mode de justifications, des patientes expliquent la présence d'effets secondaires de diverses façons :

- en relativisant les effets ressentis par rapport à l'ensemble des effets possibles (« en avoir que quelques uns par rapport à toute la liste ») ;
- en minimisant les contraintes par rapport à celles occasionnées par la maladie et les autres traitements (« comparées à la radiothérapie, la chimiothérapie, au cancer ») ;
- en évoquant une *habitation* possible au fur et à mesure du traitement (« supporter », « vivre avec »...).

2/ Les patientes font aussi état des moyens d'action dont elles disposent pour pondérer les effets secondaires ressentis.

Attitudes et représentations dans l'adhésion au traitement adjuvant d'hormonothérapie chez des patientes suivies pour un cancer du sein non-métastatique

Certaines patientes déclarent faire l'usage « d'ampoules anti-chute » contre la perte des cheveux, de gélules de « trèfle rouge » contre les bouffées de chaleur, d'une surveillance alimentaire contre la prise de poids. D'autres évoquent aussi la possibilité d'ajuster le traitement avec le médecin en fonction des effets indésirables (« faire une pause », « changer pour du tamoxifène »)

b) L'*étayage*

Contrairement aux deux modes de rationalisation précédents, l'*étayage* ne porte pas directement sur l'évènement dissonant. Ce mode de rationalisation consiste à renforcer les croyances consonantes. Dans le cas de l'adhérence à l'hormonothérapie, le processus d'*étayage* est à chercher dans les significations positives associées au traitement. Celles-ci s'expriment dans deux circonstances : lorsque l'hormonothérapie est appréhendée selon ses finalités, et selon les modalités du suivi.

1/ Le processus d'*étayage* apparaît dans la sur-attribution de propriétés bénéfiques au traitement. Inscrit dans la « continuité » du parcours de soins, l'hormonothérapie correspond à la « phase finale du traitement » à l'issue de laquelle certaines patientes y voient la « guérison totale ». L'effet du traitement est abordé dans une logique de complémentarité de l'effet des autres traitements (« c'est pour compléter la radiothérapie »). La finalité première de « lutte contre le risque de récurrence » est, le plus

Attitudes et représentations dans l'adhésion au traitement adjuvant d'hormonothérapie chez des patientes suivies pour un cancer du sein non-métastatique

souvent, comprise (« éviter que ça revienne »). L'hormonothérapie se voit aussi conférer deux finalités supplémentaires : une fonction stabilisatrice sur le cancer (« éviter que ça évolue ») et une fonction curative (« pour essayer de guérir »).

2/ Avec le processus d'étayage apparaît aussi l'exagération des possibilités d'agrémentation du suivi de la prescription. Du point de vue de l'observance, la prise journalière du médicament ne semble pas comporter de difficultés majeures (« ça me semble rien du tout », « j'y pense même plus maintenant », « c'est pas un problème », etc.) dans la mesure où celle-ci s'intègre dans d'autres habitudes quotidiennes (« tous les matins et hop », « j'avale ma pilule comme mon petit déjeuner », etc.). Du point de vue de l'inobservance, l'oubli ponctuel, voire l'arrêt définitif, ne sont pas rapportés comme étant des problèmes en soi. L'oubli ponctuel ne présenterait aucun risque (« c'est pas dramatique », « je fais rien », etc.) et l'arrêt définitif pourrait être négocié selon les situations au cas par cas (« désir de grossesse », « intolérance », etc.).

c) Vers un possible changement d'attitude ?

Le changement d'attitude intervient lorsque les modes de rationalisation ne suffisent plus à rétablir l'état de consonance. Les trois modes de rationalisation détaillés semblent a priori parvenir à maintenir l'état de *consonance* puisque toutes les

Attitudes et représentations dans l'adhésion au traitement adjuvant d'hormonothérapie chez des patientes suivies pour un cancer du sein non-métastatique

patientes interrogées envisagent de suivre le traitement à son terme. La survenue d'effets secondaires suscite, malgré tout, des interrogations persistantes qui menacent l'adhésion au traitement. Les modes de rationalisation comportent des limites qu'il est nécessaire de soulever afin de déceler les constructions cognitives impliquées dans le changement d'attitude. Les brèches constatées portent sur l'efficacité perçue et l'utilité générale du traitement.

Les avis divergent quant à la nécessité de suivre une thérapie adjuvante. Les arguments avancés, qu'ils soient ou non favorables à la poursuite du traitement, convergent sur trois points :

- la prescription : prouve, d'un côté, l'utilité du traitement (« si ça n'était pas utile, ça n'aurait pas été prescrit ») mais, d'un autre côté, ne serait qu'un prétexte au suivi (« la prise aurait un effet plutôt moral »).
- la tolérance : le médicament aurait un effet positif dans la mesure où le médicament ne cause pas trop de désagréments (« effets bénéfiques si pas trop d'effets secondaires »), mais parallèlement cette absence d'effets négatifs minore l'efficacité perçue (« c'est un comprimé comme un autre »).
- la finalité : le fait que le traitement ait une visée « préventive » (contre le risque de récurrence) fait qu'il est perçu à la fois comme une garantie supplémentaire, mais pas comme un « véritable traitement ».

Attitudes et représentations dans l'adhésion au traitement adjuvant d'hormonothérapie chez des patientes suivies pour un cancer du sein non-métastatique

Les raisonnements adoptés pour remettre en cause l'utilité du traitement permettent d'envisager des actions de communication et une didactique spécifique pour prévenir le changement d'attitude.

L'évaluation de l'efficacité du médicament suit des logiques propres à l'expérience individuelle. Trois règles heuristiques ont pu être inférées à partir des discours recueillis :

1/ L'évaluation selon la forme : la force du traitement est discutée en fonction de la galénique du comprimé. Certaines patientes s'interrogent sur l'efficacité d'un tout petit comprimé (corrélation illusoire taille-efficacité).

2/ L'évaluation selon l'amplitude : les effets bénéfiques du traitement sont parfois évalués en fonction des effets secondaires (corrélation positive ou négative bénéfice-tolérance).

3/ L'évaluation selon la confiance accordée aux médecins : la qualité de la relation médecin-patiente est parfois transposée à la qualité du traitement.

L'évolution de la relation avec l'équipe médicale, la fluctuation des effets secondaires, les variations des modalités de la thérapeutique, sont autant de questions à prendre en compte pour prévenir de l'éventuelle décision d'abandonner le traitement.

2. *Vécu de sens commun* : système de valeurs en jeu dans la prise du traitement

Attitudes et représentations dans l'adhésion au traitement adjuvant d'hormonothérapie chez des patientes suivies pour un cancer du sein non-métastatique

Sans l'angle du *vécu de sens commun*, le traitement est approché en tant qu'objet de savoirs partagés, investi par des valeurs. À un niveau représentationnel, les connaissances sont appréhendées comme des réseaux de significations complexes, parfois contradictoires. L'activation circonstanciée de ces réseaux témoigne de l'abondance de ressources dont disposent les individus pour rendre compte de la relation à l'objet. Dans le cas de l'hormonothérapie adjuvante, la signification est donnée par de fortes relations d'interdépendances mutuelles avec d'autres objets de représentation : les *traitements contre le cancer*, le *cancer*, la *guérison*, la *récidive*, la *santé*, la *maladie*. Les prises de position antagonistes dans les discours expriment la dualité du rapport au traitement. La prise en compte de ces contradictions apparentes visait à mettre en lumière l'intégration de paradoxes au sein de systèmes de représentations. Les résultats ont permis de mettre en exergue trois paradoxes relatifs : au fonctionnement du traitement, à l'explication du processus de guérison, à l'évaluation de l'état de santé.

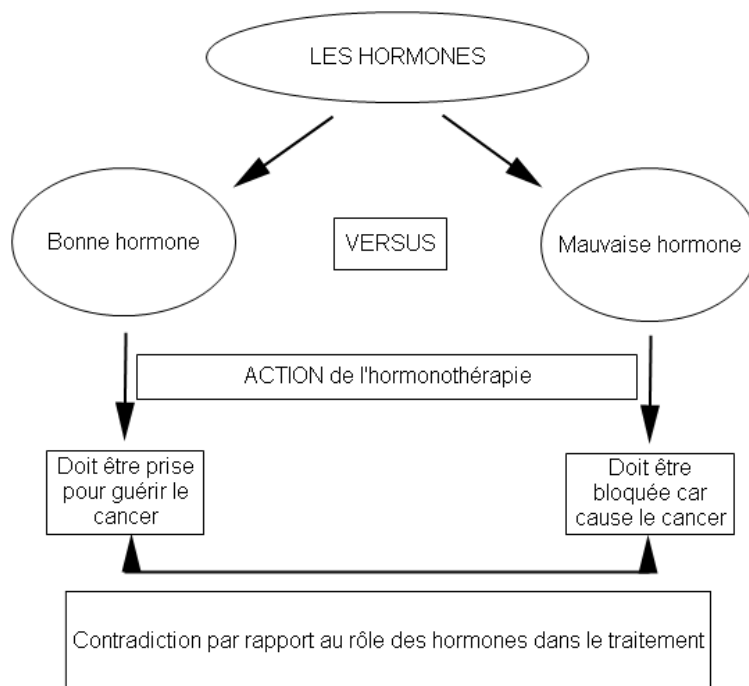
a) Paradoxe sur le rôle des hormones dans le traitement d'hormonothérapie

Les patientes interrogées rapportent une multitude de facteurs supposés déclencheurs de la maladie (« mode de vie », « mal intérieur », « décès d'un proche », etc.). Parmi les causes avancées, la pilule contraceptive et les traitements hormonaux substitutifs de la ménopause sont souvent incriminés dans

Attitudes et représentations dans l'adhésion au traitement adjuvant d'hormonothérapie chez des patientes suivies pour un cancer du sein non-métastatique

l'apparition du cancer du sein. À un niveau représentationnel, la tumeur aurait une origine hormonale et serait due à une trop forte exposition aux hormones (« j'ai été shootée aux hormones »). Les interprétations divergent sur la façon dont le traitement agit pour corriger l'origine hormonale du cancer.

Schéma 1 : Statut des hormones dans l'action du traitement



Pour certaines patientes, l'hormonothérapie viserait à bloquer le système hormonal (« c'est un anti-hormonal », « ça permet de

Attitudes et représentations dans l'adhésion au traitement adjuvant d'hormonothérapie chez des patientes suivies pour un cancer du sein non-métastatique

vivre sans hormones ») afin d'éradiquer la cause de la maladie et d'éloigner ainsi le risque de récurrence. Pour d'autres patientes, au contraire, puisque la tumeur à une origine hormonale, le traitement apporterait l'hormone susceptible de guérir (« c'est un traitement hormonal », « il fallait que je prenne des hormones », « les hormones bloquent le cancer »). Tantôt bénéfique, la « bonne hormone » délivrée par le traitement serait nécessaire à la guérison ; tantôt néfaste, la « mauvaise hormone » est bloquée par le traitement pour éviter le risque de récurrence. Les discours font apparaître le rôle contradictoire du « traitement hormonal » par rapport au processus de guérison et de lutte contre le risque de récurrence. L'hormonothérapie jouerait un double rôle dans la médiation de l'étiologie hormonale du cancer. Ce paradoxe peut en partie expliquer le rôle flou que prend l'hormonothérapie comme traitement dans le parcours de soins.

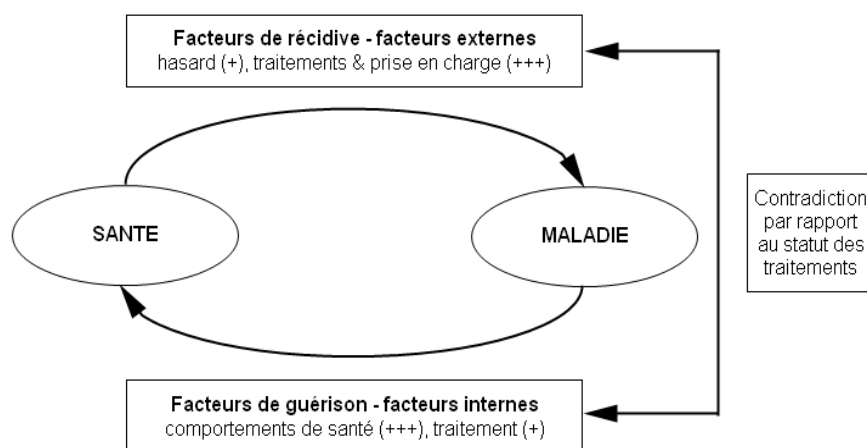
b) Paradoxe sur le rôle du traitement dans le processus de *guérison/récurrence*

La *guérison* et la *récurrence* apparaissent dans les discours comme un processus dynamique circulaire dont la résultante est l'état de santé ou de maladie. Ainsi, la *guérison* incarne la réussite individuelle à se défaire de la maladie pour recouvrer l'état antérieur de santé. À l'inverse, la *récurrence* symbolise l'inéluctable retour à l'état de maladie. Si le processus de *guérison/récurrence* semble dépendre de multiples facteurs, l'internalité des causes

Attitudes et représentations dans l'adhésion au traitement adjuvant d'hormonothérapie chez des patientes suivies pour un cancer du sein non-métastatique

incriminées varie sensiblement selon que les patientes se placent du côté de la guérison ou de la récurrence.

Schéma 2 : Statut de l'hormonothérapie dans les facteurs de guérison et récurrence



Les facteurs de guérison exposés se rapportent surtout à des actions individuelles pour combattre la maladie. Les principales actions avancées sont : surveiller son alimentation, faire du sport, garder le moral, prendre un traitement d'hormonothérapie. Bien que la prise d'un traitement d'hormonothérapie soit rapportée, son rôle semble minoré par rapport à celui des autres comportements. A contrario, les facteurs de récurrence semblent plutôt dépendre d'agents extérieurs. Les principales causes mises

Attitudes et représentations dans l'adhésion au traitement adjuvant d'hormonothérapie chez des patientes suivies pour un cancer du sein non-métastatique

en avant sont : la génétique, le destin, le soutien de l'entourage et la réaction du corps aux traitements.

Le rôle du traitement semble tenir une place bien plus importante dans la récurrence que dans la guérison. Pourtant, le rôle de l'hormonothérapie est envisagé du point de vue de la réactivité organique au traitement dans la récurrence, alors qu'il est abordé du point de vue de l'observance dans la guérison. Le contraste dans le statut qu'occupe le traitement d'hormonothérapie dans ce processus de *guérison/récurrence* permet d'anticiper certaines interrogations sur l'efficacité des traitements. Pourquoi continuer de prendre un traitement contre la récurrence alors que celle-ci dépend d'autres facteurs ? Pourquoi continuer de suivre un traitement alors que son rôle dans le processus de guérison est minoré ? En cas de récurrence, les patientes accepteraient-elles de reprendre un traitement d'hormonothérapie sachant que la prise de ce traitement déterminerait peu la guérison ? Ces questions ne doivent pas être négligées dans un contexte où le traitement adjuvant d'hormonothérapie peut devenir un traitement de première ligne en cas de récurrence.

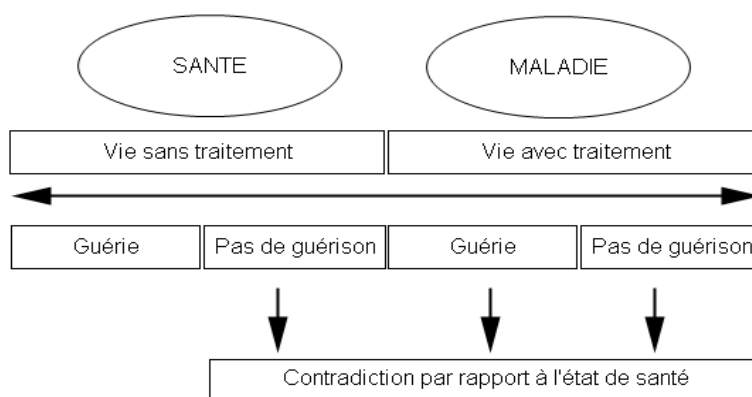
c) Paradoxe sur l'état de *santé* et le positionnement par rapport à la *guérison*

À un niveau représentationnel, l'état de *santé* et l'état de *maladie* s'opposent en fonction de la nécessité d'avoir ou non « une prise de médicaments ». Les patientes interrogées rapportent que la

Attitudes et représentations dans l'adhésion au traitement adjuvant d'hormonothérapie chez des patientes suivies pour un cancer du sein non-métastatique

maladie incarne la « vie avec traitement » tandis que la *santé* renvoie au bon fonctionnement du corps, sans soin, ni consultation. Parallèlement à ces conceptions générales de santé/maladie, la prescription d'un traitement d'hormonothérapie dans le cas d'un cancer du sein non-métastatique correspond à une phase de « surveillance », à mi-chemin de la « rémission ». Certaines patientes s'estiment d'ailleurs « guéries », d'autres considèrent que « la guérison totale » n'existe pas.

Schéma 3 : Enjeux de la prise d'un traitement par rapport aux conceptions de santé, de maladie et de guérison



Il découle de ces positionnements à l'égard de la guérison (« je suis guérie » versus « la guérison totale n'existe pas ») une contradiction liée à l'état de santé dans lequel on se considère. Si on s'estime « guérie », alors pourquoi devoir prendre un

Attitudes et représentations dans l'adhésion au traitement adjuvant d'hormonothérapie chez des patientes suivies pour un cancer du sein non-métastatique

traitement qui rappelle qu'on est malade ? Si on estime que la « guérison totale » n'existe pas et que le retour à l'état de santé antérieur est impossible, pourquoi suivre un traitement à l'issu duquel on sera considérée comme guérie ? Si on estime que la « guérison totale » n'existe pas et que le risque de récurrence est toujours présent, comment se soustraire du traitement et revivre normalement ? Ce paradoxe contribue à expliquer que l'utilité du médicament soit parfois remise en question et que le sentiment de libre-arbitre ne précède pas l'adoption du traitement.

Conclusion

Cette étude permet d'approcher la notion d'adhésion au traitement sous un regard psycho-social. L'intérêt de cette approche réside dans l'articulation des investigations sur le plan individuel et collectif. Ainsi, le maintien de l'adhérence au traitement d'hormonothérapie sur le long-cours relèverait à la fois de processus attitudeux et de processus représentationnels.

Au niveau attitudeux, les résultats mettent en avant la façon dont les effets secondaires sont intégrés, avec cohérence, dans un ensemble de croyances favorables au traitement. La survenue des effets secondaires était justifiée par le biais de trois modes de rationalisations. 1/ Le *déni* renvoyait à la dénégation des effets secondaires : refus de reconnaître leur apparition et attribution de leur survenue à d'autres causes. 2/ Le *rééquilibrage* correspondait à la dépréciation des inconvénients du traitement :

Attitudes et représentations dans l'adhésion au traitement adjuvant d'hormonothérapie chez des patientes suivies pour un cancer du sein non-métastatique

minimisation des contraintes et présentation des moyens d'action pour pondérer les effets indésirables. 3/ L'*étayage* s'exprimait par l'accroissement des significations positives associées au traitement : sur-attribution de propriétés bénéfiques et exagération des possibilités d'agrémentation du suivi de la prescription. Lorsque les trois modes de rationalisation ne suffisaient plus à justifier la survenue d'effets secondaires, des interrogations persistaient quant à l'efficacité perçue et la nécessité de suivre la prescription. Les règles heuristiques et la rhétorique avancée dans l'évaluation du traitement rappellent les biais cognitifs mis en évidence par Tversky et Kahneman (pour une revue de littérature détaillée cf. Bronner, 2007). Ces constructions cognitives permettent d'anticiper un possible changement d'attitude à l'égard de l'hormonothérapie.

À un niveau représentationnel, les résultats mettent en avant les différents systèmes de valeurs en jeu dans la perception du traitement. L'interdépendance des discours sur le médicament avec d'autres objets (*santé/maladie, guérison/récidive, etc.*) permet de concevoir l'hormonothérapie comme un objet de représentation *non-autonome* (Cf. Abric, 1994/2003). Cela implique que la signification du traitement est à rechercher dans une représentation plus globale dans laquelle l'objet est intégré. Les discours sur l'hormonothérapie activent différents systèmes de représentation mettant en avant des réseaux de connaissances contradictoires. Trois paradoxes ont ainsi été mis en évidence. 1/ Le paradoxe sur le rôle des hormones dans le traitement illustre

Attitudes et représentations dans l'adhésion au traitement adjuvant d'hormonothérapie chez des patientes suivies pour un cancer du sein non-métastatique

les confusions relatives à l'action bénéfique du traitement. 2/ Le paradoxe sur le rôle de l'hormonothérapie dans le processus de *guérison/récidive* donnait sens aux interrogations sur l'efficacité du traitement. 3/ Le paradoxe sur l'état de santé et le positionnement par rapport à la *guérison* rendait compte des difficultés dans l'acceptation de la prise d'hormonothérapie sur le long-cours. Ces paradoxes apportent un éclairage supplémentaire pour contextualiser la signification des constructions cognitives en fonction des valeurs partagées auxquelles renvoie le traitement.

Décrypter les processus en jeu dans l'adhésion au traitement s'avère indispensable si l'on envisage de mettre en place des actions de communication basées sur une didactique spécifique au groupe ciblé. Les résultats de cette étude préconisent de renforcer les modes de rationalisation existants pour prévenir du changement d'attitude à l'égard du traitement. Ce renforcement pourrait, par exemple, consister à rappeler lors des séances de consultation de suivi les moyens présents pour mieux gérer les effets secondaires. Les résultats de cette étude préconisent, également, d'ouvrir une discussion avec les médecins pour que les patientes puissent mieux intégrer les paradoxes inhérents à la prise du traitement. Cette discussion pourrait viser à : clarifier les mécanismes d'action du traitement, réaffirmer son rôle contre le risque de récurrence, entamer une réflexion sur ses finalités par rapport au concept de guérison. Malgré l'intérêt que comportent ces résultats, la portée de cette étude reste avant tout exploratoire.

Attitudes et représentations dans l'adhésion au traitement
adjuvant d'hormonothérapie chez des patientes suivies
pour un cancer du sein non-métastatique

Il sera nécessaire, par la suite, de poursuivre les investigations auprès des médecins prescripteurs d'hormonothérapie pour construire des stratégies d'intervention fondées visant à améliorer l'acceptation des traitements.

Références

Abric, J.C. (1976), *Jeux, conflits et représentations sociales*, Université de Provence, thèse de Doctorat d'Etat.

Abric, J.C. (1984), «L'artisan et l'artisanat : Analyse du contenu et de la structure d'une représentation sociale», *Bulletin de Psychologie*, XXXVII, 366, 861-875.

Abric, J.-C. (1987), *Coopération, compétition et représentations sociales*, Cousset, Delval.

Abric, J.-C. (1989, 7^{ième} édition 2003), «L'étude expérimentale des représentations sociales» : 205-223, in Jodelet, D. (eds.), *Les représentations sociales*, Paris, Presses Universitaires de France.

Abric, J.-C. (1993), «Central system, peripheral system: their functions and roles in the dynamics of social representations»,

Attitudes et représentations dans l'adhésion au traitement
adjuvant d'hormonothérapie chez des patientes suivies
pour un cancer du sein non-métastatique

*Textes sur les représentations sociales - Papers on Social
Representations*, 2, 2, 75-78.

Disponible sur Internet :

http://www.psych.lse.ac.uk/psr/PSR1993/2_1993Abric.pdf,

consulté le 21/07/10.

Abric, J.-C. (1994), «L'organisation interne des représentations
sociales : système central, système périphérique» : 73-84, in
Guimelli, C. (eds.), *Structures et transformations des
représentations sociales*, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé.

Abric, J.-C. (1994, 4^{ième} édition 2003), «Les représentations
sociales : aspects théoriques» : 11-36, in Abric, J.-C. (eds.),
Pratiques sociales et représentations, Paris, Presses
Universitaires de France.

Abric, J.-C. (2003, 2^{ième} édition 2005), «La recherche du noyau
central et de la zone muette des représentations sociales » : 59-
80, in Abric, J.-C. (eds.), *Méthode d'étude des représentations
sociales*, Ramonville Saint-Agne, Erès.

Antignac, M., Garsault S., Golmard, J.L., Junot, H., Fievet, M.H.,
Thuillier, A. (2003), «Évaluation des facteurs influençant
l'observance aux traitements médicamenteux chez des patients

Attitudes et représentations dans l'adhésion au traitement adjuvant d'hormonothérapie chez des patientes suivies pour un cancer du sein non-métastatique

infectés par le VIH», *Journal de pharmacie clinique*, 22, 2, 78-87.

Barron, T.I., Róisín, C., Bennett, K., Feely, J., Kennedy, M. J. (2007), «Early discontinuation of Tamoxifen», *Cancer*, 109, 5, 832-839.

Bronner, G. (2007), *L'empire de l'erreur – Elément de sociologie cognitive*, Paris, Presses Universitaires de France.

Bruchon-Schweitzer, M. (2002), *Psychologie de la santé – Modèles, concepts et méthodes*, Paris, Dunod.

Delfraissy, J.F. (2004), Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH rapport 2004, *Ministère de la Santé et des Sports* :
http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/delfraissy_2004/rapport.pdf,
consulté le 21/07/10.

Buick, D. L., Petri, K. J. (2002), «“I Know Just How You Feel” : The Validity of Healthy Women’s Perceptions of Breast-Cancer Patients Receiving Treatment», *Journal of Applied Social Psychology*, 32, 1, 110-123.

Attitudes et représentations dans l'adhésion au traitement
adjuvant d'hormonothérapie chez des patientes suivies
pour un cancer du sein non-métastatique

Charavel, M., Bremond, A., Mignotte, H. (2002), «Etude de la participation des patients au choix thérapeutique en oncologie», *Annales Médico-Psychologiques*, 160, 289-302.

Dany, L., Cannone, P., Dudoit, E., Favre, R. (2005a), «Patients et médecins face à la chimiothérapie», *Journal International sur les Représentations Sociales*, 2, 1, 57-67.

Dany, L., Marie D., Cannone, P., Dudoit, E. (2005b), «Cancer et chimiothérapie : entre représentations et croyances», *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 4, 4, 302-304.

Fabian, J.C., Kimler, B.F. (2002), «Chemoprevention of breast cancer: implications for postmenopausal women», *Drugs & Aging*, 19, 1, 43-78.

Faure, E. (2000), «Epidémiologie du cancer du sein», *Caducee* : <http://www.caducee.net/DossierSpecialises/cancerologie/cancer-sein1.asp>, consulté le 21/07/10.

Festinger, L. (1957), *A theory of cognitive dissonance*, Evanston, Row, Peterson.

Festinger, L. (1964), *Conflict, decision, and dissonance*, Stanford, Stanford University Press.

Attitudes et représentations dans l'adhésion au traitement
adjuvant d'hormonothérapie chez des patientes suivies
pour un cancer du sein non-métastatique

Fisher, B., Costantino, J.P., Wickerham, D. L., Cecchini, R.S., Cronin, W.M., Robidoux, A., Bevers, T.B., Kavanah, M.T., Atkins, J.N., Margolese, R.G., Runowicz, C.D., James, J.M., Ford, L.G., Wolmark, N. (2005), «Tamoxifen for the prevention of breast cancer: Current status of the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project P-1 Study», *Journal of the National Cancer Institute*, 97, 22, 1652-1662.

Flament, C. (1989, 7^{ième} édition : 2003), «Structure et dynamique des représentations sociales» : 224-239, in Jodelet, D. (eds.), *Les représentations sociales*, Paris, Presses Universitaires de France.

Forbes, J.F., Cuzick, J., Buzdar, A., Howell, A., Tobias, J.S., Baum, M. (2008), «Effect of anastrozole and tamoxifen as adjuvant treatment for early-stage breast cancer: 100-month analysis of the ATAC trial», *Lancet Oncology*, 9, 1, 45-53.

Garnier, C., Quesnel, M., Rouquette M.L. (1997), «Les canevas de raisonnement dans la dynamique de la relation médecin-patient à propos du corps », *Papers on social representation – Textes sur les représentations sociales*, 6, 2, 133-140.

Garnier, C. (2003), «La chaîne du médicament : lieu de rencontre de rencontre des systèmes de représentations sociales», *Journal International sur les représentations sociales*, 1, 1, 1-9.

Disponible sur Internet :

Attitudes et représentations dans l'adhésion au traitement
adjuvant d'hormonothérapie chez des patientes suivies
pour un cancer du sein non-métastatique

http://geirso.uqam.ca/jirso/Vol1_Sept03/Garnier_c.pdf, consulté
le 21/07/10.

Grann, V.R., Troxel, A.B., Zojwalla, N.J., Jacobson, J.S.,
Hershman, D., Neugut, A.I. (2005), «Hormone receptor status
and survival in a population-based cohort of patients with breast
carcinoma», *Cancer*, 103, 11, 2241-2251.

Goss, P.E., Strasser-Wuippl, K. (2004), «Prevention strategies
with aromatase inhibitors», *Clinical Cancer Researches*, 10, 2,
372-379.

Henry, N. L., Mohan, M., Dadabhoy, D., Stearns, V., Storniolo,
A.M., Giles, J.T., Ang, D.C., Clauw, D.J., Hayes, D.F. (2007),
«Aromatase inhibitor (AI)-induced musculoskeletal toxicity in a
prospective clinical trial: A Consortium on Breast Cancer
Pharmacogenomics (COBRA) study», Breast Cancer
Symposium, 7-8/09/2007, San Francisco, USA. Disponible sur
Internet :

[http://www.sciencedaily.com/releases/2007/09/070906093402.ht
m](http://www.sciencedaily.com/releases/2007/09/070906093402.htm), consulté le 21/07/10.

Horne, R. (1997), «Representations of medication and treatment:
Advances in theory and Measurement»: 155-187, in Petrie, K.J.,
Weinman, J. (eds.), *Perceptions of Health and Illness: Current
Research and Applications*, London, Harwood Academic Press.

Attitudes et représentations dans l'adhésion au traitement
adjuvant d'hormonothérapie chez des patientes suivies
pour un cancer du sein non-métastatique

IARC (International Agency for Research on Cancer) (2007), *Attributable causes of cancer in France in the year 2000*, Genève, World Health Organization Press.

Jeoffrion, C. (2007), «Comprendre les raisons de la non-observance à partir de l'étude de sa représentation sociale », 2^{ème} congrès international, la chaîne des médicaments, regards interdisciplinaires sur la diversité et la complexité, 14-17/10/2007, Montréal, Canada.

Jeoffrion, C. (2009). «Santé et Représentations sociales : une étude « multi-objets » auprès de Professionnels de Santé et Non-Professionnels de Santé», *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 82, 73-115.

Jodelet, D. (1989, 7^{ième} édition 2003), «Représentations sociales : un domaine en expansion» : 47-78, in Jodelet, D. (eds.), *Les représentations sociales*, Paris : Presses Universitaires de France.

Leventhal, H., Easterling, D.V., Coons H.L., Luchterhand, C.M., Love, R.R. (1986), «Adaptation to chemotherapy treatments»: 172-203, in Andersen, B.L. (eds.), *Women with cancer: psychological perspectives*, New York, Springer Verlag.

Lindahl, B., Andolf, E., Ingvar, C., Ranstam, J., Willén, R. (2008), «Adjuvant tamoxifen in breast cancer patients affects the

Attitudes et représentations dans l'adhésion au traitement adjuvant d'hormonothérapie chez des patientes suivies pour un cancer du sein non-métastatique

endometrium by time, an effect remaining years after end of treatment and results in an increased frequency of endometrial carcinoma», *Anticancer Research*, 28, 2B, 1259-1262.

Moliner, P. (1996), *Images et représentations sociales. De la théorie des représentations à l'étude des images sociales*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble.

Moliner, P., Rateau, P., Cohen-Scali, V. (2002), *Les représentations sociales – Pratique des études de terrain*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes.

Moscovici, S. (1961, 3^{ème} édition 2004), *La psychanalyse son image et son public*, Paris, Presses Universitaires de France.

Ogden, J. (1996, 4^{ème} édition : 2007), *HealthPsychology: A Textbook*, Buckingham, Open University Press.

Pellegrini, I., Sarradon-Eck, A. (2007), *Approches psychodynamique et anthropologique de l'observance : à propos du traitement par hormonothérapie de femmes atteintes de cancer du sein*, Rapport de recherche INCa/INSERM/CRcCSS.

Pellegrini, I., Sarradon-Eck, A., Ben Soussan, P., Lacour, A.C., Largillier, R., Tallet, A., Tarpin, C., Julian-Reynier, C. (2009), «Women's perceptions and experience of adjuvant tamoxifen

Attitudes et représentations dans l'adhésion au traitement adjuvant d'hormonothérapie chez des patientes suivies pour un cancer du sein non-métastatique

therapy account for their adherence: breast cancer patients' point of view», *Psycho-Oncology*, sous-presses.

Poitou, J.P. (1974), *La dissonance cognitive*, Paris : Armand Colin.

Reid, D.M., Doughty, J., Eastell, R., Heys, S.D., Howell, A., McCloskey, E.V., Powles, T., Selby, P., Coleman, R.E. (2008), «Guidance for the management of breast cancer treatment-induced bone loss: A consensus position statement from a UK Expert Group», *Cancer treatment reviews*, 34, 1, 3-18.

Rouquette, M.-L., Guimelli, C. (1995), «Les "canevas de raisonnement" consécutifs à la mise en cause d'une représentation sociale : essai de formalisation et étude expérimentale », *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 28, 32-43.

Rouquette, M.-L., Flament, C. (2003), *Anatomie des idées ordinaires*, Paris, Armand Colin.

Regnier-Denois, V., Poirson, J., Soum Pouyalet, F., Chauvin, F. (2009), «La chimiothérapie par voie orale: représentations et pratiques des oncologues et des patients», *Psycho-oncologie*, 3, 3, 168-175.

Rocheffort, H., Rouëssé, J. (2008), «Cancers du sein, incidence et prévention», *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 192,

Attitudes et représentations dans l'adhésion au traitement adjuvant d'hormonothérapie chez des patientes suivies pour un cancer du sein non-métastatique

1, 161-180. Disponible sur Internet : www.academie-medecine.fr/pdfPublication.cfm?idRub=26&idLigne=1198, consulté le 21/07/10.

Salès-Wuillemin, E., Morlot, R., Masse, L. Kohler, C. (2009), «La représentation sociale de l'hygiène chez les professionnels de santé : Intérêt du recueil par entretien et de l'analyse discursive des opérateurs de liaison issus du modèle des Schèmes Cognitifs de Base (SCB)», *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 81, 43-72.

Salès-Wuillemin, E., Galand, C., Kohler, C. (sous presse, 2010), «Représentations sociales de la maladie et des traitements thérapeutiques, intérêt pour la prise en charge des patients» : sous presse, in Garnier, C. (eds.), *La chaîne des médicaments : un concept viable*, Montréal, Liber Editions.

Spano, J.-P. (2007), «L'hormonothérapie adjuvante. Quel produit pour quelle patiente ?» : 387-392, in Namer, M., Héry, M., Serin, D., Spielmann, M., Gligorov, J. (eds.), *Cancer du sein – Compte rendu du cours supérieur francophone de cancérologie (Saint-Paul-de-Valence, 18-20 janvier 2007)*, Paris, Springer-Verlag.

Trétarre, B., Guizard, A.V., Fontaine, D., les membres du réseau Francim, le CépiDc-Inserm (2004), «Cancer du sein chez la

Attitudes et représentations dans l'adhésion au traitement
adjuvant d'hormonothérapie chez des patientes suivies
pour un cancer du sein non-métastatique

femme : incidence et mortalité, France 2000», *BEH*, 44, 209-212.

Disponible sur Internet :

http://www.invs.sante.fr/beh/2004/44/beh_44_2004.pdf, consulté
le 21/07/10.

Veronesi, U., Maisonneuve, P., Decensi, A. (2007), «Tamoxifen:
An Enduring Star», *Journal of the National Cancer Institute*, 99,
258-260.